

Trabajo Fin de Máster

El suicidio en la policía española. Prevención y propuesta de mejora

Máster Universitario en Análisis y Prevención del Crimen

Autor: Israel Martín Contenido

Tutor: Manuel Rodríguez Herrera



EL SUICIDIO EN LA POLICÍA ESPAÑOLA
PREVENCIÓN Y PROPUESTA DE MEJORA

	Pag
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
1. MARCO TEÓRICO DEL SUICIDIO	2
1.1. Concepto de suicidio	3
1.1.1. Perspectiva medicolegal	4
1.1.2. Perspectiva penal	5
1.1.3. Perspectiva psicológica	8
1.2. Tipos de suicidio	10
1.3. Causas. Factores de riesgo	12
1.4. Factores protectores	14
1.5. Modelos de toma de decisión en el suicidio	17
1.6. Actuación de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía en los Supuestos de suicidio	17
2. METODOLOGÍA	21
2.1. Las cifras de suicidio en la población general	21
2.2. Las cifras del suicidio en la población española	23
2.3. Las cifras del suicidio en la policía	26
2.4. Las cifras del suicidio en la policía española	29
2.5. Planes de prevención del suicidio en la población general	33
2.6. Planes de prevención del suicidio en la policía	38
2.6.1. Plan de Prevención de la Salud Mental y Prevención de la conducta Suicida en la Dirección General de la Policía	40
2.6.2. Plan Preventivo de Asistencia Psicológica de la Guardia Civil	45
2.6.3. Protocolo de Actuación en Emergencias Psicológicas de los Mossos d'Esquadra	47
3. DISCUSIÓN	47
3.1. Factores de riesgo y protectores	48
3.2. La disparidad en las cifras	53
4. ANÁLISIS CRÍTICO Y PROPUESTA DE MEJORA DE LOS PLANES DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DE LA POLICÍA ESPAÑOLA	55
4.1. Análisis crítico	55
4.2. Propuesta de mejora del Plan de Prevención del Suicidio del Cuerpo Nacional de Policía	59
5. CONCLUSIONES	61
6. BIBLIOGRAFÍA	
7. ANEXOS	

Resumen

Mediante la confección del presente trabajo de fin de máster, se pretende el análisis de las diferentes cifras relativas al fenómeno del suicidio, que varían sustancialmente en función del organismo que las aporte. Se comprobará si ha existido un incremento significativo en los últimos quince años en la población general española y también si como afirman sindicatos y asociaciones profesionales, la tasa de suicidios en el colectivo policial triplica la tasa registrada para el resto de la ciudadanía. En Primer lugar, se estudia la presencia de los factores de riesgo y protectores en los funcionarios de orden público, identificando los originados por el funcionