

**DEPRESIÓN Y SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA**

**Un rayo de esperanza**

FRANCISCO JAVIER MÉNDEZ CARRILLO

*De gente bien nacida es agradecer los beneficios que reciben*

Don Quijote de la Mancha

Este discurso empecé a redactarlo en mi época universitaria cuando los estudios de psicología echaban a andar en la recién creada Universidad Nacional de Educación a Distancia. Recuerdo que las unidades didácticas de Historia de la Psicología nos llegaban con la tinta aún fresca de la impresión. Continué la escritura cuando me colegié con el número PV-960 en el *Col·legi Oficial de Psicologia de la Comunitat Valenciana* y di mis primeros pasos en la profesión. Siguieron años de formación, docencia, investigación, gestión, transferencia... hasta hoy que pongo el punto final, o mejor diría, punto y seguido.

A lo largo del camino he contraído numerosas deudas de gratitud y este acto solemne me brinda la oportunidad de saldar muchas de ellas. Gracias al Excmo. Sr. D. Heliodoro Carpintero Capell por impulsar la creación de la Academia, referente científico y moral de nuestra disciplina, al Excmo. Sr. D. Francisco José Santolaya Ochando por abrirnos de par en par las puertas de su casa y compartir la sede del Consejo General de la Psicología de España, al Excmo. Sr. D. José Francisco Morales Domínguez por la supervisión del texto, al Excmo. Sr. D. Manuel Enrique Medina Tornero, paisano mío, por asesorarme en el proceso.

Gracias a mis mentores, los Excmos. Srs. D. Jesús Rodríguez Marín, D.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Paz García Vera y D. Francisco Javier Labrador Encinas por avalar mi candidatura. Respetados colegas, como bien conocen la *psicoquímica* es una antigua ciencia que integra los avances, entre otras materias, de la psicología positiva, la psicofisiología humana y la psicología social. Una de las cuestiones clave que aborda es desvelar el secreto por el que ciertas personas inducen bienestar en los demás. Las opiniones se hallan divididas entre los defensores de la hipótesis neuroendocrina, que atribuyen el fenómeno a la secreción de gozosina, una hormona estimuladora de la amistad, y los que apelan al patrón de conducta Bh positivo, personalidad caracterizada por la bonhomía, la honestidad, el altruismo y la lealtad. Gracias a los tres por avalar mi candidatura, mucho más por vuestro afecto, y al resto de académicos por refrendarla.

Gracias a D.<sup>a</sup> Inmaculada Jorge García, directora de Ediciones Pirámide, por su inestimable labor a favor de la formación de los estudiantes, la actualización de los profesionales y el acercamiento de la psicología a la sociedad.

Gracias a tantos y tantos compañeros, muy en especial a los profesores de la Universidad Miguel Hernández de Elche, D.<sup>a</sup> Mireia Orgilés Amorós y D. José Pedro Espada Sánchez; amigos, sin vuestra boga el barco jamás habría arribado al puerto.

Gracias a mis colegas de la Universidad de Málaga, D. Antonio Godoy Ávila y D.<sup>a</sup> Aurora Gavino Lázaro, por compartir pasión por la psicología, la historia y la literatura. La profesora Gavino consigue que me eche a temblar cuando la escucho decir: «Oye, Javier, se me ha ocurrido que podíamos...»

Por último, pero no menos importante, gracias a mi familia, a mis amigos, a los que me acompañan en este acto de recepción en la Academia y a los que les hubiera gustado asistir, pero por variadas circunstancias les ha sido imposible. Gracias a Pepa, mi mujer, por su apoyo incondicional, renovado día a día. Gracias a Juan, mi hijo, graduado en Creación y Narración de Videojuegos y diplomado en *Technical Artist*, que sin saberlo me ha inspirado parte del discurso.

## **1. PREOCUPACIÓN SOCIAL**

En vísperas de la pandemia alrededor de 80 millones de (pre)-adolescentes, de 10 a 14 años, y 86 millones de adolescentes, de 15 a 19 años, presentaban al menos un trastorno mental, sobre todo ansiedad y depresión que sumaban el 42,9 % de las alteraciones. En 2019 a nivel mundial en la población de 10 a 19 años se registraron 45 800 suicidios, 10 200 en el grupo de 10 a 14 años, 61 % varones, y 35 600 en el grupo de 15 a 19 años, 56 % varones. En este último grupo fue la segunda causa de muerte en Europa Occidental tras los accidentes de tráfico. La pérdida anual en capital humano de la depresión infantil y adolescente se estima en 74 410 millones de dólares, que representa el 21,87 % de la carga de enfermedad atribuible a los trastornos mentales (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2021).

*El informe mundial de la felicidad 2024*, elaborado por la Universidad de Oxford con datos de 143 países, constata que la satisfacción vital disminuye gradualmente desde la infancia hasta la edad adulta, pasando por la adolescencia.

A escala mundial apenas existen datos fiables en el grupo de edad 10-15 años, los adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años declaran mayor satisfacción vital que los adultos de 25 años o más, pero la ventaja se está desvaneciendo en Europa Occidental y se ha invertido en Norteamérica, Australia y Nueva Zelanda, debido a las tendencias negativas para ese grupo etario. La pandemia puso punto final a la evolución positiva de la satisfacción vital del período 2006-2019. Los datos, procedentes principalmente de países de ingresos altos, indican una disminución significativa de la satisfacción con la vida después de la COVID-19, especialmente entre las chicas alrededor de los 12 años y la brecha de género aumenta entre los 13 y 15 años (Márquez et al., 2024).

Desgraciadamente la salud mental de los jóvenes se ha deteriorado con la pandemia. Según la encuesta en línea del Centro Reina Sofía, realizada en febrero de 2023, con una muestra de 1200 jóvenes entre 15 y 29 años, estratificada por afijación proporcional de género, grupo de edad y nivel de estudios, el 59,3 % experimentaba problemas psicológicos, especialmente síntomas depresivos como cansancio o falta de energía y sensación de estar triste o decaído, y el 25,1 % ideación suicida, porcentajes claramente superiores a los pre-pandémicos, 48,9 % y 12,9 % respectivamente (Kuric et al., 2023). Los motivos de consulta más frecuentes en la Fundación Ayuda a Niños/as y Adolescentes en Riesgo en 2022 fueron la conducta suicida (17,5 %) y otros problemas psicológicos (16,6 %), sobre todo en las chicas de entre 14 y 18 años. De 2019 a 2022 los casos atendidos por ideación suicida se multiplicaron por más de cuatro, creciendo de 717 a 3279 y los intentos de suicidio por más de cinco, de 241 a 1275 (ANAR, 2023).

### ***Depresión***

La depresión es un problema de salud pública por su prevalencia, sus severas repercusiones negativas, su comorbilidad y su tendencia a la recurrencia y a la cronicidad, hasta el punto de ser el trastorno más incapacitante y el que más contribuye a la carga de enfermedad, en Europa el 7,2 % del total (Wittchen, 2011).

Aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión en el mundo (Institute of Health Metrics and Evaluation, 2024) y más del 75 % de las personas afectadas en los países con ingresos bajos y medianos no recibe ningún

tratamiento por la falta de inversión y de especialistas en salud mental, así como por la estigmatización asociada a los trastornos mentales (Evans-Lacko et al., 2018). Los resultados de los estudios epidemiológicos sobre prevalencia de la depresión adolescente difieren dependiendo de los criterios diagnósticos, del período abarcado, de la naturaleza de la muestra, del rango de edad, del método y del instrumento de evaluación, de la fuente de información y de otros aspectos como el país o el diseño de investigación. El ambicioso estudio *Saving and Empowering Young Lives in Europe* (SEYLE), llevado a cabo en diez países europeos más Israel, con una muestra de 12 395 adolescentes, de 14,81 años de edad media, 55,08 % chicas, la depresión se definió como una puntuación de 20 o más en el *Beck Depression Inventory - II* (BDI-II). La prevalencia puntual varió entre 7,1 % de Hungría y 19,4 % de Israel. La prevalencia de España, que se correspondió con la mediana, fue 8,6 % (Balazs et al., 2012).

La comorbilidad es un fenómeno común en la depresión adolescente. Fleming y Offord (1990) sostienen que la depresión «pura» es más la excepción que la regla. Estudios clínicos y epidemiológicos muestran que entre el 40 y el 80 % de los niños y adolescentes con depresión presentan al menos otro trastorno y entre el 20 y el 50 % dos o más trastornos comórbidos. La depresión adolescente se asocia con una amplia gama de trastornos y problemas, mayormente ansiedad (Del Barrio y Carrasco, 2013), pero también abuso de alcohol y drogas, conducta sexual de riesgo, hiperactividad, negativismo, conducta antisocial, delincuencia juvenil, trastornos de la conducta alimentaria y riesgo incrementado de trastorno bipolar (Grupo de trabajo de la actualización de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia, 2018).

Un macro-meta-análisis de la Universidad de Harvard con 447 estudios controlados aleatorizados (ECAs), entre enero de 1960 y diciembre de 2013, en los que participaron 30 431 niños y adolescentes, edad media 9,84 (rango 4-18 años), evaluó los resultados de la terapia psicológica. La mejoría a la finalización de la terapia fue moderada, el tamaño medio del efecto de 5139 comparaciones fue 0,46, y la probabilidad de que un menor tratado estuviera mejor que un control fue 63 %. La ganancia se redujo en el seguimiento medio de 44,26 semanas a 0,36. La respuesta en el postratamiento fue por orden decreciente trastornos de ansiedad

0,61, de conducta 0,46, déficit de atención e hiperactividad 0,34, depresión 0,29 y múltiples problemas 0,15 (Weisz et al, 2017).

Eysenck puso el dedo en la llaga en 1952 al revisar 7293 casos adultos y concluir que el 64 % estaban curados, muy mejorados o mejorados, dicho con otras palabras, el 36 % no había respondido al tratamiento. La tasa de éxito del psicoanálisis, terapia predominante en aquella época, fue aún más modesta. Tras examinar 760 casos halló que sólo el 44 % había mejorado. Un lustro más tarde Levitt (1957) replicó el estudio de Eysenck con niños y adolescentes. Examinó los resultados de dieciocho informes, en los que participaron 3399 menores, de diez años de edad media, y obtuvo un valor semejante al de adultos, esto es, el 67 % había mejorado mucho o parcialmente. Este dato le llevó a concluir que los resultados no apoyaban la efectividad de la psicoterapia con niños «neuróticos». Sin embargo, su trabajo fue criticado por deficiencias metodológicas; motivo por el que llevó a cabo un nuevo análisis con veintidós estudios, que contabilizaban 1741 niños y adolescentes con problemas psicológicos variados (Levitt, 1963). La mejoría con un tratamiento psicoterapéutico específico para el diagnóstico se logró en el 65 % de los casos. Durante la década siguiente el propio Levitt (1971) y otros investigadores, en nuestro país Pelechano (1978), llegaron a conclusiones parecidas.

Parecería que no hemos avanzado un ápice desde hace medio siglo y que el ominoso techo del tercio de fracaso terapéutico sigue gravitando sobre nuestra cabeza, especialmente en la depresión donde la respuesta al tratamiento apenas si alcanza el 60 %, el grado de mejoría de los respondientes es pequeño y la tasa de comorbilidad es elevada lastrando el resultado de la terapia (Méndez et al., 2021).

### ***Suicidio***

En el suicidio influyen múltiples variables personales, familiares, escolares y sociales, por lo que la conducta suicida no debe contextualizarse en el marco de las alteraciones psicopatológicas (Espada et al., 2021; García-Haro et al., 2020); sin embargo, los trastornos mentales, sobre todo la depresión (Fonseca-Pedrero et al., 2024), y las tentativas suicidas son los factores de riesgo más importantes (Vázquez et al., 2023). El estudio *Psicología basada en la evidencia en contextos educativos* (PSICE), llevado a cabo en ocho comunidades autónomas con 8749

adolescentes, edad media 14,1 años (rango 11-18), 54,2 % chicas, mostró que el 4,9 % había intentado quitarse la vida (Fonseca-Pedrero et al., 2023). Otro estudio realizado en las provincias de Alicante y Murcia con 5528 adolescentes, edad media 14,2 años (rango 12-18), 50,7 % chicas, reveló que la conducta suicida es más frecuente de lo que comúnmente se supone: 15,38 % ideación, 9,32 % planificación y 3,65% tentativa (Falcó et al., 2023).

¿Cuántos adolescentes se suicidan en nuestro país? La respuesta indubitable es demasiados. Una existencia truncada en la flor de la vida constituye en sí misma un drama humano de consecuencias devastadoras (Espada et al., 2023). Pero dejemos hablar a los datos. El Instituto Nacional de Estadística (INE; 2022) agrupa las causas de defunción según los criterios de la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10; Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2020). El suicidio y las lesiones autoinfligidas se integran en la categoría “Causas externas de mortalidad”. En 2009 el INE introdujo importantes cambios en la estadística de defunciones, que afectaron tanto a los formularios como al circuito de obtención de la información, por lo que analizaremos los datos a partir de entonces. Se podría afirmar que el suicidio en menores de diez años es inexistente; en el período examinado, 2009-22, puesto que no se dispone todavía de los datos definitivos de 2023, en España se registró un solo caso en 2020, concretamente un niño entre cinco y nueve años. La media de suicidios de nuestro país de los (pre-)adolescentes, entre 10 y 19 años, es 64,21 (INE, 2023). Considerando que la población de dicho grupo etario es 4 988 972, la tasa de suicidio, 1,28 por cada 100 000 menores, parece estadísticamente insignificante, sin embargo, la significatividad se debe interpretar a la luz de las cifras de mortalidad global. Como es de esperar en un país desarrollado como el nuestro, la mortalidad durante la segunda década de la vida es baja. En España se produjeron por término medio 617,43 óbitos anuales entre 2009 y 2022. Por tanto, el suicidio computa el 10,4 % de las muertes y es la segunda causa, sólo por debajo de los accidentes de tráfico (15,4 %) y por encima de la leucemia (6,0 %), que son las principales causas de muerte en la (pre)adolescencia.

El suicidio experimenta un notable aumento a partir de la adolescencia media. El número de casos del grupo 10-14 años se multiplica casi por seis a los 15-19 años (1:5,86). La diferencia de género es menor, el número de casos es algo

más del doble en los varones (1:2,25). No obstante, las chicas cometen más intentos, fenómeno conocido como la «paradoja del género» (Arensman et al., 2017), que pone de manifiesto que ellos emplean métodos más letales.

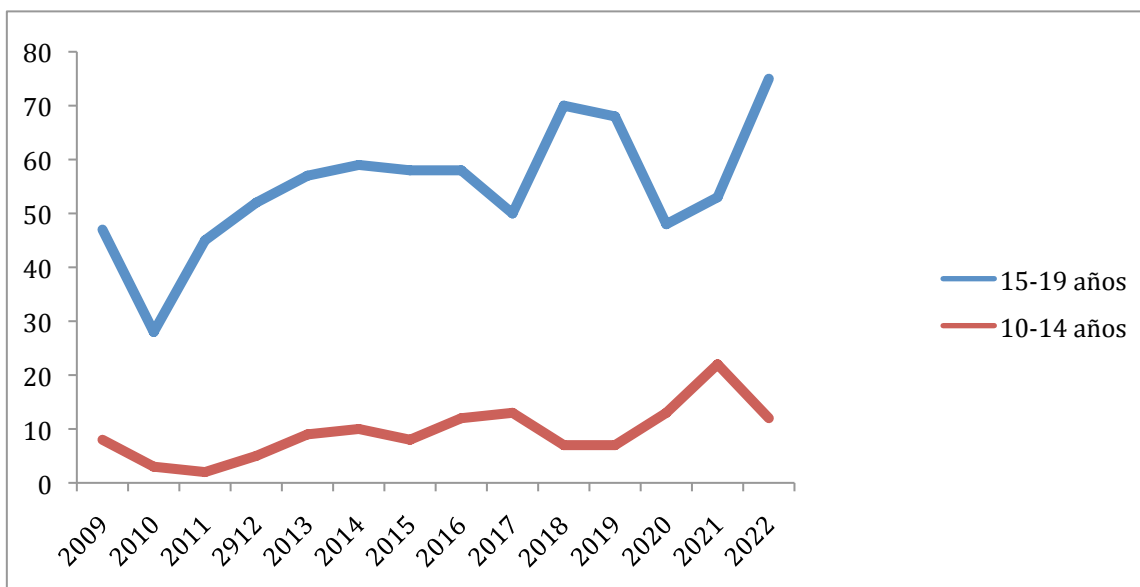


Figura 1.—Diferencia de edad en la tasa media de suicidio.

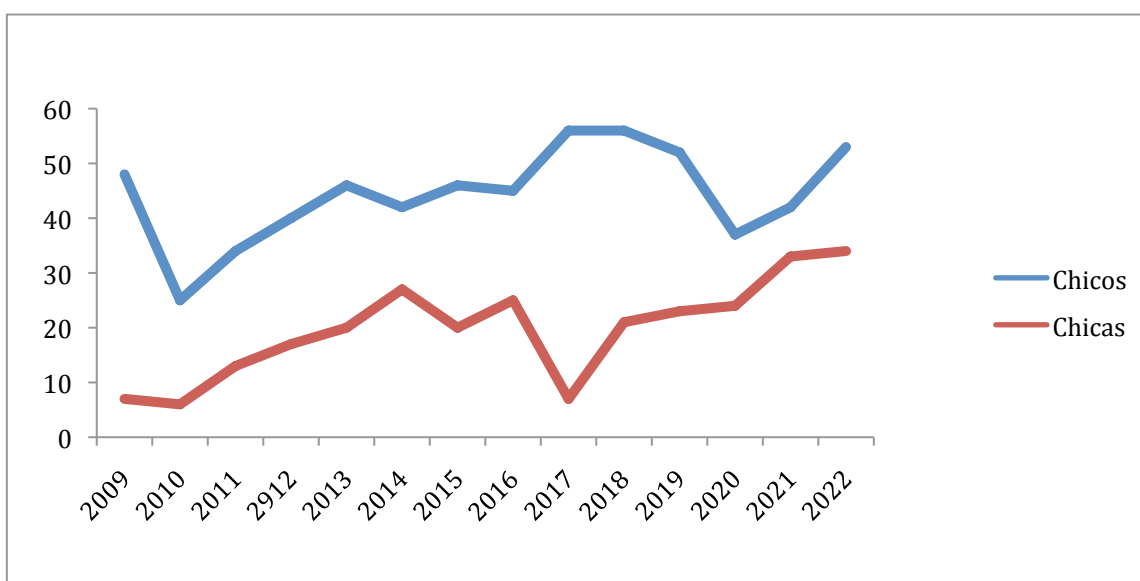


Figura 2.—Diferencia de género en la tasa media de suicidio.

La media de suicidios creció el 21% durante la pandemia de la COVID-19 con respecto a los años precedentes. El incremento se había empezado a observar con anterioridad, concretamente en 2010 se invirtió la tendencia a la baja de principios de siglo. La pandemia no ha hecho sino acelerar el proceso y la media anual ha pasado de 61,45 suicidios de los años pre-pandemia a 74,33 en el trienio



2020-22. La tendencia al alza es más alarmante en tanto en cuando la tasa de mortalidad se redujo en la población de diez a diecinueve años casi a la mitad con los cambios introducidos en 2009 en el registro de las defunciones, es decir, que el número de suicidios ha aumentado en claro contraste con la disminución del los fallecimientos entre los adolescentes.

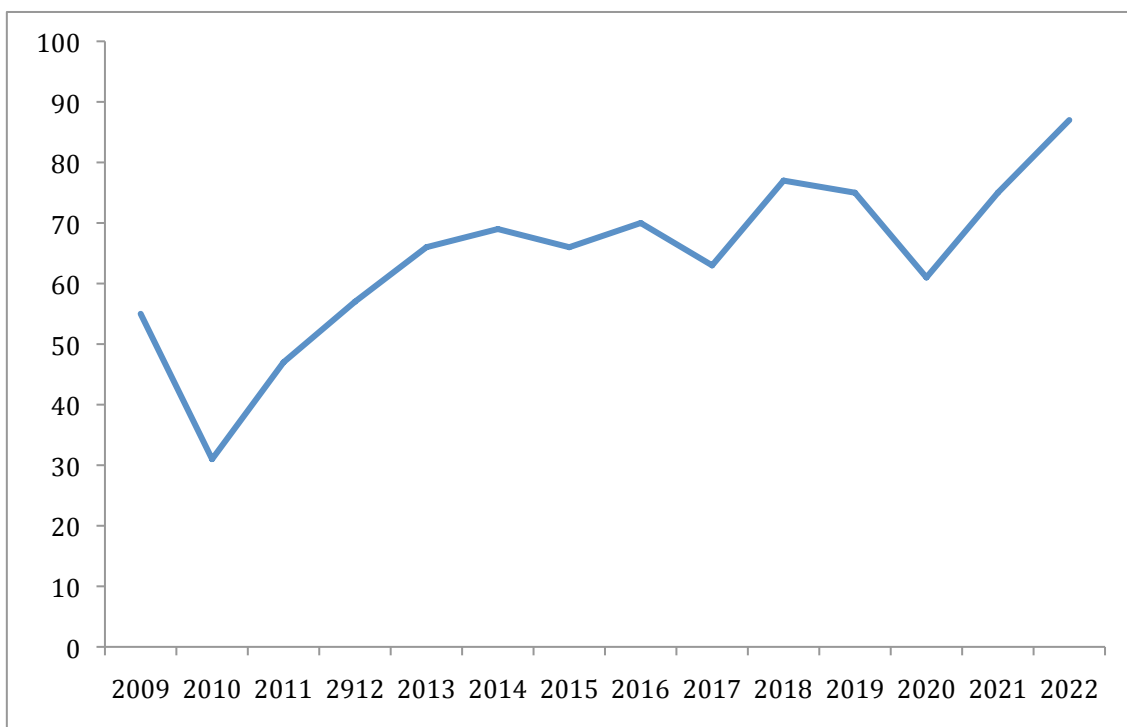


Figura 3.—Aumento de la tasa media de suicidio en los últimos años.

Sin ánimo de defender una concepción utilitarista de la ciencia es innegable que una de sus funciones es dar respuesta a las cuestiones que preocupan a la sociedad, como es el quebranto del bienestar, el empeoramiento de la salud mental y el aumento de la conducta suicida. La adolescencia es una población vulnerable desde un punto de vista biológico, psicológico y social. La depresión y el suicidio en esta etapa de la vida son un problema de salud pública por el coste económico y porque, hasta cierto punto, hipotecan el futuro de la sociedad (Caricote y González, 2020). Por tanto, un imperativo ético es explorar nuevas opciones terapéuticas para la depresión y preventivas para el suicidio.

## 2. INTERVENCIONES DIGITALES PARA LA DEPRESIÓN

Vivimos en una sociedad digitalizada en la que la mayoría de los adolescentes de los países de renta alta tiene acceso a Internet y a las tecnologías móviles. Según *la Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de la información y la comunicación en los hogares*, la tasa de usuarios de ordenador e Internet en los últimos tres meses y de menores que disponen de teléfono móvil es al inicio de la adolescencia (12 años) 91,5 %, 92,8 % y 68,8 % respectivamente y prácticamente todos a los 15 años, 96,3 %, 99,2 % y 95,7 % (INE, 2024).

La terapia digital es clave para la futura práctica clínica, especialmente en la prevención y el tratamiento de la depresión de los adolescentes (Brent y Maalouf, 2015). La tecnología digital ofrece recursos e intervenciones a través de dispositivos como ordenadores, tabletas o móviles, que mejoran el alcance y facilitan el acceso al tratamiento a un coste relativamente bajo (Stasiak et al., 2016). El diseño puede variar, por ejemplo sitios webs o aplicaciones, e incluir elementos como videojuegos, actividades en línea o *chatbots*, para ajustarse a las necesidades y preferencias de los usuarios. El continuo de la relación terapéutica abarca desde el contacto digital en tiempo real con el profesional, como la terapia por videoconferencia, hasta los programas informáticos de inteligencia artificial y procesamiento del lenguaje natural (Jones et al., 2022).

Nos centraremos en las intervenciones digitales diseñadas específicamente para el tratamiento de la depresión en la adolescencia, que cuenten con ECAs, obviando las que abordan además otros trastornos como la ansiedad o el abuso de drogas, con la excepción de *MoodGYM* por ser la intervención pionera en este campo.

### ***Internet***

Los programas se estructuran en módulos, principalmente de TCC y, en menor medida, de otras orientaciones terapéuticas.

### ***MoodGYM***

Es una intervención cognitivo-conductual breve auto-aplicada (<https://MoodGYM.com.au/>). El programa se elaboró en la Universidad Nacional Australiana de Canberra a principios de siglo para tratar y prevenir la depresión y la ansiedad en jóvenes (Christensen et al. 2002). Australia es uno de los países donde más se ha desarrollado la terapia digital, debido en parte a la dispersión de

la población, minúscula para un territorio del tamaño de Europa sin Rusia; la densidad de población, 3,4 hab./km<sup>2</sup>, es 28 veces menor que la europea descontando a Rusia.

Consta de cinco módulos interactivos, cada uno de ellos se completa entre 30 y 60 minutos. El objetivo del módulo introductorio es tomar conciencia de la relación entre el pensamiento disfuncional y los sentimientos negativos. Los módulos siguientes se dedican a modificar los pensamientos distorsionados y a mejorar la autoestima. Los últimos se centran en el afrontamiento del estrés y en las relaciones interpersonales, con especial énfasis en las relaciones con los padres y en las rupturas sentimentales. La terapia incluye psicoeducación, reestructuración cognitiva, relajación, resolución de problemas, entrenamiento en asertividad, comunicación y resolución de conflictos. Dispone además de un cuaderno de trabajo con ejercicios y preguntas.

En el estudio inicial participaron 78 escolares varones, de 15 y 16 años, trabajaron un módulo a la semana durante 45 minutos bajo la supervisión del tutor. Los escolares que terminaron tres o más módulos lograron una pequeña mejoría, tamaño del efecto 0,34, en comparación con los controles que siguieron el programa de desarrollo personal de la tutoría estándar. El riesgo de depresión disminuyó el 9 %, mientras que aumentó ligerísimamente en los escolares no tratados (4 %), si bien esta reducción no se mantenía dieciséis semanas después (O’Kearney et al., 2006). En un ensayo similar con 157 escolares, pero esta vez mujeres, de 15 y 16 años, la pauta de resultados fue la contraria, esto es, mientras que no se apreció ninguna diferencia entre los grupos en el postest, en el seguimiento a las veinte semanas la mejoría fue moderada ( $d = 0,46$ ). De nuevo surgió el problema de la adherencia, aproximadamente el 70 % de las chicas completó menos de tres módulos, especialmente las que obtuvieron en el pretest puntuaciones elevadas de depresión (O’Kearney et al., 2009). En un ECA por conglomerados con treinta escuelas de toda Australia, en el que participaron 1477 adolescentes, edad media 14,34 años, 55,92 % chicas, la intervención logró en comparación con la lista de espera una mejoría moderada en el postest ( $d = 0,43$ ), pero únicamente los varones, que tendió a disminuir al medio año ( $d = 0,31$ ), (Calear et al., 2009).

Dos equipos independientes de los diseñadores de *MoodGYM*, uno australiano y otro canadiense, llevaron a cabo sendos ECAs con universitarios de los primeros cursos. Ellis et al. (2011) no encontraron diferencias con 39 estudiantes, edad media 19,67 años, 77 % género femenino, entre *MoodGYM*, *MoodGarden* (<http://www.moodgarden.com>), un sitio web norteamericano que brinda la oportunidad de compartir experiencias y recibir apoyo de personas que han padecido depresión, y el grupo de control sin tratamiento. Por el contrario, en el estudio de Dermott y Dozois (2019) con una muestra mucho mayor de 456 universitarios, de 18,76 años de edad media, 73,62 % mujeres, *MoodGYM* logró disminuir significativamente la prevalencia de los trastornos depresivos, 10,64 % en el pretest y 4,76 % en el postest, al compararlo con dos programas de atención administrados por Internet: uno de modificación del sesgo atencional y otro de control activo. El beneficio se mantenía a los cuatro meses.

#### *CATCH-IT*

El equipo de Van Voorhees ha investigado ampliamente en Estados Unidos la eficacia de *CATCH-IT*, acrónimo de *Competent Adulthood Transition with Cognitive-behavioral, Humanistic and Interpersonal Training*. La última versión incluye entrevistas motivacionales al ingresar en el programa, a los dos meses y al año, quince módulos en Internet que integran el curso *Coping With Depression Course for Adolescents* (CWD-A) de Clarke y Lewinsohn (1986) con activación conductual (Jacobson et al., 2001) y terapia interpersonal (TIP; Mufson et al., 2004) y hasta tres llamadas telefónicas de asesoramiento, que se complementan con cinco módulos vía Internet para los padres.

En el primer estudio se asignaron aleatoriamente 83 adolescentes, edad media 17,44 años, 56,18 % mujeres, con persistente depresión subclínica, reclutados en centros de atención primaria, a las condiciones de entrevista motivacional + módulos de Internet o asesoramiento breve + módulos de Internet. Ambos grupos mostraron una disminución moderada del estado de ánimo depresivo, tamaño del efecto 0,50 (Van Voorhees et al., 2008). Este patrón de resultados, es decir, los participantes mejoraron en las dos condiciones, pero sin diferencia entre ellas, se repitió en los seguimientos al año (Saulsberry et al., 2013) y a los dos años y medio (Richards et al., 2016). En un ECA posterior se

distribuyeron al azar 369 adolescentes, edad media 15,4 años, 68 % chicas, entre las condiciones *CATCH-IT* y control mediante un sitio web de educación para la salud. Los síntomas de depresión disminuyeron en ambos grupos, si bien los adolescentes con mayor sintomatología se beneficiaron más con *CATCH-IT* (Gladstone et al., 2018).

*Grasp the Opportunity* es el nombre de la adaptación china de *CATCH-IT*, efectuada por Ip et al. (2016) en Hong Kong. Doscientos cincuenta y siete escolares, edad media 14,63 años, 69,1 % chicas, se asignaron aleatoriamente bien a la intervención en línea de diez módulos para modificar los pensamientos negativos, reducir las conductas depresivas, potenciar la resiliencia y promover conductas positivas, bien a webs anti-tabaco. En comparación con el grupo de control, los adolescentes mejoraron ligeramente en el postest a los ocho meses según la *Depression Anxiety Stress Scale* ( $d = 0,28$ ) y en el seguimiento al año de acuerdo con la *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) ( $d = 0,36$ ). Una vez más emergió el problema de la pobre adherencia, sólo el 10 % de los participantes completaron los módulos. Existe una adaptación cultural para minorías afro- y latinoamericana, la *Chicago Urban Resiliency Building* (CURB), realizada por los creadores de *CATCH-IT*, de la que existe un estudio de viabilidad (Bansa et al., 2018).

### *Iterapi*

Investigadores del Instituto Karolinska de Estocolmo y de la Universidad de Linköping han elaborado un protocolo de TCC para ser aplicado mediante la plataforma encriptada *Iterapi* (Vlaescu et al., 2016). El tratamiento se desarrolla en ocho semanas y comprende los siguientes módulos de Internet, que se completan en 30-45 minutos:

- 1.º Psicoeducación: Historial escrito y establecimiento de objetivos
- 2.º Análisis conductual: Identificación de los esquemas depresógenos y de comportamientos disfuncionales
- 3.º Activación conductual: Diario de actividad-estado de ánimo y reforzamiento positivo de conductas adaptadoras

- 4.º Activación conductual: Diario de actividad-estado de ánimo y reforzamiento positivo de conductas adaptadoras
- 5.º Reestructuración cognitiva: Cuestionamiento de los pensamientos negativos
- 6.º Manejo de la ansiedad: Exposición gradual
- 7.º Regulación emocional: Estrategias de afrontamiento y mejora de la autoestima
- 8.º Recapitulación: Repaso y prevención de recaídas

Los materiales en la red incluyen textos de seis a ocho páginas, vídeos psicoeducativos, historias de pacientes ficticios, actividades de reflexión y tareas para casa. Sincrónicamente se celebran vía chat ocho sesiones individuales con el terapeuta para resolver las dificultades.

En el ECA piloto participaron 70 adolescentes, edad media 17,04 años, chicas casi en su totalidad (94,29 %), que se repartieron al azar entre el tratamiento activo y un grupo de atención placebo. Al comparar la TCC en línea con el control se apreció una mejora moderada-alta de la depresión ( $d = 0,71$ ). La proporción de adolescentes que redujo la sintomatología a la mitad fue mucho mayor en el grupo tratado, 42,4 % versus 13,5 %. La ganancia se mantenía a los seis meses (Topooco et al., 2018).

Un año más tarde los autores replicaron el estudio inicial con el mismo número de adolescentes, edad y género similares, media 17,5 años, 95,71 % mujeres. Los controles recibieron por correo electrónico una plataforma personal para la evaluación semanal de su estado de salud mental, bajo la supervisión de un terapeuta que contactaba con ellos para el seguimiento de su bienestar. La mejoría fue mayor que en el estudio anterior ( $d = 0,86$ ) y la proporción de adolescentes clínicamente mejorados fue ligeramente superior, 46 % frente a 11 %. Los controles, en lista de espera, recibieron tratamiento al concluir el postest, por lo que no se pudo efectuar el seguimiento; no obstante, en el grupo tratado se compararon los datos del postest con los de la evaluación llevada a cabo un año después y se comprobó que los logros terapéuticos persistían (Topooco et al., 2019).

*DAD*

Se basa en la teoría cognitivo-social de Bandura (1986). Comprende siete módulos: presentación y evaluación, concienciación, psicología positiva, resolución de problemas, reestructuración cognitiva, relajación, ejercicio físico y modificación del estilo de vida. Los módulos en formato multimedia incluyen vídeos, ejemplos de la vida real, imágenes, animaciones, tareas para casa y recursos sobre nutrición, higiene de sueño, ansiedad por la salud y asertividad. Las participantes, que contaban con la asistencia continua del terapeuta por medio de un sistema seguro de mensajería en línea, accedían gratuitamente a las sesiones, mediante un código que caducaba automáticamente a los seis meses. Debían completar dos sesiones a la semana y media hora antes recibían un recordatorio a través de Telegram®, la red social más popular de Irán.

Moeni et al. (2019) asignaron al azar a 128 chicas, edad media 16,35 (rango 15-18), con sintomatología depresiva de leve a moderada, al programa *DAD* y al grupo de control. De acuerdo con los análisis por intención de tratar las adolescentes de la intervención redujeron significativamente sus puntuaciones de depresión en la CES-D, 24,6 media del pretest y 18,5 a las doce semanas, mientras que las del grupo de control permanecieron estables, 22,3 y 21,4 respectivamente. Esta ganancia, sin embargo, se atenuó a las veinticuatro semanas y la diferencia entre los grupos fue sólo marginalmente significativa.

#### *Terapia psicodinámica*

El programa, desarrollado por investigadores de la Universidad de Estocolmo (Lindqvist et al., 2020), consta de ocho módulos semanales de autoayuda con textos, vídeos y ejercicios que el adolescente envía al terapeuta, quien proporciona retroalimentación en un plazo de 24 horas en los días laborables. Incluye también una sesión semanal en el chat de 30 minutos para debatir los conflictos emocionales que subyacen a la sintomatología depresiva y los acontecimientos relacionales que afectan a la depresión. Se puede contactar con el terapeuta en cualquier momento a través del sistema integrado de mensajes de la plataforma y si el adolescente permanece inactivo durante una semana. recibe un mensaje de ánimo.

Módulo 1: Aclarar por medio del «triángulo del conflicto»: impulsos inconscientes – defensa – ansiedad, que priorizar las necesidades de apego sobre las emociones conduce a la fobias afectivas

Módulo 2: Desarrollar la autoobservación y diferenciar entre los viejos hábitos de auto-negligencia y autocrítica frente a las partes más sanas del yo

Módulo 3: Regular la ansiedad con ayuda de la auto-observación y la respiración

Módulo 4: Expresar los sentimientos reprimidos a través de la escritura

Módulo 5: Identificar las maniobras defensivas y las consecuencias negativas a largo plazo

Módulo 6: Identificar, aceptar y experimentar visceralmente la ira, la tristeza y la culpa

Módulo 7: Comprender la relación entre la evitación de las emociones y los patrones de relación inadecuados y romper con dichos patrones

Módulo 8: Comunicar los afectos adecuadamente y reparar las rupturas de las relaciones. Avanzar y mantener las ganancias

Lindqvist et al. (2020) asignaron aleatoriamente a 76 adolescentes, edad media 16,6 años (rango 15-18), 80 % chicas, con diagnóstico de trastorno de depresión mayor, a la terapia psicodinámica por Internet y al control consistente en un contacto semanal a través de la red, en el que el terapeuta proporcionaba apoyo, expresaba empatía, validaba las emociones y animaba a debatir sobre los acontecimientos vitales que causan malestar, pero sin utilizar técnicas psicoterapéuticas. Los participantes completaron por término medio 5,8 de los ocho módulos. La terapia produjo una importante mejoría de la depresión,  $d = 0,82$ , en comparación con el control. La respuesta al tratamiento fue significativamente mayor en el grupo experimental que en el control, 56 versus 21 %, así como la tasa de remisión, 35 versus 8 %.

### ***Videojuegos***

Un área en expansión son los juegos serios para ordenador, de orientación cognitivo-conductual, destinados a los adolescentes, aunque también se han desarrollado para otras poblaciones y/o con otros fines, como *Treasure Hunt* para niños de ocho a doce años con problemas interiorizados y exteriorizados (Brezinka, 2008) o *Pesky gNATs* para enseñar atención plena a preadolescentes de



diez a doce años (Tunney et al., 2017) y su adaptación para adultos con discapacidad intelectual, *The Feel Good Island* (Cooney et al., 2018).

### *SPARX*

Es la sigla de *Smart, Positive, Active, Realistic, X-factor thoughts*, un videojuego en el que el adolescente elige un avatar y afronta una serie de desafíos para restablecer el equilibrio en un mundo fantástico dominado por los GNATs (*Gloomy Negative Automatic Thoughts*). El juego consta de siete niveles con nombre alusivo a los objetivos y procedimientos.

#### *Nivel 1 – País de las Cavernas*

Objetivo: Encontrar esperanza

Procedimientos: Psicoeducación y control de la respiración

#### *Nivel 2 – País del Hielo*

Objetivo: Dinamizarse

Procedimiento: Activación conductual

#### *Nivel 3 – País del Volcán*

Objetivos: Regular las emociones y relacionarse

Procedimientos: Gestión de la ira, entrenamiento en aserción y escucha activa

#### *Nivel 4 – País de la Montaña*

Objetivo: Afrontar los problemas

Procedimiento: Resolución de problemas

#### *Nivel 5 – País de la Ciénaga*

Objetivo: Identificar los pensamientos automáticos

Procedimiento: Reestructuración cognitiva

#### *Nivel 6 – País del Puente*

Objetivos: Cuestionar los pensamientos automáticos y resolver conflictos

Procedimientos: Reestructuración cognitiva y entrenamiento en negociación

#### *Nivel 7 – País del Cañón*

Objetivos: Fortalecer los aprendizajes y prevenir las recaídas

Procedimientos: Recapitulación, atención plena y búsqueda de ayuda

Al principio y al final de cada módulo el usuario interactúa en primera persona con un guía, que le explica el juego, proporciona psicoeducación, evalúa el estado de ánimo y supervisa los retos de la vida real, que constituyen las tareas para casa. Al adolescente se le entrega el CD-ROM del videojuego y un cuaderno con el resumen de cada nivel y espacios en blanco para añadir comentarios personales.

Merry et al. (2012) compararon *SPARX* con el tratamiento habitual cara a cara. Reclutaron 187 adolescentes, edad media 15,6 años, 65,78 % chicas, que habían solicitado ayuda profesional a causa de sus síntomas de depresión en clínicas para jóvenes, consultas de medicina general y servicios escolares de asesoramiento de Nueva Zelanda. La tasa de remisión fue significativamente mayor con *SPARX*, 43,7 versus 26,4 % del grupo de control, y la mejoría se mantenía a los tres meses. Los creadores del videojuego realizaron otro ECA ese mismo año. En esa ocasión participaron 32 escolares excluidos de la enseñanza obligatoria, reclutados en escuelas de educación alternativa o en programas específicos. Los adolescentes, 14,9 años de edad media, 56 % varones, eran de procedencia heterogénea: 38 % isleños del Pacífico, 34 % maoríes, 25 % neozelandeses de origen europeo y 3 % de una etnia sin especificar. De nuevo se consiguió una reducción mayor de la sintomatología depresiva, 78 frente a 36 % de la lista de espera (Fleming et al., 2012).

En un estudio posterior se asignaron al azar 208 escolares, edad media 13,35 años, a las cuatro condiciones del estudio: *Op Volle Kracht*, *SPARX*, *Op Volle Kracht + SPARX*, y auto-monitoreo de control. El programa *Op volle kracht* (Tak et al, 2012), en español *A toda velocidad*, es la adaptación neerlandesa del *Penn Resiliency Program* (Gillham et al., 2008). De las dieciséis lecciones del programa se emplearon solo las ocho primeras destinadas al reconocimiento de las emociones y las cogniciones depresivas, a la toma de conciencia de la relación entre ellas y con los acontecimientos desencadenantes, y a la sustitución por otras adaptadoras. Se produjo una disminución de la sintomatología depresiva en todas las condiciones, incluso en la de control, sin diferencias significativas entre ellas (Poppelaars et al., 2016).

Lucassen et al. (2015) han diseñado la versión *Rainbow SPARX* para abordar los síntomas depresivos de minorías sexuales. La estructura, los juegos, los

personajes y las tareas para casa son similares; la diferencia con la versión original reside en el guión, sumamente respetuoso con la orientación sexual, por ejemplo se evitan las etiquetas lesbiana, gay o bisexual, porque muchos adolescentes de minorías sexuales no se clasifican como tales y en su lugar se hace referencia a la atracción sexual: adolescentes que se sienten atraídos por el mismo sexo, por ambos sexos o que se cuestionan su sexualidad. También se aclara que el mayor riesgo de depresión de los jóvenes *takataapui*, término maorí para referirse a la diversidad sexual, no se debe a la orientación sexual, sino al rechazo social de los compañeros. Se aborda la homofobia, así, en el nivel 4, el País de la Montaña, se plantea cómo resolver el problema «si salgo del armario, mis padres podrían echarme de casa». Los investigadores llevaron a cabo un ensayo abierto piloto con 21 adolescentes, edad media 16,5 años, 52,4 % identificados como varones. Se consiguió una reducción muy importante de la sintomatología depresiva ( $d = 1,01$ ), que se mantenía a los tres meses.

En Australia Perry et al. (2017) han elaborado con fines preventivos la versión resiliencia del programa, *SPARX-R*, que contrastaron con el programa en línea *lifeSTYLE*, que incluye los siguientes temas: independencia, participación en la comunidad, habilidades laborales, seguridad con el móvil, higiene y piel sana, alimentación sostenible y ambiente doméstico saludable. Quinientos cuarenta escolares, edad media 16,7 años, 63,15 % género femenino, completaron entre 20 y 30 minutos cada uno de los siete módulos de ambas intervenciones en el aula. Comparados con los controles, los adolescentes del grupo *SPARX-R* experimentaron una ligera mejoría en el posttest ( $d = 0,29$ ) y a los seis meses ( $d = 0,21$ ), pero no a los dieciocho meses.

### *The Journey*

Stasiak et al. (2014) han elaborado dos programas, uno activo de terapia cognitivo-conductual (TCC) y otro atención placebo de psicoeducación, ambos con el mismo nombre. El CD-ROM con las intervenciones multimedia incluye animaciones, textos, audios, video-clips, ejercicios interactivos y mini-juegos. La estructura es idéntica, pero los contenidos diferentes.

Módulo	Terapia cognitivo-conductual	Psicoeducación computarizada
1	Relación pensamientos, acciones y sentimientos	Educación para la depresión Conexión mente-cuerpo
2	Activación conductual Actividades agradables	Educación para la salud Nutrición, ejercicio, sueño
3	Resolución de problemas Resolución de conflictos	Amistades Ira y conflicto
4	Identificación de pensamientos depresivos	Gestión del tiempo Objetivos realistas y recompensas
5	Cuestionamiento de pensamientos depresivos	Afrontamiento del estrés
6	Parada de pensamiento Técnicas de relajación	Autorrealización: Creatividad, música, poesía, voluntariado
7	Resumen Prevención de recaídas	Resumen Prevención de recaídas

En *The Journey* el usuario escoge un avatar y emprende un viaje por ciudades imaginarias, por ejemplo las ciudades *Sky* y *Star* corresponden a la reestructuración cognitiva. Cada módulo se completa en 25-30 minutos y al conseguirlo se obtiene de recompensa el acceso a un mini-juego. Los módulos se implementan en cinco pasos:

- 1.º Registro del estado de ánimo.
- 2.º Repaso de los contenidos del módulo anterior.
- 3.º Establecimiento de la agenda del módulo actual.
- 4.º Ejercicios interactivos sobre los procedimientos terapéuticos.
- 5.º Resumen del contenido y tareas para casa.

Los creadores del videojuego contrastaron mediante un ECA piloto ambos videojuegos con 34 adolescentes, edad media 15,18 años, 58,85 % género masculino, reclutados en ocho institutos de Auckland, Nueva Zelanda. Según la *Children's Depression Rating Scale-Revised* (CDRS-R), la mejoría fue moderadamente mayor en la condición activa ( $d = 0,53$ ), aunque tan solo un mes después ambas condiciones se habían igualado. En cambio, con la segunda versión

de la *Reynolds Adolescent Depression Scale* sólo se detectó una diferencia marginal en el postest.

### ***Otras modalidades***

#### *Stressbusters*

Es un CD-ROM con ocho sesiones de TCC, de 30-45 minutos, cuyos contenidos son:

- 1.<sup>a</sup> Introducción al programa y establecimiento de objetivos
- 2.<sup>a</sup> Activación conductual
- 3.<sup>a</sup> Reconocimiento emocional
- 4.<sup>a</sup> Identificación de los pensamientos negativos
- 5.<sup>a</sup> Cuestionamiento de los pensamientos negativos
- 6.<sup>a</sup> Resolución de problemas
- 7.<sup>a</sup> Entrenamiento en habilidades sociales
- 8.<sup>a</sup> Prevención de recaídas

Las presentaciones interactivas multimedia son narraciones de audio sincronizadas con vídeos, animaciones, gráficos, textos y materiales complementarios como fichas sobre los estilos de pensamiento depresivo o diarios del estado de ánimo, que se pueden imprimir. Los protagonistas de los vídeos son tres adolescentes que aparecen hablando de sus vidas y utilizando el programa.

Abeles et al. (2009) llevaron a cabo el estudio piloto con una serie de 23 casos, edad media 14,87 años, en una proporción aproximada de seis chicas por chico, reclutados a través del Servicio de Atención Mental al Niño y al Adolescente del Reino Unido. El 95 % de los adolescentes reunía los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo, al finalizar la intervención la proporción se había reducido al 22 %. La mejora se mantenía a los tres meses.

Los autores de *Stressbusters* asignaron al azar 112 escolares, de 12 a 16 años, al programa o la lista de espera. De acuerdo con la evaluación multifuente se produjo una importante reducción de la sintomatología depresiva según los adolescentes ( $d = 0,82$ ), marginalmente significativa según los padres y ningún cambio según los maestros (Smith et al., 2015). En el segundo ECA participaron 139 adolescentes, edad media 15 años (rango 12-18), 64 % chicas, con una puntuación de 20 o más en el *Mood and Feelings Questionnaire* (MFQ), indicadora de un trastorno depresivo. En esta ocasión se utilizó un control activo, consistente en visitar páginas webs de auto-ayuda durante un tiempo equivalente. A los cuatro meses el tamaño del efecto fue moderado en el grupo de TCC digital ( $d = 0,45$ ) y nulo en el control, aunque la diferencia entre grupos no alcanzó la significación estadística. Un año más tarde la ganancia fue similar en ambos grupos:  $d = 0,39$  (*Stressbusters*) y  $d = 0,44$  (Webs). Un dato preocupante fue que la puntuación media del MFQ en ambas condiciones a los cuatro y doce meses fue 29 o más, sugiriendo un probable episodio depresivo actual, con otras palabras, a pesar de que los adolescentes mejoraron con ambas intervenciones, la sintomatología depresiva persistía en niveles clínicos (Wright et al., 2020).

### *Smartteen*

Es una aplicación informática de doce sesiones de TCC, desarrollada en India para adolescentes de 13 a 19 años. Las sesiones son presentaciones multimedia interactivas con textos, diagramas de flujo, animaciones 2D, gráficos y otros materiales. A lo largo de la intervención aparecen cinco viñetas, tres chicas y dos chicos, que ilustran los pensamientos, sentimientos y comportamientos en situaciones de ruptura de pareja, estrés por los exámenes, conflictos con los padres y problemas con los compañeros. La aplicación emplea:

#### a) Algoritmos

Permiten evaluar 1) los síntomas y ajustar el contenido de la sesión, por ejemplo si *Smartteen* detecta rumiaciones depresivas añade su abordaje al contenido estándar de la sesión; 2) el aprendizaje y comprobar si se ha comprendido los contenidos de la sesión, si no, anima a repasarlos; 3) el ritmo de impartición de las sesiones en progresión lineal, con un intervalo mínimo de una semana, para dar tiempo a asimilar los conceptos y habilidades adquiridos.

#### b) Diario personal

El adolescente accede a él de forma segura con su nombre de usuario y contraseña para establecer sus objetivos semanales y para cumplimentar 1) los auto-registros de actividades agradables, 2) de pensamientos depresivos, 3) las hojas de trabajo.

#### c) Herramientas

Las habilidades adquiridas se añaden a la «caja de herramientas» de la pantalla, que puede revisarse siempre que se desee.

#### d) Presentación personalizada

El lenguaje coloquial evita los tecnicismos, por ejemplo las actividades agradables se denominan *guays*, los pensamientos automáticos negativos *jarros de agua fría* o la reestructuración cognitiva *jugando a detective*. Los ejercicios adoptan la forma de pasatiempos: crucigramas, puzles, emparejamiento de ítems, preguntas de elección múltiple, etc. El adolescente elige el color y el diseño de su diario personal.

Srivastava et al. (2020) llevaron a cabo un piloto con 21 adolescentes, edad media 16,05 años (rango 13-19), 76,19 % varones, con diagnóstico de depresión de leve a moderada, reclutados en un hospital de la India, que asignaron a la intervención digital y al tratamiento habitual. A las doce semanas se logró con *Smartteen* una reducción mayor de los síntomas depresivos evaluados con el BDI-II y la CDRS-R, 60,6 frente a 35,4 % y 52,1 frente a 31,1 % respectivamente.

## **PREVENCIÓN DEL SUICIDIO**

La Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), impulsó en 2003 el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, que se celebra el 10 de septiembre, con el objetivo de romper el tabú y sensibilizar a la sociedad. El lema de aquel año fue “El suicidio puede prevenirse” y el último ha sido “Crear esperanza a través de la acción”. El interés de los psicólogos, incluidos los miembros de esta Academia, por esta problemática tan dolorosa ha ido *in crescendo* en consonancia con la preocupación

social. Prueba de ello son las recientes publicaciones sobre el tema como el excelente texto del profesor Enrique Echeburúa (2023), la obra colectiva coordinada por el profesor Javier Urra (2023), en la que participan además de los dos citados los académicos Helio Carpintero, José María Prieto, Alicia Salvador y Cristina Botella, y otros numerosos trabajos, entre los que destacan el manual dirigido por los profesores Al-Halabí y Fonseca-Pedrero (2023) o la monografía sobre el suicidio en la adolescencia de Pérez y Sánchez (2023), publicados por las editoriales Pirámide, y Sanz y Torres.

### ***Tipos de prevención***

La clasificación clásica distingue tres fases de la prevención dependiendo del momento de la intervención: antes del inicio del trastorno, durante la gestación o después de su aparición. El objetivo de la *prevención primaria* es disminuir la incidencia de la depresión, por lo que se dirige a los adolescentes sin síntomas; los programas de desarrollo de la resiliencia, como Fortius de Méndez et al. (2012), se enmarcan en esta categoría. La *prevención secundaria* busca impedir la progresión de la sintomatología incipiente mediante la detección precoz y el tratamiento temprano; los programas de cribado de la depresión con adolescentes, como *Therapeutic Identification of Depression in Young people* (TIDY) de Kramer et al. (2012), pertenecen a esta categoría. El fin de la *prevención terciaria* es minimizar las repercusiones negativas del trastorno y conseguir su desaparición, el componente de prevención de recaídas que se suele incluir en los protocolos terapéuticos, como CWD-A de Clarke y Lewinsohn (1986), es un ejemplo de este último nivel. A la propuesta inicial de Caplan (1964), no exenta de críticas, entre ellas, el importante solapamiento de la prevención con la terapia, se ha añadido la *prevención cuaternaria* (Jamouille, 1986), que pretende evitar las repercusiones negativas del sobrediagnóstico y el sobretratamiento, así, un meta-análisis realizado con 23 ensayos clínicos aleatorizados halló que cerca del 38 % de las personas que recibieron la intervención para prevenir que el duelo deviniera en depresión habrían obtenido mejores resultados si hubieran sido asignadas a la condición de control sin prevención (Neymeyer, 2000).

Actualmente se ha impuesto la categorización del Instituto de Medicina de los Estados Unidos centrada en la población objeto de la prevención (Institute of



Medicine, 1994). La *prevención universal* incluye a todos los adolescentes de la población diana, por ejemplo los estudiantes de bachillerato de una comarca. Dado el elevado número de potenciales participantes la intervención debe ofrecer una relación coste-beneficio asumible y ser aceptable para los adolescentes y los padres o tutores. En cambio, la *prevención dirigida* se centra en los adolescentes con determinadas características, bien factores de riesgo, por ejemplo depresión (*prevención selectiva*), bien conducta suicida como ideación (*prevención indicada*).

Esta clasificación se complementa con la del análisis funcional de la conducta, que diferencia entre *prevención pasiva*, centrada en el ambiente y orientada a reorganizar variables estimulares, y *prevención activa*, focalizada en el adolescente y dirigida a modificar variables personales (Riquelme et al., 2023).

### ***Estrategias de prevención***

La OMS señala cuatro estrategias para prevenir el suicidio de eficacia avalada por la investigación: dos son prevención pasiva, una prevención activa y otra combina ambos tipos (World Health Organization, 2021a).

#### *Limitar el acceso a los medios de suicidio*

Son medidas de prevención universal pasiva basadas en el control de estímulos: prohibir los plaguicidas altamente peligrosos, regular la posesión de las armas de fuego, instalar barreras en los sitios de salto como puentes o estaciones de metro, reemplazar los fármacos de alta toxicidad por otros más seguros, reducir el tamaño de los envases y usar blísteres para los medicamentos, sustituir en los hogares el carbón por gas natural con menos monóxido de carbono, etc.

De acuerdo con el *United Nations International Children's Emergency Found* (UNICEF) los métodos de suicidio varían de un país a otro (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2017). En muchos países desarrollados es común el suicidio con armas de fuego. Cada vez que se produce una matanza en un centro escolar de los Estados Unidos y se eleva el clamor popular en contra, el influyente *lobby* de la Asociación Nacional del Rifle, en el que han militado actores como John Wayne o Charlton Heston y políticos como Donald Trump o Sarah Palin, invoca la Segunda Enmienda a la Constitución: «Siendo necesaria una milicia bien organizada para la seguridad de un Estado libre, no se podrá restringir el derecho que tiene el Pueblo a poseer y portar armas» (citada por Hernández-Pinzón, 2010).

Así pues, no es extraño que en ese país la mitad de los suicidios sea por armas de fuego. Miller et al. (2015) hallaron que la posesión de armas de fuego se relaciona estrechamente con la tasa de suicidio en general y con arma de fuego, pero no con la de suicidio sin arma de fuego, tanto en el grupo de 0-17 años como en el de 15-29 años.

En Europa se da una situación parecida en Suiza, donde por razones históricas el ejército no es profesional sino de milicias. En los períodos entre los entrenamientos militares y en los fines de semana los soldados guardan el arma en casa. Al concluir el servicio militar, pueden comprarla por un precio módico, de modo que para una población de siete millones y medio de habitantes hay dos millones de armas. Entre 1995 y 2003 el 39 % de los suicidios de varones entre 18 y 43 años fue por arma de fuego. En 2003 entró en vigor la normativa *Ejército XXI*, que redujo la edad de licenciamiento de 43 a 33 años, con lo que los efectivos se redujeron a la mitad, de 400 000 a 200 000. Además la tasa para la adquisición del arma por los veteranos se incrementó notablemente. Reisch et al. (2013) compararon las tasas de suicidio antes, años 1995-2003, y después, años 2004-2008, de la promulgación de la ley de reforma del ejército, en la población en edad militar, esto es, los varones de 18 a 43 años, con las mujeres de 18 a 44 años y los varones de 44 a 53 años, y hallaron una reducción significativa en los tres grupos de la tasa global de suicidios y con arma de fuego, mientras que la tasa de suicidios por otros métodos se mantuvo inalterable, a pesar del repunte de los suicidios por ferrocarril. La limitación al acceso a las armas de fuego también ha reducido el suicidio en Canadá (Bridges, 2004), Reino Unido (Haw et al., 2004), Israel (Lubin et al., 2010), Australia (Chapman et al., 2006) y Nueva Zelanda (Beautrais et al., 2006).

Lanzarse al paso de un vehículo en marcha es un método propio de las grandes áreas urbanas. Corea del Sur posee una de las tasas de suicidios más altas del mundo y la mayor de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). En 2019 fue 28,6 por 100 000 habitantes, muy superior a la media de la OCDE, 12 por 100 000, y a la de España, 7,7 por 100 000 (World Health Organization, 2024) y en 2020 volvió a encabezar una lista de 35 países en el portal alemán Statista (2024). Arrojararse a la vía del metro es el cuarto método más frecuente entre los adolescentes suicidas de este país asiático (Kim et

al., 2019). El suicidio por plantarse enfrente de un tren en movimiento tiene un fuerte impacto psicológico para el conductor, el revisor y los pasajeros que presencian el incidente, además de causar interrupciones y retrasos en el tráfico con los ulteriores inconvenientes para la población de las grandes áreas urbanas. Chung et al. (2016) registraron durante una década los suicidios acaecidos en 121 estaciones del metro de Seúl, en las que se habían instalado puertas protectoras de 1,65 metros de altura, de apertura sincronizada, es decir, las puertas de acceso al andén permanecían cerradas hasta que el tren se detenía completamente y se abrían los vagones. Los casos de suicidio se redujeron el 89 % en comparación con las estaciones sin protección donde el número de suicidios permaneció inalterable, y se eliminaron totalmente en las paradas donde la altura de las puertas llegaba al techo, o casi, bloqueando totalmente el acceso a la zona de las vías. Dado el éxito, la medida se ha implementado en el ferrocarril suburbano de grandes ciudades asiáticas y europeas como Singapur, Hong Kong, Cantón, Tokio, París, Londres o Copenhague.

Otro método frecuente a nivel mundial es precipitarse desde lugares altos. El *Golden Gate* de San Francisco es el puente con mayor número de suicidios del mundo (Villantoy-Echegaray y Cruzado, 2018). Desde su inauguración en 1937 hasta 2010, en que se autorizó la construcción de una red de acero inoxidable de 2,7 km, se han certificado más de 1400 suicidios, con una media superior a 30 muertes en los años previos a la decisión de colocar la barrera protectora. El turístico puente, conocido como el imán del suicidio, se ha cobrado más víctimas que la Torre Eiffel, el puente de Clifton en Bristol, el puente de Grafton en Auckland y el edificio Empire State juntos. Ostenta otro récord funesto, su letalidad del 98 % es más del doble de la media de otras estructuras (47 %) (Whitmer y Woods, 2013). La instalación de la malla de protección ha concluido a primeros de 2024, por lo que todavía no se ha podido evaluar su efectividad. El segundo puente con más suicidios a nivel mundial es el viaducto de la calle Bloor de Toronto, donde se puso una barrera anti-suicidio en 2003. Sinyor et al. (2017) constataron la eficacia de la medida: la media de 9 suicidios anuales de los once años anteriores a la colocación de la barrera se redujo a 0,1 en los once posteriores.

En nuestro país el saltar desde un lugar elevado es el segundo método más utilizado por los adolescentes, por detrás del ahorcamiento, estrangulamiento o

sofocación y por delante del envenenamiento por fármacos. En Madrid el Viaducto que une el Palacio Real con los Jardines de Las Vistillas es conocido como el puente de los suicidas (Martínez y Castro, 2022). La primera construcción de hierro se inauguró el martes 13 de octubre de 1874, con motivo del traslado de los restos mortales de don Pedro Calderón de la Barca desde la basílica de san Francisco el Grande hasta la Sacramental de san Nicolás. La población consideró un mal augurio que se inaugurase precipitadamente con las obras por concluir. Tan solo una semana después ocurrió el primero de una larga cadena de suicidios, que movió a las autoridades a colocar una farola cada 25 metros. La medida no resultó eficaz pues los guardias no llegaban a tiempo de detener el salto, por lo que los periódicos de la época ironizaron escribiendo que la única utilidad de las farolas era que los suicidas se marcharan al otro barrio mejor alumbrados. En 1995 sucedió un hecho trágico: una chica de 18 años quiso quitarse la vida y su amiga de 17 se vio arrastrada al vacío al intentar frustrar el suicidio. La mayor murió en el acto, la menor sobrevivió, pero sufrió el infortunio de ser atropellada por el autobús de la empresa municipal de transportes que circulaba por la calle Segovia y falleció a las pocas horas. Tres años más tarde ante las protestas vecinales el Ayuntamiento colocó 150 mamparas de cristal irrompible, de unos dos metros de altura, para evitar nuevas tentativas.

#### *Concienciar a los medios de comunicación*

La actuación con los medios es otra estrategia de prevención universal pasiva. El silencio informativo no es recomendable, hay que visibilizar el fenómeno con el fin de conocerlo mejor, combatir el estigma y los mitos en torno al suicidio, tomar conciencia de la problemática y adoptar las medidas oportunas (Cano y Galindo, 2021).

En 1774 se publicó en Alemania la novela romántica *Las desventuras del joven Werther*, escrita por Johann Wolfgang von Goethe, en la que un artista sensible y apasionado se enamora perdidamente de Charlotte, una hermosa muchacha casada con un hombre once años mayor. El protagonista, atormentado por este amor imposible, pone fin a su vida de un disparo. El libro provocó una oleada de suicidios con una puesta en escena inspirada en la obra: vestimenta compuesta de levita azul, chaleco de cuero y broches amarillos, carta de despedida,

muerte por arma de fuego e incluso un ejemplar de la novela junto al cadáver, que desencadenó un agrio debate en Europa. En Copenhague y en Leipzig se prohibió la publicación, en Milán un párroco compró todas las copias para impedir que su feligresía emulara al suicida, en Suecia el poeta Kellgren advirtió del peligro del contagio por sugestión y hasta el propio Goethe, que en su juventud había sufrido un desengaño amoroso similar, se lamentó de que la gente convirtiera en realidad una ficción (Thorson y Öberg, 2003).

Diecisiete años más tarde Wolfgang Amadeus Mozart estrenó en Viena la ópera en dos actos *La flauta mágica*. En el penúltimo cuadro el pajarero de la Reina de la Noche, Papageno, que representa al ser humano honesto y benevolente, desesperado por la desaparición de Papagena, quiere colgarse de un árbol, pero en ese momento crítico se presentan tres muchachos que le aconsejan que taña las campanillas mágicas, Papageno obedece y al instante reaparece Papagena. El cuadro concluye con el célebre dúo de los amantes henchidos de felicidad.

El efecto «Werther» se refiere a los suicidios por imitación tras informar los medios. Phillips (1974) dio la voz de alarma sobre el aumento de suicidios cada vez que el *New York Times* daba noticia de ello. La publicidad excesiva y el fomento de la curiosidad morbosa para engrosar las ventas desencadena una cascada de suicidios, especialmente cuando se trata de un personaje famoso o de un ídolo juvenil, como sucedió en 1962 con Marilyn Monroe, en 1994 con Kurt Cobain, guitarrista de la banda Nirvana, o en 2014 con el actor Robin Williams. Este fenómeno es conocido también como efecto *copycat* o, desde 1986, efecto *Yukko*, cuando se suicidaron en Japón 28 adolescentes después de que la cantante Yukiko Okada se arrojara de un séptimo piso (Sebastiani, 2023). En el mes posterior al suicidio de Antonio Flores se produjeron 41 casos más de la media de junio en el período 1990-2007, que equivale a un incremento del 17 %, atribuible al tratamiento inadecuado de la noticia en la prensa española (Müller, 2011).

Un estudio llevado a cabo en nuestro país entre 2011 y 2012 con los diarios El País, El Mundo, ABC, El Comercio de Asturias y La Nueva España constató que la información más común era la descripción detallada del método y, en cambio, se echaba en falta la mención a los recursos comunitarios (Herrera et al., 2015). Un análisis posterior con cinco periódicos nacionales, El Mundo, La Vanguardia, La Voz de Galicia, El Periódico y El País, y seis extranjeros, *The Guardian*, *The New*

*York Times*, *The Washington Post*, *Público*, *Corriere della Sera* y *Le Monde*, halló que solo *El Mundo* en España y *The Guardian* en el Reino Unido informaban sobre el suicidio conforme a las pautas de la OMS (Lois-Barcia et al., 2018).

Por fortuna, algunos países han arbitrado medidas para evitar el influjo perjudicial de los medios, así, el Consejo de Prensa de la India, presidido por el juez Prasad, ha elaborado una serie de directrices para los periódicos y las agencias en las que desaconseja (Vijayajumar, 2019):

- Insertar la noticia en lugar destacado
- Repetirla innecesariamente
- Usar un lenguaje amarillista
- Normalizar el suicidio
- Presentarlo como una solución constructiva a los problemas
- Describir el método utilizado
- Proporcionar detalles del lugar
- Emplear titulares sensacionalistas
- Incluir fotografías, secuencias de vídeo o enlaces a redes sociales

El «efecto Papageno» es el contrario y alude al valor disuasorio y protector de poner el foco en las estrategias de afrontamiento alternativas (Niederkrötenhaler et al., 2010). Actualmente se observa un cambio de tendencia y se promueve la información proporcionada por profesionales sanitarios, con y sin experiencias personales, sobre búsqueda de ayuda (Santonja, 2023). Las asociaciones Papageno, de profesionales en prevención y posvención del suicidio, La Niña Amarilla, de periodistas, y AFASIB, de familiares y amigos supervivientes del suicidio de las Islas Baleares, han editado conjuntamente la guía de recomendaciones para comunicar sobre el suicidio *En mis zapatos*, entre las que destacan (López-Vega et al., 2022):

- Informar sobre factores de riesgo, de protección y señales de alarma
- Tratar la noticia con respeto
- Usar fuentes fiables y publicar solo hechos constatados
- Solidarizarse con el dolor de los supervivientes
- Evitar juicios sobre la víctima
- Facilitar recursos de ayuda
- Recordar a las personas que sufren que no están solas

- Extremar las precauciones cuando el suicida es una persona famosa
- Señalar las secuelas físicas y psicológicas de los intentos de suicidio

Los efectos Werther y Papageno no son exclusivos de la prensa escrita, sino que pueden hacerse extensivos al mundo audiovisual y digital, sobre todo con los adolescentes, usuarios asiduos de estos canales de información y ocio. Un ejemplo dramático es la serie «Por 13 razones», producida por la plataforma *Netflix*, que se estrenó el 31 de marzo de 2017. Narra la historia de una adolescente que graba los motivos por los que se suicida en trece casetes. El lanzamiento de la serie se asoció con un aumento escalonado del 28,9 % de la tasa global de suicidio en el grupo de edad de 10 a 17 años, mientras que no se produjo ningún incremento en los adultos entre 18 y 64 años (Bridge et al., 2019).

El ciberespacio es hoy el principal escaparate de la conducta suicida entre los adolescentes. Se estima que hay 100 000 sitios web con notas, fotografías, información sobre métodos y foros pro-suicidio. El 1 % de los adolescentes entre 10 y 17 años accede a estas páginas, lo que multiplica por siete el riesgo de explicitar el deseo de suicidarse (Molina y Restrepo, 2018). En consonancia con las recomendaciones de la OMS, los grandes buscadores Google, Yahoo y Bing, bloquean los contenidos suicidas, por ejemplo frases como «me quiero morir», e introducen mensajes preventivos, por ejemplo teléfonos de ayuda.

La primera red social, *SixDegrees*, se creó en 1997, desde entonces el acceso a las redes sociales no ha dejado de crecer y la pandemia de la COVID-19 y el subsiguiente confinamiento han acelerado el proceso. Casi el 93 % de los jóvenes españoles entre 16 y 24 años utilizaba alguna red social en 2022 y recientemente la edad se ha rebajado hasta los 12 años (Paricio del Castillo et al., 2023). Un peligro son los retos virales que instan al suicidio, entre otros, el juego de la asfixia, el de la muerte o el del fuego. En el macabro juego de la ballena azul el adolescente recibe el enlace de un chat, que le aísla de su entorno social con el pretexto de la confidencialidad. El juego dura 50 días en los que el jugador afronta un desafío diario cada vez más peligroso, desde ver vídeos de terror de madrugada a infligirse lesiones y por último saltar desde un edificio alto para quitarse la vida. El nombre del juego alude a la muerte por deshidratación de estos cetáceos varados en la orilla, que se ha relacionado con el suicidio. En Rusia, país donde surgió, se atribuyen alrededor de 130 muertes al juego, que también se ha cobrado víctimas

en Argentina, Brasil, Chile, China, Italia, Estados Unidos e India (Mukhra et al., 2019). En consonancia con el efecto Papageno, la ballena rosa pretende salvar vidas a través de 50 desafíos positivos como fomentar la autoestima, hacer amigos o apoyar a un compañero que sufre acoso.

### *Desarrollar aptitudes socio-emocionales para la vida*

El protagonismo del psicólogo es mayor en la intervención directa con los adolescentes y en los casos de riesgo mediante el cribado, la formación del personal escolar en detección o la adquisición de competencias.

Existen tres tipos de programas universales de prevención activa, destinados a la población escolar (Katz et al., 2013).

#### 1. Concienciación

Se centran en la alfabetización en salud mental a través de la psicoeducación integrada en el currículum escolar.

*Youth Aware of Mental Health Programme* (YAM) se desarrolló en el marco del estudio SEYLE. Participaron 11 110 adolescentes, edad media 15 años, reclutados en 168 institutos de diez países de la Unión Europea, entre ellos España. El programa incluye tres horas de sesiones de representación de papeles con talleres interactivos, combinados con un folleto explicativo para casa, seis pósteres educativos para el aula y dos charlas participativas de una hora al inicio y a la clausura de la intervención. El objetivo es concienciar sobre la salud mental, los factores de riesgo y de protección del suicidio, la depresión y la ansiedad, y adquirir estrategias para hacer frente a las adversidades de la vida, al estrés y a las conductas suicidas.

Wasserman et al. (2015) asignaron al azar los centros educativos a tres condiciones preventivas: 1) *Question, Persuade and Refer*, programa prototipo de formación de guardianes, 2) YAM, programa universal activo, 3) *ProfScreen*, programa de cribado por profesionales, y a la condición de control. Al año se había reducido a la mitad la ideación grave y los intentos de suicidio, en concreto, sólo 15 (0,75 %) y 31 (1,37 %) alumnos de YAM y de control respectivamente informaron de ideación suicida grave, y 14 (0,70 %) y 34 (1,51 %) de intentos de suicidio.

#### 2. Liderazgo de los compañeros



Se basa en el hecho conocido desde hace tiempo de que el adolescente es más proclive a hablar sobre el suicidio con compañeros que con adultos (Kalafat y Elias, 1994). Enseñar a los líderes escolares a responder adecuadamente, a colaborar con los educadores responsables y a desarrollar estrategias de afrontamiento es una herramienta útil para prevenir el suicidio en el contexto escolar.

*Sources of Strength* entrena a líderes en la escuela para que sirvan de modelo y estímulo a sus compañeros con el objetivo de a) comprometer a los adultos en el fortalecimiento de la comunicación con los escolares, b) reducir la aceptación implícita del suicidio impulsando la búsqueda de ayuda de los adultos, c) conocer y emplear los recursos interpersonales o de otro tipo disponibles.

En Estados Unidos Wyman et al. (2010) asignaron aleatoriamente 18 institutos a la intervención preventiva y a la lista de espera. *Sources of Strength* se implementó en tres fases:

#### 1.<sup>a</sup> Formación del personal escolar

En cada centro educativo dos o tres miembros del personal participaron en un curso de cuatro a seis horas para actuar de asesores y guiar a los líderes. El resto del personal asistió durante una hora a una sesión de capacitación como guardianes.

#### 2.<sup>a</sup> Entrenamiento a los líderes escolares

Los líderes escolares y los adultos asesores completaron un entrenamiento interactivo de 15 módulos que versó sobre las fuentes de fortaleza protectoras, las habilidades para promoverlas en ellos mismos y en los compañeros, y las formas de implicar a adultos de confianza en la ayuda a los compañeros.

#### 3.<sup>a</sup> Mensajería a nivel del centro escolar

Los líderes, supervisados por los adultos asesores, difundieron mensajes sobre las fuentes de fortaleza, vía presentaciones, anuncios de servicios públicos, vídeos y mensajes de textos en las redes sociales.

Se constató una gran mejoría en los líderes tanto en la percepción de la ayuda a los compañeros con riesgo de suicidio, tamaño del efecto 0,75, como en la búsqueda de ayuda de los adultos, tamaño del efecto 0,62. La probabilidad de remitir un compañero con riesgo a un adulto fue cuatro veces mayor en los líderes entrenados que en los controles. Entre los estudiantes, especialmente en aquellos

con antecedentes de ideación suicida, aumentó la percepción de apoyo de los adultos, tamaño del efecto 0,63, y la aceptación de la búsqueda de ayuda, tamaño del efecto 0,58.

### 3. Adquisición de habilidades

Existen programas universales que van más allá de informar y sensibilizar sobre la problemática del suicidio, y promueven el aprendizaje de habilidades por medio de variados entrenamientos.

*The Good Behavior Game* es un procedimiento de manejo de contingencias, ideado por Barrish et al. (1969) para el tratamiento de grupos con comportamiento perturbador. Los alumnos de una clase se asignan a equipos equiparados y obtienen reforzamiento positivo por no exceder el límite de conductas desadaptadas establecido por el maestro.

Wilcox et al. (2008) llevaron a cabo un estudio controlado con aleatorización de las escuelas y las aulas. Participaron 19 colegios públicos de Educación Primaria de la ciudad de Baltimore. En cada escuela al comienzo del curso los niños de primer grado (6 años) eran asignados a un aula de forma equilibrada según el género, el rendimiento académico y el comportamiento. Las 41 aulas con el profesor debidamente instruido fueron asignadas al azar a una intervención, el juego de la buena conducta o un método de lectura novedoso, y al control, que siguió el plan de estudios estándar. En el ensayo, que se prolongó durante dos cursos, participaron dos cohortes; en ambas todos los escolares de las dos intervenciones y de control pasaron a segundo grado en sus mismas unidades de aula. Más de quince años después del ingreso en la escuela los investigadores consiguieron evaluar al 83 % de los participantes, en concreto, 1918 jóvenes de entre 19 y 21 años, entre ellos 154 internados en centros penitenciarios. En la primera cohorte, se constató una disminución consistente y robusta del riesgo de ideación suicida, que se redujo a la mitad, asociada al juego de la buena conducta, en comparación con los controles; también se halló una reducción del riesgo de intento de suicidio, aunque en algunos modelos ajustados por covariables el efecto no fue estadísticamente robusto. En cambio, contrariamente a lo hipotetizado, el método de lectura avanzado no tuvo ningún impacto en la conducta suicida. El efecto positivo del juego de la buena conducta fue mucho menor en el ensayo de

replicación con la segunda cohorte. En un análisis posterior de los resultados los investigadores concluyeron que las relaciones satisfactorias con los compañeros en la infancia explicaban la reducción del riesgo de intentos de suicidio asociadas al juego de la buena conducta y eran un importante factor de protección (Newcomer et al., 2016).

En el programa *Harry Potter* los alumnos leen en clase de lengua la novela *Harry Potter y el prisionero de Azkaban*, que sirve de marco a la intervención cognitivo-conductual, cuyos objetivos son a) ilustrar cómo los factores de riesgo contribuyen al malestar emocional, los factores de protección promueven la resiliencia y las distorsiones cognitivas difieren de los pensamientos racionales; b) aplicar técnicas básicas de reestructuración cognitiva y conductuales de mejora del estado de ánimo; c) promover la búsqueda de ayuda si las habilidades adquiridas son insuficientes para conseguir la regulación emocional. El currículum alienta la flexibilidad cognitiva, la resiliencia y el locus de control interno a través de estrategias de afrontamiento, denominadas «cazadores de estrés», y de la resolución de problemas.

Klim-Conforti et al. (2021) asignaron al azar 46 aulas de séptimo y octavo grado, de quince escuelas de Toronto, con un total de 430 escolares, de 11 a 14 años, a la intervención preventiva (N = 200) y a la lista de espera que siguió con el plan de estudios habitual (N = 230). Treinta y siete profesores recibieron formación intensiva durante media jornada y aplicaron el programa durante tres meses. Los adolescentes, especialmente las chicas, de la condición activa obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas que los de la condición de control en suicidalidad, depresión, ansiedad y trastorno de la personalidad límite.

#### *Actuar en los casos de riesgo*

Katz et al. (2013) citan tres tipos de programas para prevenir el suicidio mediante la pronta detección y la intervención con los escolares en riesgo.

##### 1. Cribado

Se evalúa a los alumnos para identificar a los que corren riesgo y remitirlos a terapia, la más indicada es la TCC integral (García Vera y Sanz, 2016).

Husky et al. (2011) asignaron al azar a alumnos de noveno grado a dos condiciones. En el grupo experimental 365 estudiantes, edad media 14,66 años,

53,4 % chicas, se llevó a cabo un cribado con una versión abreviada del *Columbia Suicide Screen* (CSS); en el control, formado por 291 escolares, edad media 14,74 años, 53,1 % chicas, no se efectuó ningún cribado y los casos fueron seleccionados por los equipos de apoyo del centro. Con el cribado se detectó una proporción significativamente mayor de adolescentes que precisaba atención psicológica (95,5 %), que sin el cribado (39,3 %). En otro estudio con 1729 alumnos del noveno al duodécimo grado, la tasa de identificación de los estudiantes con riesgo de suicidio, definido como ideación suicida en los tres últimos meses o historia de intentos de suicidio, fue 40,2 % con el cribado de la CSS y 8,9 % con el juicio de los profesionales del centro (Scott et al., 2009).

Gould et al. (2009) pusieron de relieve el beneficio del cribado mediante un estudio longitudinal de dos años con 317 escolares, edad media 14,94 años, 58,36 % chicas. El 71,6 % no recibía ningún tratamiento, a pesar del riesgo por conducta suicida, depresión o abuso de droga y, tras el cribado, el 69,2 % de los adolescentes siguieron las recomendaciones y buscaron ayuda profesional.

*Signs of Suicide* (SOS) no es un programa exclusivamente de cribado, sino que incorpora un componente extra de psicoeducación. Plantea que el suicidio no es una reacción normal al estrés o al malestar emocional, sino que está directamente relacionado con la depresión. El acrónimo ACT describe las tres acciones fundamentales que se enseñan al alumnado:

- a) *Acknowledge*: reconoce los signos de suicidio en ti mismo y en los demás.
- b) *Care*: haz saber al compañero que te importa y que le quieres ayudar.
- c) *Tell*: díselo a un adulto responsable.

Los escolares ven un vídeo con escenificaciones de los signos de depresión y suicidio, la forma de identificarlos y entrevistas con personas cuya vida se ha visto afectada por el suicidio. Luego debaten el tema con apoyo de una guía y cumplimentan la *Columbia Depression Scale*. Si obtienen una puntuación de 16 o más, indicadora de depresión, se les anima a buscar ayuda de inmediato recurriendo a los medios que el centro pone a su disposición y/o acudiendo a un profesional de salud mental.

Los creadores del programa han realizado varios ECAs, en los que han participado cerca de ocho mil adolescentes. En el primero reclutaron en cinco

institutos 2100 estudiantes, mayoritariamente de 9.º grado (14 años), de ambos géneros, que asignaron al azar al grupo de intervención y al de control, que consistió en clases de salud o de ciencias sociales. Los escolares de la condición activa mostraron mayor conocimiento y actitudes más adaptadas sobre la depresión y el suicidio, además de una probabilidad 40 % más baja de informar de un intento de suicidio en los tres últimos meses, que sus compañeros controles (Aseltine y DeMartino, 2004). Tres años más tarde replicaron el estudio con una muestra mayor de 4133 estudiantes de diversas etnias y obtuvieron resultados similares (Aseltine et al., 2007). En otros dos estudios con el mismo diseño los resultados fueron positivos también, en el primero, llevado a cabo con 386 hijos de militares, la ideación suicida se redujo aproximadamente el 96 % (Schilling et al., 2014), y en el segundo, con 1268 estudiantes, los que habían asistido al programa informaron un 64 % menos de intentos de suicidio (Schilling et al., 2016). Sobre la base de la investigación acumulada se considera que *Signs of Suicide* es un programa eficaz para reducir la conducta suicida (Carli et al., 2021).

## 2. Formación de guardianes

El principio que subyace a estos programas es que el suicidio está subestimado en la adolescencia y que la adopción por los adultos de una actitud vigilante mejorará su detección. Según la *National strategy for suicide prevention*, un *gatekeeper* o guardián es cualquier profesional, psicólogo, maestro, orientador, sacerdote, policía, médico, enfermero, etc., capacitado para reconocer una crisis suicida (Silverman, 2001).

*Question, Persuade and Refer* (QPR) es un programa de formación de guardianes que recurre a un símil muy intuitivo. Del mismo modo que una persona aprende en un curso de primeros auxilios la reanimación cardio-pulmonar, en inglés CPR, que salva la vida de quienes han sufrido un ataque cardíaco, también puede automatizar tres sencillos pasos: preguntar, persuadir y remitir, en inglés QPR, para salvar vidas del suicidio. En el caso de la población adolescente el programa estándar consiste en una breve sesión, de 1 a 2 horas, en la que el personal escolar es entrenado para a) reconocer rápidamente las señales de que un estudiante está contemplando suicidarse: expresiones de desesperanza, depresión, regalar bienes preciados, hablar de suicidio, procurarse medios letales,

etc.; b) indagar sobre la presencia de ideas y deseos suicidas; c), solicitar la evaluación del riesgo por expertos o remitirlo a los servicios de atención al suicidio.

Wyman et al. (2008) asignaron al azar a 249 miembros del personal de treinta y dos centros educativos al programa QPR y al grupo de control. La formación fue impartida por instructores que habían recibido un entrenamiento entre doce y dieciséis horas, con el apoyo del orientador escolar con una preparación específica de seis a ocho horas para derivar los casos detectados en el centro. La formación al personal de servicios sociales y de salud, administrativo, docente y de apoyo requirió una media de 2,7 sesiones por escuela (rango 1-8 sesiones) en grupos de 28 miembros como promedio. Se logró un aumento moderado en el conocimiento sobre el suicidio, tamaño del efecto 0,41, y grande en la detección de casos de riesgo, tamaño del efecto 1,22, y en la remisión a los recursos asistenciales, tamaño del efecto 1,07.

En un estudio posterior con grupo de control no equivalente, Tompkins et al. (2010) impartieron a 78 profesores un breve curso de dos horas en el que informaron sobre la prevalencia del suicidio en la adolescencia, los factores de riesgo de la depresión y del suicidio, las formas de preguntar a los estudiantes y derivarlos a centros especializados. Se apreció una mejora del conocimiento, de las actitudes y de las creencias sobre el suicidio y su prevención en comparación con 24 adultos controles que no habían asistido al curso.

### 3. Adquisición de habilidades

También hay programas de entrenamiento de prevención dirigida, destinados a adolescentes con riesgo. *Counselors CARE* (C-CARE) consiste en la administración individual por ordenador de la entrevista *Measurement of Adolescent Potential for Suicide*, entre hora y media y dos horas, sobre estrés, depresión, desesperanza, ansiedad, conducta suicida, conductas de riesgo, abuso de drogas, recursos personales, estrategias de afrontamiento y apoyo social; seguida de un breve asesoramiento motivacional durante hora y media o dos horas para proporcionar empatía, apoyo e información relevante, reforzar positivamente las estrategias de afrontamiento y las conductas de búsqueda de ayuda e incrementar el apoyo social del personal escolar y de los padres.

*Coping and Support Training* (CAST) es un programa de doce sesiones de una hora, dispensado en seis semanas, de entrenamiento en habilidades para la vida en grupos de seis o siete estudiantes, que incluye apoyo social, establecimiento de objetivos, mejora de la auto-estima, toma de decisiones, manejo de la depresión y de la ira, control del consumo de drogas, prevención de recaídas y valoración del progreso.

En Estados Unidos Randell et al. (2001) asignaron aleatoriamente a 341 escolares, del 9.º al 12.º grado (14-19 años), con riesgo de abandonar los estudios a los grupos C-CARE (N = 117), C-CARE + CAST (N = 103) y control «intervención habitual» (N = 121), que consistió en una entrevista de evaluación, entre 15 y 30 minutos, más apoyo en la escuela y en casa. Los adolescentes de los tres grupos mostraron una disminución similar en la conducta suicida, aunque los de los grupos experimentales mejoraron más de la depresión, ganancia que se mantenía a las seis semanas (Eggert et al. 2002). Los investigadores replicaron el estudio con una muestra mayor, que distribuyeron al azar entre C-CARE (N = 150), C-CARE + CAST (N = 155) y control «intervención habitual» (N = 155). En esta ocasión hallaron que la conducta suicida, así como la depresión y la desesperanza, se redujeron significativamente en ambas condiciones activas más que en la de control. C-CARE + CAST superó a CAST en auto-control y en la habilidad para resolver problemas (Thompson et al., 2001).

Hooven et al. (2010) realizaron un estudio longitudinal de cinco años con 615 escolares con riesgo de suicidio, edad media 15,9 años, 61 % chicas, que asignaron a tres modalidades del programa CARE: padres (P-CARE), adolescentes (C-CARE), padres y adolescentes (P&C-CARE) e intervención mínima de control. Las tres modalidades redujeron el riesgo de suicidio desde los 16 a los 21 años.

### ***La prevención en España***

La OMS señala que la primera medida importante para prevenir el suicidio es la formulación de una estrategia nacional. En 2020 sesenta y dos países disponían de programas de prevención del suicidio, que consisten habitualmente en un conjunto de iniciativas específicas en sectores como la salud, la educación, los servicios sociales y la legislación (World Health Organization, 2021b).

Lamentablemente no contamos con un plan nacional, sin embargo, la atención al suicidio es una de las diez líneas de la Estrategia de Salud Mental 2022-26, del Sistema Nacional de Salud (Vallejo et al., 2023). Las comunidades autónomas disponen de planes de prevención del suicidio y/o guías para los centros educativos. Las guías suelen estructurarse en tres bloques: 1.º Conocimientos básicos: conducta suicida, mitos y creencias erróneas, datos de frecuencia, factores de riesgo y señales de alerta, factores de protección; 2.º Protocolos de actuación: ante el riesgo (prevención) y después de un suicidio (posvención); 3.º Recursos de ayuda.

### **España**

Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (2020). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc\\_481\\_conducta\\_suicida\\_avaliat\\_resum\\_modif\\_2020\\_2.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_resum_modif_2020_2.pdf)

### **Andalucía**

Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional (2023). *Guía para la prevención del riesgo de conductas suicidas y autolesiones del alumnado*. Junta de Andalucía <https://www.juntadeandalucia.es/educacion/portals/delegate/content/5e6d4074-82f8-4677-b4e7-83670f3c0477/Gu%C3%ADa%20del%20Protocolo%20de%20actuaci%C3%B3n%20para%20la%20prevenci%C3%B3n%20del%20riesgo%20ante%20conductas%20suicidas%20o%20autolesiones%20del%20alumnado>

### **Aragón**

Grupo de trabajo para la prevención del suicidio en el ámbito escolar (2021). *Prevención, detección e intervención en casos de ideación suicida en el ámbito*



*educativo: Guía para centros escolares. Protocolo de actuación inmediata.* Gobierno de Aragón.

<https://educa.aragon.es/documents/20126/1903385/Gu%C3%ADa+Prevenci%C3%B3n+Suicidio+FINAL+web.pdf/e47b2d60-4079-404f-0976-e10b2790b58a?t=1632811010706>

### **Asturias, Principado de**

Cuartas, T. (Coord.) (2022). *Promoción del bienestar emocional, prevención, detección e intervención ante la conducta suicida: Guía para centros educativos.* Gobierno del Principado de Asturias.

<https://www.educastur.es/documents/34868/39646/2023-01-con-pub-guia-prevencion-conducta-suicida-centros-educativos.pdf/dd36a42d-0d55-621f-ef6a-b862b591b6d5?t=1675182893267>

### **Balears, Illes**

Haber, N., Flórez, I., Lafau, O. y Moragues, E. (2021). *Guía para la prevención y el primer abordaje de la conducta suicida en los centros educativos de las Islas Baleares.* Servicio de Salud de las Islas Baleares.

<https://docusalut.com/bitstream/handle/20.500.13003/18099/Gu%C3%ADa+prevenci%C3%B3n+y+abordaje+conducta+suicida+colegios+IBSALUT+ESP.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

### **Canarias**

Servicio Canario de la Salud (2021). *Programa de prevención de la conducta suicida en Canarias.* Gobierno de Canarias.

<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3f5ce57d-1085-11ec-bfb0-874800d2c074/PPCSC.pdf>

### **Cantabria**

Consejería de Educación y Formación Profesional (Coord.) (2023). *Prevención, detección e intervención de la conducta suicida en el ámbito educativo.* Gobierno de Cantabria.

<https://www.educantabria.es/documents/39930/14073547/Prevenci%C3%B3n%2C+detecci%C3%B3n+e+intervenci%C3%B3n+de+la+conducta+suicida+en+el+%C3%A1mbito+educativo.pdf/3e914d63-6850-936a-322d-13b7e4cfc603?t=1684130284868>

### **Castilla y León**

Briongos, N., Gómez, M., Caballero, R., Díez, J., Gadea, M. L. y Martínez, M. (2022). *Guía de prevención del suicidio: Protocolo de actuación en conductas autolíticas*. Federación Salud Mental Castilla y León.

<https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-prevencion-suicidio-Salud-Mental-CYL.pdf>

### **Castilla – La Mancha**

Grupo de trabajo para la prevención del suicidio e intervención en conductas autolíticas en Castilla-La Mancha (2020). *Guía para la prevención de la conducta suicida: Castilla-La Mancha. Dirigida a docentes*. Consejería de Sanidad.

[https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20201123/guia\\_preven\\_suic\\_ijv.pdf](https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20201123/guia_preven_suic_ijv.pdf)

### **Cataluña**

Departament d'Educació i Departament de Salut (2022). *Guia per a l'abordatge de la conducta suïcida i de les autolesions no suïcides en el centre educatiu*. Generalitat de Catalunya.

[https://presidencia.gencat.cat/web/.content/ambits\\_actuacio/pacte-nacional-salut-mental/2022-Guia-Abordatge-Conducta-Suicida-Autolesions-Suicides-Centres.pdf](https://presidencia.gencat.cat/web/.content/ambits_actuacio/pacte-nacional-salut-mental/2022-Guia-Abordatge-Conducta-Suicida-Autolesions-Suicides-Centres.pdf)

### **Extremadura**

Dirección General de Innovación e Inclusión Educativa (2021). *Acomodo emocional educativo para la salud mental. Guía interactiva: Herramienta 3. Guía de prevención e intervención en conductas suicidas en el ámbito educativo*. Junta de Extremadura.

[https://www.educarex.es/pub/cont/com/0004/documentos/%5BGuia Interactiva%5D %E2%80%93 GPCS - Junta de Extremadura v5.pdf](https://www.educarex.es/pub/cont/com/0004/documentos/%5BGuia%20Interactiva%5D%20%80%93%20GPCS%20-%20Junta%20de%20Extremadura%20v5.pdf)

## **Galicia**

Consellería de Educación, Universidade e Formación Profesional (2018). *Protocolo de prevención, detección e intervención del riesgo suicida en el ámbito educativo*. Xunta de Galicia.

[https://libraria.xunta.gal/sites/default/files/downloads/publicacion/riesgo\\_suicida\\_castelan\\_para\\_li.pdf](https://libraria.xunta.gal/sites/default/files/downloads/publicacion/riesgo_suicida_castelan_para_li.pdf)

## **Madrid, Comunidad de**

Montés, M. y Jiménez, A. (2023). *Guía para familiares y educadores: Prevención del suicidio en adolescentes*. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

<https://www.educa2.madrid.org/web/educamadrid/principal/files/651e7e61-c86f-49dd-9daf-a173969aefb7/2024-GUIA-PREVENCIÓN%20SUICIDIO.pdf?t=1710316597033>

## **Murcia, Región de**

Consejería de Educación y Consejería de Salud (2022). *Guía de prevención del suicidio: Actuaciones en centros educativos*. Región de Murcia.

[https://www.carm.es/web/descarga?IDCONTENIDO=20915&ALIAS=PUBT&IDADIC=15763&ARCHIVO=Texto+Completo+1+Gu%C3%ADa+de+prevenci%C3%B3n+del+suicidio.+Actuaciones+en+centros+educativos.pdf&RASTRO=c801\\$m4331,4330](https://www.carm.es/web/descarga?IDCONTENIDO=20915&ALIAS=PUBT&IDADIC=15763&ARCHIVO=Texto+Completo+1+Gu%C3%ADa+de+prevenci%C3%B3n+del+suicidio.+Actuaciones+en+centros+educativos.pdf&RASTRO=c801$m4331,4330)

## **Navarra, Comunidad Foral de**

Grupo técnico de trabajo sobre la prevención de las personas con conducta suicida en Navarra (2021). *Plan de atención a las personas con conductas suicidas de Navarra*. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Gerencia de Salud Mental

<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/3C7927A6-1163-4300-80BE-53732C8784A4/478582/PlandeatencionalaspersonasconconductassucidasenlaR.pdf>

## **País Vasco**

Departamento de Educación (2023). *Estrategia de prevención, intervención y posvención de la conducta suicida en el ámbito educativo*. Gobierno Vasco.

[https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc\\_sosa\\_estrategiasuicidi\\_oedu/es\\_def/Estrategia-de-Prevencio-n-Intervencio-n-y-Posvencio-n-de-la-Conducta-Suicida-en-el-A-mbito-Educativo\\_2022.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_estrategiasuicidi_oedu/es_def/Estrategia-de-Prevencio-n-Intervencio-n-y-Posvencio-n-de-la-Conducta-Suicida-en-el-A-mbito-Educativo_2022.pdf)

### **Rioja, La**

Consejería de Educación, Cultura, Deporte y Juventud, y Universidad de La Rioja (2023). *Protocolo para la prevención, detección e intervención de la conducta suicida en centros educativos sostenidos con fondos públicos de La Rioja*. La Rioja.

[http://ias1.larioja.org/boletin/Bor\\_Boletin\\_visor\\_Servlet?referencia=24186135-1-PDF-552234](http://ias1.larioja.org/boletin/Bor_Boletin_visor_Servlet?referencia=24186135-1-PDF-552234)

### **Valenciana, Comunitat**

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (2018). *Prevención del suicidio: Guía informativa para el ámbito escolar*. Generalitat Valenciana.

<https://prevenciodelsuicidi.san.gva.es/documents/7217942/7267322/GU%C3%8DA+SUICIDIO+%C3%81MBITO+ESCOLAR.pdf>

Un prometedor programa de prevención universal desarrollado en nuestro país es *PositivaMente*. Consta de cuatro módulos sobre concienciación, factores de riesgo y protección, manejo del estrés y de las crisis, y terapia cognitiva. La valoración de los estudiantes que participaron en el estudio piloto fueron muy positivas (Fonseca-Pedrero et al., 2023).

## **REFLEXIÓN FINAL**

La intervención digital no es una terapia innovadora, sino una forma distinta de implementar el tratamiento. Del mismo modo que la TCC o la TIP se aplican individualmente o en grupo, también se pueden llevar a cabo presencial o telemáticamente. La terapia a través del ordenador empezó a utilizarse en el siglo

pasado. Han transcurrido casi treinta años desde que Marks et al. (1998) aventuraran que los sistemas informatizados tienen un futuro prometedor para el tratamiento de la depresión no suicida y algunos de estos sistemas pronto serán lo suficientemente robustos como para facilitar la vida a muchos pacientes, terapeutas e investigadores.

Las ventajas son innegables para el terapeuta, que ve reducida la necesidad de un entrenamiento específico, se asegura la fidelidad al protocolo aplicado de forma automatizada y obvia los problemas del cara a cara para recabar información delicada; y para el adolescente, que controla el ritmo de la terapia, elige los recursos que más le interesan, obtiene retroalimentación y reforzamiento inmediatos, y se fortalece su motivación por el atractivo de una tecnología con la que está familiarizado (Calear et al., 2010).

Los estudios examinados muestran que el creciente cuerpo de investigación sobre las intervenciones digitales, especialmente cognitivo-conductuales (Andersson et al., 2019), apoya su utilidad en la depresión, y los datos serían aún más concluyentes si se hubieran incluido los ECAs de tratamientos transdiagnósticos para la depresión y la ansiedad, como *Think, Feel, Do* (Stallard et al., 2011), *Problem Solving Therapy* (PST; Hoek et al., 2012), *Master Your Mood Online* (van der Zanden et al., 2012), *Climate Schools* (Teesson et al., 2020), *Shamiri-Digital* (Osborn et al., 2020) o *Smooth Sailing* (O'Dea et al., 2021), excluidos en aras de la homogeneidad.

A pesar de ello, el *Grupo de trabajo de la actualización de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia* (2018) no contempla las intervenciones en línea, aún admitiendo que son apropiadas para los adolescentes por su formato. En la misma línea, la *Society of Clinical Child and Adolescents Psychology* (2017), división 53 de la *American Psychological Association*, le otorga el estatus de terapia experimental. Es posible que la valoración simplemente como prometedoras de las intervenciones digitales se deba a que los estudios han sido sobre todo de prevención dirigida, es decir, adolescentes con riesgo o con síntomas pero sin un trastorno depresivo, y a que en los pocos estudios de tratamiento la depresión era leve y no grave. El *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE; 2019), en cambio, recomienda ofertar en primer lugar la terapia digital de orientación cognitivo-conductual y la

terapia grupal cognitivo-conductual, interpersonal o de apoyo no directivo para la depresión leve, con diferencia el tipo más frecuente (70 %), con los adolescentes de 12 a 18 años.

En la revisión efectuada por nuestro equipo con veintisiete ECAs, en los que participaron 3501 adolescentes con diagnóstico de trastorno depresivo, la respuesta media al tratamiento psicológico fue 61 %, idéntica a la medicación depresiva (60 %) (Méndez et al., 2021), refutando la idea equivocada de que la psicoterapia es menos eficaz (Sanz y García-Vera, 2020). Parecería que continuamos anclados en la franja del sesenta y tantos por ciento, pero la media es engañosa porque mezcla tratamientos que funcionan bien con otros de resultados más modestos. En nuestra revisión la tasa de respuesta de la TCC y de la TIP varió entre 86 y 89 %, mientras que la de la terapia familiar fue tan solo 27-29 %.

El suicidio ha dejado de ser «invisible» en nuestro país, como prueba la concienciación social, la creación de la línea telefónica 024 de atención permanente a la conducta suicida o la proliferación de publicaciones sobre el tema y resulta alentador constatar los avances en prevención, ámbito en el que el papel del psicólogo es primordial (Carpintero, 2023).

En conclusión:

- 1.º Las intervenciones digitales son una modalidad de implementación del tratamiento psicológico, no una terapia diferente.
- 2.º Las intervenciones digitales pueden ser la opción para los casos que de otro modo no tendrían acceso al tratamiento.
- 3.º Las intervenciones digitales poseen indudables ventajas para el adolescente y el terapeuta.
- 4.º Hoy por hoy la relación cara a cara del adolescente con el terapeuta continúa siendo la forma privilegiada de aplicar el tratamiento.
- 5.º La TCC y la TIP presenciales son eficaces, funcionan bien para tratar la depresión en la adolescencia y son el tratamiento de primera elección.

- 6.º La prevención del suicidio compete a la sociedad: autoridades, sanitarios, educadores, informadores y otros profesionales.
- 7.º La prevención del suicidio debe combinar estrategias activas y pasivas.
- 8.º Dificultar el acceso a los métodos y concienciar a los medios de comunicación, clásicos y digitales, ayuda a salvar vidas.
- 9.º La escuela es un contexto idóneo para la prevención del suicidio en la adolescencia.
- 10.º La investigación avala la eficacia de la prevención, universal y dirigida.

Hay motivos para la esperanza, pero resta mucho camino por recorrer. Hagamos nuestra la divisa de la Academia: Pensemos, sintamos y actuemos, en pro del bienestar y la salud mental de los menores, es la garantía más firme de un futuro mejor.

## Referencias bibliográficas

- Abeles, P., Verduyn, C., Robinson, A., Smith, P., Yule, W. y Proudfoot, J. (2009). Computerized CBT for adolescent depression (“Stressbusters”) and its initial evaluation through an extended case series. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 151-165. <https://doi.org/10.1017/S1352465808005067>
- Al-Halabí, S. y Fonseca-Pedrero, E. (Eds.). (2023). *Manual de psicología de la conducta suicida*. Pirámide.
- ANAR (2023). *Informe anual teléfono/chat ANAR 2022*. Fundación ANAR. <https://www.anar.org/actualidad/informes/>
- Andersson, G., Titov, N., Dear, B. F., Rozental, A. y Carlbring, P. (2019). Internet-delivered psychological treatments: From innovation to implementation. *World Psychiatry*, 18, 20-28. <https://doi.org/10.1002/wps.20610>
- Arensman, E., Corcoran, P. y McMahon, E. (2018). The iceberg model of self-harm: New evidence and insights. *The Lancet Psychiatry*, 5, 100-101. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30477-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30477-7)
- Aseltine, R. H. y DeMartino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program. *American Journal of Public Health*, 94, 446-451. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.3.446>
- Aseltine, R. H., James, A., Schilling, E. A. y Glanovsky, J. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: A replication and extension. *BMC Public Health*, 7, 161. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-161>
- Balazs, J., Miklósi, M., Keresztény, A., Apter, A., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Haring, C., Kahn, J. P., Postuvan, V., Resch, F., Varnik, A., Sarchiapone, M., Hoven, C., Wasserman, C., Carli, V. y Wasserman, D. (2012). P-259 – Prevalence of adolescent depression in Europe. *European Psychiatry*, 27,(S1), p. 1. Abstracts of the 20th European Congress of Psychiatry. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)74426-7](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)74426-7)
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive Framework*. Prentice Hall.
- Bansa, M., Brown, D., DeFrino, D., Mahoney, N., Saulsberry, A., Marko-Holguin, M., Fogel, J., Gladstone, T. R. G. y Van Voorhees, B. W. (2018). A little effort can withstand the hardship: Fielding an internet-based intervention to prevent depression among urban racial/ethnic minority adolescents in a primary care setting. *Journal of the National Medical Association*, 110(2), 130-142. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jnma.2017.02.006>
- Barrish, H. H., Saunders, M. y Wolf, M. M. (1969). Good behaviour game: Effects of individual contingencies for group consequences on disruptive behaviour in a classroom. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2, 119-124. <https://doi.org/10.1901/jaba.1969.2-119>
- Beautrais, A. L., Fergusson, D. M. y Horwood, L. J. (2006). Firearms legislation and reductions in firearm-related suicide deaths in New Zealand. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 253-259. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01782.x>
- Brent, D. y Maalouf, F. (2015). Depressive disorders in childhood and adolescence. En A. Thapar, D. S. Pine, J. F. Leckman, S. Scott, M. J. Snowling y E. Taylor (Eds.). *Rutter's child and adolescent psychiatry* (6.ª ed., pp. 874-892). Wiley.



- Brezinka, V. (2008). Treasure Hunt-a serious game to support psychotherapeutic treatment of children. *Studies in Health Technology and Informatics*, 136, 71-76. <https://doi.org/10.5167/uzh-6907>
- Bridge, J. A., Greenhouse, J. B., Ruch, D., Stevens, J., Ackerman, J., Sheftall, A. H., Horowitz, L. M., Kelleher, K. J. y Campo, J. V. (2020). Association between the release of Netflix's *13 Reasons Why* and suicide rates in the United States: An interrupted time series analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59, 236-243. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.04.020>
- Bridges, F. S. (2004). Gun control law (Bill C-17), suicide, and homicide in Canada. *Psychological Reports*, 94, 819-826. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.819-826>
- Calcar, A. L., Christensen, H. y Griffiths, K. M. (2010). Internet-based anxiety and depression prevention programs for children and adolescents. En J. Bennett-Levy, D. A. Richards, P. Farrand, H. Christensen, K. M. Griffiths, D. J. Kavanagh, B. Klein, M. A. Lau, J. Proudfoot, L. Ritterband, J. White y C. Williams (Eds.), *Oxford guide to low intensity CBT interventions* (pp. 393-398). Oxford University Press.
- Calcar, A. L., Christensen, H., Mackinnon, A., Griffiths, K. M. y O'Kearney, R. (2009). The YouthMood Project: A cluster randomized controlled trial of an online cognitive behavioral program with adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 1021-1032. <https://doi.org/10.1037/a0017391>
- Cano, J. y Blanco, E. (2021). El suicidio y su tratamiento informativo: El silencio mediático ante la primera causa de muerte violenta en España. *Revista Inclusiones*, 8(Num. Esp. Abril-Junio), 442-462. <https://revistainclusiones.org/index.php/inclu/article/view/2629>
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books.
- Caricote, E. y González, J. E. (2020). Efecto Werther y la conducta suicida en la adolescencia. *Salus*, 24(2), 42-46. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/revistas/principal.htm>
- Carli, V., Iosue, M. y Wasserman, D. (2021). Universal suicide prevention in schools. En D. Wasserman (Ed.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention* (2.ª ed., pp. 653-664). Oxford University Press.
- Carpintero, H. (2023). El suicidio infantojuvenil, un problema en la España de nuestro tiempo. En J. Urra (Ed.), *Intentando interpretar y prevenir el aumento de suicidio* (pp. 73-96). Sanz y Torres.
- Chapman, S., Alpers, P., Agho, K. y Jones, M. (2006). Australia's 1996 gun law reforms: Faster falls in firearm deaths, firearm suicides, and a decade without mass shootings. *Injury Prevention*, 12, 365-372. <https://doi.org/10.1136/ip.2006.013714>
- Christensen H, Griffiths K. M. y Korten, A. (2002). Web-based cognitive behavior therapy: Analysis of site usage and changes in depression and anxiety scores. *Journal of Medical Internet Research*, 4(1), e3. <https://doi.org/10.2196/jmir.4.1.e3>
- Chung, Y. W., Kang, S. J., Matsubayashi, T., Sawada, Y. y Ueda, M. (2016). The effectiveness of platform screen doors for the prevention of subway suicides in South Korea. *Journal of Affective Disorders*, 194, 80-83. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.026>

- Clarke, G. N. y Lewinsohn, P. M. (1986). *The Coping with Depression Course – Adolescent version: A psychoeducational intervention for unipolar depression in high school students*. Manuscrito no publicado, Oregon Research Institute, Eugene, Estados Unidos.
- Cooney, P., Jackman, C., Coyle, D. y O'Reilly, G. (2017). Computerised cognitive-behavioural therapy for adults with intellectual disability: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 211, 95-102. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.198630>
- Del Barrio, V. y Carrasco, M. A. (2013). *Depresión en niños y adolescentes*. Síntesis.
- Echeburúa, E. (2023). *Muerte por suicidio: El sufrimiento de las víctimas y el duelo de los supervivientes*. Pirámide.
- Eggert, L. L., Thompson, E. A., Randell, B. P. y Pike, K. C. (2002). Preliminary effects of brief school-based prevention approaches for reducing youth suicide—risk behaviors, depression, and drug involvement. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 15, 48-64. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2002.tb00326.x>
- Ellis, L. A., Campbell, A. J., Sethi, S. y O'Dea, B. M. (2011). Comparative randomized trial of an online cognitive-behavioral therapy program and an online support group for depression and anxiety. *Journal of CyberTherapy & Rehabilitation*, 4, 461-467. <https://www.journalofcybertherapy.webs.com/>
- Espada, J. P., Méndez, X., Orgilés, M. y Morales, S. (2021). Conducta suicida. En J. R. Fernández-Hermida y S. Villamarín-Fernández (Eds.), *Libro blanco de la salud mental infanto-juvenil* (pp. 32-37). Consejo General de la Psicología de España.
- Espada, J. P., Piqueras, J. A., Soto-Sanz, V. y Morales, A. (2023). Conducta suicida y autolesiones en la infancia y la adolescencia. En S. Al-Halabí y E. Fonseca-Pedrero (Eds.), *Manual de psicología de la conducta suicida* (pp. 111-142). Pirámide.
- Evans-Lacko, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., Florescu, S., de Girolamo, G., Gujere, O., Haro, J. M., He, Y., Hu, C., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lund, C., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., ... y Thornicroft, G. (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: Results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychological Medicine*, 48, 1560-1571. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003336>
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324. <https://doi.org/10.1037/h0063633>
- Falcó, R., Piqueras, J. A., Moreno-Amador, B., Soto-Sanz, V. y Marzo, J. C. (2023). Let's talk about suicide spectrum in Spanish adolescents. "Prefer not to say": Missing value or clinical data?. *Psicothema*, 35, 129-139. <https://doi.org/10.7334/psicothema2022.287>
- Fleming, J. E. y Offord, D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 571-580. <https://doi.org/10.1097/00004583-199007000-00010>
- Fleming, T., Dixon, R., Frampton, C., y Merry, S. (2012). A pragmatic randomized controlled trial of computerized CBT (SPARX) for symptoms of depression among adolescents excluded from mainstream education. *Behavioural and*

- Cognitive Psychotherapy*, 40, 529-541.  
<https://doi.org/10.1017/s1352465811000695>
- Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (2017). *Comunicación, infancia y adolescencia. Guía para periodistas: Suicidio*. UNICEF.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021). *Estado mundial de la infancia 2021: En mi mente. Promover, proteger y cuidar la salud mental en la infancia*. UNICEF.
- Fonseca-Pedrero, E., Calvo, P., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B. y Al-Halabí, S. (2023). *La salud mental de los adolescentes en contextos educativos: Reflexiones derivadas del estudio PSICE*. Consejo General de la Psicología de España.
- Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., de la Barrera, U., Sebastian-Enesco, C., Ortuño-Sierra, J., Montoya-Castilla, I., Lucas-Molina, R., Inchausti, F. y Pérez-Albéniz, A. (2024). Suicidal behaviour in adolescents: A network analysis. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*, 17, 3-10.  
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.007>
- Fonseca-Pedrero, E., Díez, A., Pérez de Albéniz, A. y Lucas-Molina, B. (2023). Prevención de la conducta suicida en contextos educativos. En S. Al-Halabí y E. Fonseca-Pedrero (Eds.), *Manual de psicología de la conducta suicida* (pp. 199-233). Pirámide.
- García-Haro, J., García-Pascual, H., González, M., Barrio-Martínez, S. y García-Pascual, R. (2020). Suicidio y trastorno mental: Una crítica necesaria. *Papeles del Psicólogo*, 41, 35-42.  
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2919>
- García-Vera, M. P. y Sanz, J. (2016). *Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes: De la investigación a la consulta*. Pirámide.
- Gillham, J. E., Reivich, K. J. y Jaycox, L. H. (2008). *The Penn Resiliency Program*. Manuscrito no publicado, Universidad de Pensilvania, Filadelfia, Estados Unidos.
- Gladstone, T. R. G., Terrizzi, D. A., Paulson, A., Nidetz, J., Canel, J., Ching, E., Berry, A. D., Cantorna, J., Fogel, J., Ender, M., Bolotin, M., Thomann, L. O., Griffiths, K., Ip, P., Aaby, D. A., Brown, C. H., Beardslee, W., Bell, C., Crawford, T. J., ... y Van Voorhees, B. W. (2018). Effect of internet-based cognitive behavioral humanistic and interpersonal training vs internet-based general health education on adolescent depression in primary care: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 1(7), e184278.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17217736>
- Gould, M. S., Marrocco, F. A., Hoagwood, K., Kleinman, M., Amakawa, L. y Altschuler, E. (2009) Service use by at-risk youths after school-based suicide screening. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 1193–1201. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181bef6d5>
- Grupo de trabajo de la actualización de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia (2018). *Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia: Actualización*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico (Avalia-t).  
[https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_575\\_Depresion\\_infancia\\_Avaliat\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliat_compl.pdf)

- Haw, C., Sutton, L., Simkin, S., Gunnell, D., Kapur, N., Nowers, M. y Hawton, K. (2004). Suicide by gunshot in the United Kingdom: A review of the literature. *Medicine, Science and the Law*, 44, 295-310. <https://doi.org/10.1258/rsmmsl.44.4.295>
- Hernández-Pinzón, A. (2010). El derecho constitucional a las armas en EEUU. *Revista Jurídica de la Universidad Autónoma de Madrid*, 21, 133-148. [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/11786/58033\\_6.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/11786/58033_6.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Herrera, R., Ures, M. B. y Martínez, J. J. (2015). El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿Efecto Werther o efecto Papageno? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35, 123-134. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000100009>
- Hoek, W., Schuurmans, J., Koot, H. M. y Cuijpers, P. (2012) Effects of internet-based guided self-help problem-solving therapy for adolescents with depression and anxiety: A randomized controlled trial. *PloS One*, 7(8), e43485. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0043485>
- Hooven, C., Herting, J. R. y Snedker, K. A. (2010). Long-term outcomes for the promoting CARE suicide prevention program. *American Journal of Health Behavior*, 34, 721-736. <https://doi.org/10.5993/AJHB.34.6.8>
- Husky, M. M., Kaplan, A., McGuire, L., Flynn, L., Chrostowski, C. y Olfson, M. (2011). Identifying adolescents at risk through voluntary school-based mental health screening. *Journal of Adolescence*, 34, 505-511. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.05.018>
- Institute of Health Metrics and Evaluation (2024). *Global Health Data Exchange*. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- Institute of Medicine (1994). *Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. National Academy Press.
- Instituto Nacional de Estadística (2022). *Estadística de defunciones según la causa de muerte: Metodología*. [https://www.ine.es/daco/daco42/sanitarias/metodologia\\_00.pdf](https://www.ine.es/daco/daco42/sanitarias/metodologia_00.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística (2023). *Defunciones por causas (lista reducida), sexo y grupos de edad*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística (2024). *Uso de ordenador, Internet y móvil por sexo, edad, hábitat, tamaño del hogar, tipo de hogar e ingresos mensuales netos del hogar*. <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=39526>
- Ip, P., Chim, D., Chan, K. L., Li, T. M. H., Ho, F. K. W., Van Voorhees, B. W., Tiwari, A., Tsang, A., Chan, C. W. L., Ho, M., Tso, W. y Wong, W. H. S. (2016). Effectiveness of a culturally attuned Internet-based depression prevention program for Chinese adolescents: A randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 33, 1123-1131. <https://doi.org/10.1002/da.22554>
- Jacobson, N. S., Martell, C. R. y Dimdjian S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.3.255>
- Jamoulle, M. (1986, noviembre 28-29). Information et informatisation en médecine générale. En J. Berleur, C. I. Lobet-Maris, R. F. Poswick y G. Valenduc (Eds.), *Les informa-G-iciens. Les professionnels de l'informatique dans leurs rapports avec les utilisateurs*. Actes des III<sup>e</sup> Journées de Réflexion sur l'Informatique (193-209). Presses Universitaires de Namur.

- Jones, R. B., Hussain, F., Agha, S. S., Weawers, B., Lucassen, M., Merry, S., Stallard, P., Simpson, S. A. y Rice, F. (2022). Digital technologies to support adolescents with depresión and anxiety: Review. *BJPsych Advances*, 29, 239-253. <https://doi.org/10.1192/bja.2022.3>
- Kalafat, J. y Elias, M. (1994). An evaluation of a school-based suicide awareness intervention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24, 224-233. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1994.tb00747.x>
- Katz, C., Bolton, S., Katz, L. Y., Isaak, C., Tilston-Jones, T., Sareen, J. y Swampy Cree Suicide Prevention Team. (2013). A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depression and Anxiety*, 30, 1030-1045. <https://doi.org/10.1002/da.22114>
- Kim, H., Kwon, S. W., Ahn, Y. M., Jeon, H. J., Park, S. y Hong, J. P. (2019). Implementation and outcomes of suicide-prevention strategies by restricting access to lethal suicide methods in Korea. *Journal of Public Health Policy*, 40, 91-102. <https://doi.org/10.1057/s41271-018-0152-x>
- Klim-Conforti, P., Zaheer, R., Levitt, A. J., Cheung, A. H., Schachar, R., Schaffer, A., Goldstein, B. I., Fefergrad, M., Niederkrotenthaler, T. y Sinyor, M. (2021). The Impact of a Harry Potter-based cognitive-behavioral therapy skills curriculum on suicidality and well-being in middle schoolers: a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 286, 134-141. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.028>
- Kramer, T., Iliffe, S., Gledhill, J. y Garralda, M. E. (2012). Recognising and responding to adolescent depression in general practice: Developing and implementing the Therapeutic Identification of Depression in Young people (TIDY) programme. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17, 482-494. <https://doi.org/10.1177/1359104512442639>
- Kuric, S., Sanmartín, A., Ballesteros, J. C. y Gómez-Miguel, A. (2023). *Barómetro Juventud, Salud y Bienestar*. Centro Reina Sofía de Fad Juventud.
- Levitt, E. E. (1957). The results of psychotherapy with children: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 189-196. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0047208>
- Levitt, E. E. (1963). Psychotherapy with children: A further evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 1, 45-51. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(63\)90007-X](https://doi.org/10.1016/0005-7967(63)90007-X)
- Levitt, E. E. (1971). Research on psychotherapy with children. En A. E. Bergin y S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 474-494). Wiley.
- Lindqvist, K., Mechler, J., Carlbring, P., Lilliengren, P., Falkenström, F., Andersson, G., Johansson, R., Edbrooke-Childs, J., Dahl, H-S. J., Bergsten, K. L., Midgley, N., Sandell, R., Thorén, A., Topooco, N., Ulberg, R. y Philips, B. (2020). Affect-focused psychodynamic Internet-based therapy for adolescent depression: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 22(3), e18047. <https://doi.org/10.2196/18047>
- Lois-Barcia, M., Rodríguez-Arias, I. y Túnuez, M. (2018). Pautas de redacción y análisis de contenido en noticias sobre suicidio en la prensa española e internacional: Efecto Werther&Papageno y seguimiento de las recomendaciones de la OMS. *ZER: Revista de Estudios de Comunicación = Komunikazio Ikasketen Aldizkaria*, 23(45), 139-159. <https://doi.org/10.1387/zer.20244>

- López-Vega, D. J., de Quesada, M., Morell, M. F., Martínez-Vallier, C., Córdoba-Santos, G., Tornero, D., Sánchez-Alegre, C. y Serra-Olives, N. (2022). *En mis zapatos. Guía de recomendaciones para comunicar sobre el suicidio*. Papageno, La Niña Amarilla y AFASIB.
- Lubin, G., Werbeloff, N., Halperin, D., Shmushkevitch, M., Weiser, M. y Knobler, H. Y. (2010). Decrease in suicide rates after a change of policy reducing access to firearms in adolescents: A naturalistic epidemiological study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40, 421-424. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.5.421>
- Lucassen, M. F., Merry, S. N., Hatcher, S. y Frampton, C. M. A. (2015). Rainbow SPARX: A novel approach to addressing depression in sexual minority youth. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22, 203-216. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.12.008>
- Marks, I., Shaw, S. y Parkin, R. (1998). Computer-aided treatments of mental health problems. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 151-170. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00141.x>
- Marquez, J., Taylor, L., Boyle, L., Zhou, W. y De Neve, J. E. (2024). Child and adolescent well-being: Global trends, challenges and opportunities. En J. F. Helliwell, R. Layard, J. D. Sachs, J. E. De Neve, L. B. Akinin y S. Wang (Eds.), *World Happiness Report 2024* (pp. 61-102) Universidad de Oxford, Centro de Investigación del Bienestar.
- Martínez, S. y Castro, D. (2022). El espacio urbano y su influencia narrativa en el cine de ficción: Una propuesta metodológica aplicada. *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, 95. <https://doi.org/10.21138/bage.3301>
- McDermott, R. y Dozois, D. J. (2019). A randomized controlled trial of Internet-delivered CBT and attention bias modification for early intervention of depression. *Journal of Experimental Psychopathology*, 10(2), 1-16. <https://doi.org/10.1177/2043808719842502>
- Méndez, F. X., Llavona, L. M., Espada, J. P. y Orgilés, M. (2012). *Fortaleza psicológica y prevención de las dificultades emocionales*. Pirámide.
- Méndez, F. X., Sánchez-Hernández, O., Garber, J., Espada, J. P. y Orgilés, M. (2021). Psychological treatments for depression in adolescents: More than three decades later. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 4600. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094600>
- Merry, S. N., Stasiak, K., Shepherd, M., Frampton, C., Fleming, T. y Lucassen, M. F. G. (2012). The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: Randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ*, 344, e2598. <https://doi.org/10.1136/bmj.e2598>
- Miller, M., Warren, M., Hemenway, D. y Azrael, D. (2015). Firearms and suicide in US cities. *Injury Prevention*, 21(e1), e116-e119. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2013-040969>
- Moeini, B., Bashirian, S., Soltanian, A. R., Ghaleiha, A. y Taheri, M. (2019). Examining the effectiveness of a web-based intervention for depressive symptoms in female adolescents: Applying social cognitive theory. *Journal of Research in Health Sciences*, 19(3), e00454.
- Molina, M. J. y Restrepo D. (2018). Internet y comportamiento suicida en adolescentes: ¿Cuál es la conexión? *Pediatría*, 51(2), 30-39. <https://doi.org/10.14295/pediatr.v51i2.109>

- Mufson, L. Moreau, D. y Weissman, M. M. (2004). *Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents*. Guilford Press.
- Mukhra, R., Baryah, N., Krishan, K. y Kanchan, J. (2019) 'Blue whale challenge': A game or crime?. *Science and Engineering Ethics*, 25, 285–291. <https://doi.org/10.1007/s11948-017-0004-2>
- Müller, F. (2011). El “Efecto Werther”: Gestión de la información del suicidio por la prensa española en el caso de Antonio Flores y su repercusión en los receptores. *Cuadernos de Gestión de Información*, 1, 65-71. <http://hdl.handle.net/10201/50898>
- National Institute for Health and Care Excellence (2019). *Depression in children and young people: Identification and Management*. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134>
- Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24, 541-558. <https://doi.org/10.1080/07481180050121480>
- Newcomer, A. R., Roth, K. B., Kellam, S. G., Wang, W., Ialongo, N. S., Hart, S. R., Wagner, B. M. y Wilcox, H. C. (2016). Higher childhood peer reports of social preference mediates the impact of the good behavior game on suicide attempt. *Prevention Science*, 17, 145-156. <https://doi.org/10.1007/s1121-015-0593-4>
- Niederkrötenhaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., Eisenwort, B. y Sonneck, G. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *British Journal of Psychiatry*, 197, 234–243. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074633>
- O'Dea, B., Subotic-Kerry, M., King, C., Mackinnon, A. J., Achilles, M. R., Anderson, M., Parker, B., Werner-Seidler, A., Torok, M., Cockayne, N., Baker, S. T. E. y Christensen, H. (2021). A cluster randomised controlled trial of a web-based youth mental health service in Australian schools. *The Lancet Regional Health–Western Pacific*, 12, 100178. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100178>
- O'Kearney, R., Gibson, M., Christensen, H. y Griffiths, K. M. (2006). Effects of a cognitive-behavioural internet program on depression, vulnerability to depression and stigma in adolescent males: A school-based controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35, 43-54. <https://doi.org/10.1080/16506070500303456>
- O'Kearney, R., Kang, K., Christensen, H. y Griffiths, K. (2009). A controlled trial of a school-based internet program for reducing depressive symptoms in adolescent girls. *Depression and Anxiety*, 26, 65-72. <https://doi.org/10.1002/da.20507>
- Osborn, T. L., Rodriguez, M., Wasil, A. R., Venturo-Conerly, K., Gan, J., Alemu, R., Roe, E., Arango, S., Otieno, B. H., Wasanga, C., Shingleton, R. y Weisz, J. (2020) Single-session digital intervention for adolescent depression, anxiety, and well-being: Outcomes of a randomized controlled trial with Kenyan adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88, 657–668. <https://doi.org/10.1037/ccp0000505>
- Paricio del Castillo, R., García-Murillo, L., Mallol-Castaño, L., del Sol, P., Pascuala, A. y Palanca-Maresca, I. (2023). Redes sociales y conductas suicidas en la infancia y la adolescencia durante la pandemia de COVID-19: Una relación

- difícil de estimar. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 40(3), 4-14.  
<https://doi.org/10.31766/revpsij.v40n3a2>
- Pelechano, V. (1978). *Psicoterapia y modificación de conducta: I. Eficacia de la psicoterapia*. Universidad de Valencia.
- Pérez, L. y Sánchez, N. (2023). *El suicidio en la adolescencia: Manual para docentes*. Pirámide.
- Perry, Y., Werner-Seidler, A., Calear, A., Mackinnon, A., King, C., Scott, J., Merry, S., Fleming, T., Stasiak, K., Christesen, H. y Batterham, P. J. (2017). Preventing depression in final year decondary students: School-based randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 19(11), e369.  
<https://doi.org/10.2196/jmir.8241>
- Phillips, D. P. (1974). The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American Sociological Review*, 39, 340-354. <https://doi.org/10.2307/2094294>
- Poppelaars, M., Tak, Y. R., Lichtwarck-Aschoff, A., Engels, R. C., Lobel, A., Merry, S. N., Lucassen, M. F. G. y Granic, I. (2016). A randomized controlled trial comparing two cognitive-behavioral programs for adolescent girls with subclinical depression: A school-based program (Op Volle Kracht) and a computerized program (SPARX). *Behaviour Research and Therapy*, 80, 33-42. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.03.005>
- Randell, B. P., Eggert, L. L. y Pike, K. C. (2001). Immediate post intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 41-61.  
<https://doi.org/10.1521/suli.31.1.41.21308>
- Reisch, T., Steffen, T., Habenstein, A. y Tschacher, W. (2013). Change in suicide rates in Switzerland before and after firearm restriction resulting from the 2003 "Army XXI" reform. *American Journal of Psychiatry*, 170, 977-984.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12091256>
- Richards, K., Marko-Holguin, M., Fogel, J., Anker, L., Ronayne, J. y Van Voorhees, B. W. (2016). Randomized clinical trial of an internet-based intervention to prevent adolescent depression in a primary care setting (catch-it): 2.5-year outcomes. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 16, 113-134.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6195216/>
- Riquelme, A., Méndez, X. y Ortigosa, J. M. (2023). Comprendiendo lo incomprensible: El suicidio en niños y adolescentes. En J. Urra (Ed.), *Intentando interpretar y prevenir el aumento de suicidio* (pp. 107-153). Sanz y Torres.
- Santonja, L. (2023). El efecto Papageno: Una revisión de alcance. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, 17, 30-41.  
<http://doi.org/1035761/reesme.2022.17.05>
- Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2020). Las ideas equivocadas sobre la depresión infantil y adolescente y su tratamiento. *Clínica y Salud*, 31, 55-65.  
<https://doi.org/10.5093/clysa2020a4>
- Saulsberry, A., Marko-Holguin, M., Blomeke, K., Hinkle, C., Fogel, J., Gladstone, T., Bell, C., Reinecke, M., Corden, M. y Van Voorhees, B. W. (2013). Randomized clinical trial of a primary care internet-based intervention to prevent adolescent depression: One-year outcomes. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22, 106-117.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3647626/>



- Schilling, E. A., Aseltine, R. H. y James, A. (2016). The SOS suicide prevention program: Further evidence of efficacy and effectiveness. *Prevention Science*, 17, 157-166. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0594-3>
- Schilling, E. A., Lawless, M., Buchanan, L. y Aseltine, R. H. (2014). "Signs of Suicide" shows promise as a middle school suicide prevention program. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44, 653-667. <https://doi.org/10.1111/sltb.12097>
- Scott, M. A., Wilcox, H. C., Schonfeld, I. S., Davies, M., Hicks, R. C., Turner, J. B. y Shaffer, D. (2009) School-based screening to identify at-risk students not already known to school professionals: The Columbia suicide screen. *American Journal of Public Health*, 99, 334-339. <https://doi.org/10.2105/ajph.2007.127928>
- Sebastiani, M. (2023). El suicidio asistido como estrategia de prevención del suicidio traumático. *Evidencia, Actualización en la Práctica Ambulatoria*, 26(4), e007103. <https://doi.org/10.51987/evidencia.v27i1.7103>
- Silverman, M. M. (Ed.) (2001). *National strategy for suicide prevention: Goals and objectives for action*. Center for Mental Health Services' Knowledge Exchange Network. <http://www.surgeongeneral.gov/library>
- Smith, P., Scott, R., Eshkevari, E., Jatta, F., Leigh, E., Harris, V., Robinson, A., Abeles, P., Proudfoot, J., Verduyn, C. y Yule, W. (2015). Computerised CBT for depressed adolescents: Randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 73, 104-110. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.009>
- Society of Clinical Child and Adolescents Psychology (2017). *Sadness, hopelessness, and depression: Effective child therapy*. <https://effectivechildtherapy.org/concerns-symptoms-disorders/disorders/sadness-hopelessness-and-depression/>
- Stallard, P., Richardson, T., Velleman, S. y Attwood, M. (2011). Computerized CBT (Think, Feel, Do) for depression and anxiety in children and adolescents: Outcomes and feedback from a pilot randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 273-284. <https://doi.org/10.1017/s135246581000086x>
- Stasiak, K., Fleming, T., Lucassen, M. F., Shepherd, M. J., Whittaker, R. y Merry, S. N. (2015). Computer-based and online therapy for depression and anxiety in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26, 235-245. <https://doi.org/10.1089/cap.2015.0029>
- Stasiak, K., Hatcher, S., Frampton, C. y Merry, S. N. (2014). A pilot double blind randomized placebo controlled trial of a prototype computer-based cognitive behavioural therapy program for adolescents with symptoms of depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 385-401. <https://doi.org/10.1017/s1352465812001087>
- Statista (2024). *Suicidios: Tasa por país*. <https://es.statista.com/estadisticas/634746/tasa-de-suicidios-en-determinados-paises-por-genero/>
- Tak, Y. R., Van Zundert, R. M. P., Kuijpers, R. C. W. M., Van Vlokhoven, B. S., Rensink, H. F. W. y Engels, R. C. M. E. (2012). A randomized controlled trial testing the effectiveness of a universal school-based depression prevention program 'Op Volle Kracht' in the Netherlands. *BMC Public Health*, 12, 21 <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-21>

- Teesson, M., Newton, N. C., Slade, T., Chapman, C., Birrell, L., Mewton, L., Mather, M., Hides, L., McBride, N., Allsop, S. y Andrews, G. (2020) Combined prevention for substance use, depression, and anxiety in adolescence: A cluster-randomised controlled trial of a digital online intervention. *The Lancet Digital Health*, 2(2), e74–84. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(19\)30213-4](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(19)30213-4)
- Thompson, E. A., Eggert, L. L., Randell, B. P. y Pike, K. C. (2001). Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *American Journal of Public Health*, 91, 742-752. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.5.742>
- Thorson, J. y Öberg, P. A. (2003). Was there a suicide epidemic after Goethe's Werther? *Archives of Suicide Research*, 7, 69-72. <https://doi.org/10.1080/13811110301568>
- Tompkins, T. L., Witt, J. y Abraibesh, N. (2010). Does a gatekeeper suicide prevention program work in a school setting? Evaluating training outcome and moderators of effectiveness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40, 506-515. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.6.671>
- Topooco, N., Berg, M., Johansson, S., Liljethörn, L., Radvogin, E., Vlaescu, G., Nordgren, L. B., Zetterqvist, M. y Andersson, G. (2018). Chat- and internet-based cognitive-behavioural therapy in treatment of adolescent depression: Randomised controlled trial. *Bjpsych Open*, 4, 199-207. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.18>
- Topooco, N., Byléhn, S., Nysäter, E. D., Holmlund, J., Lindegaard, J., Johansson, S., Åberg, L., Nordgren, L. B., Zetterqvist, M. y Andersson, G. (2019). Evaluating the efficacy of internet-delivered cognitive behavioral therapy blended with synchronous chat sessions to treat adolescent depression: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21(11), e13393. <https://doi.org/10.2196/13393>
- Tunney, C., Cooney, P., Coyle, D. y O'Reilly, G. (2017). Comparing young people's experience of technology-delivered v. face-to-face mindfulness and relaxation: Two-armed qualitative focus group study. *British Journal of Psychiatry*, 210, 284-289. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.172783>
- Urra, J. (Ed.). (2023). *Intentando interpretar y prevenir el aumento de suicidio*. Sanz y Torres.
- Vallejo, B., Rodríguez, T., Redondo, I. y Morales, M. P. (2023). Programas de prevención de la conducta suicida en España. En S. Al-Halabí y E. Fonseca-Pedrero (Eds.), *Manual de psicología de la conducta suicida* (pp. 273-313). Pirámide.
- Van der Zanden, R., Kramer, J., Gerrits, R. y Cuijpers, P. (2012) Effectiveness of an online group course for depression in adolescents and young adults: A randomized trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14, 296–309. <https://doi.org/10.2196/jmir.2033>
- Van Voorhees, B. W., Vanderplough-Booth, K., Fogel, J., Gladstone, T., Bell, C., Stuart, S., Gollan, J., Bradford, T., Domanico, R., Fagan, B., Roos, R., Larson, J., Watson, N., Paunesku, D., Melkonian, S., Kuwara, S., Holper, T., Shank, N., Saner, D., ... y Reinecke, M. A. (2008). Integrative internet-based depression prevention for adolescents: A randomized clinical trial in primary care for vulnerability and protective factors. *Journal of the Canadian Academy of*

- Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 184-196.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2583915/>
- Vázquez, P., Armero, P., Martínez-Sánchez, L., García, J. M., Bonet de Luna, C., Notario, F., Sánchez, A. R., Rodríguez, P. J. y Díez, A. (2023). Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes: Lo que la pandemia nos ha desvelado. *Anales de Pediatría*, 98, 204-212.  
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.11.006>
- Vijayakumar, L. (2019). Media Matters in suicide – Indian guidelines on suicide reporting. *Indian Journal of Psychiatry*, 61, 549-551.  
<https://doi.org/10.4103/psychiatry.indianjpsychiatry.606.19>
- Villantoy-Echegaray, A. y Cruzado, L. (2018). Prevención primaria del suicidio y el Puente Chilina de Arequipa. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81, 279-281.  
<http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3443>
- Vlaescu, G., Alasjö, A., Miloff, A., Carlbring, P. y Andersson, G. (2016). Features and functionality of the Iterapi platform for internet-based psychological treatment. *Internet Interventions*, 6, 107-114.  
<https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.09.006>
- Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., Kelleher, I., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Guillermin, F., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J. P., ... y Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977), 1536-1544. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7)
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., Jensen-Doss, A., Hawley, K. M., Krumholz, L. S., Chu, B. C., Weersing, V. R. y Fordwood, S. R. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist*, 72, 79-117.  
<https://doi.org/10.1037/a0040360>
- Whitmer, D. A. y Woods, D. L. (2013). Analysis of the cost effectiveness of a suicide barrier on the Golden Gate bridge. *Crisis*, 34, 98-106.  
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000179>
- Wilcox, H. C., Kellam, S. G., Brown, C. H., Poduska, J., Ialongo, N. S., Wang, W. y Anthony, J. C. (2008). The impact of two universal randomized first-and second-grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts. *Drug and Alcohol Dependence*, 95(Suppl. 1), S60-S73.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.01.005>
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisling, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. y Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.  
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- World Health Organization (2021a). *Live life: An implementation guide for suicide prevention in countries*. World Health Organization.
- World Health Organization (2021b). *Mental health atlas 2020*. World Health Organization.

- World Health Organization (2024). *Suicide mortality rate (per 100 000 population)*. World Health Organization. <https://data.who.int/indicators/i/16BBF41>
- Wright, B., Tindall, L., Hargate, R., Allgar, V., Trépel, D., & Ali, S. (2020). Computerised cognitive-behavioural therapy for depression in adolescents: 12-month outcomes of a UK randomised controlled trial pilot study. *BJPsych Open*, 6, e5. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.91>
- Wyman, P. A., Brown, C. H., Inman, J., Cross, W., Schmeelk-Cone, K., Guo, J. y Pena, J. B. (2008). Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 104-115. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.76.1.104>
- Wyman, P. A., Brown, C. H., LoMurray, M., Schmeelk-Cone, K., Petrova, M., Yu, Q., Wals, E. y Wang, W. (2010). An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. *American Journal of Public Health*, 100, 1653-1661. <https://doi.org/10.2105/ajph.2009.190025>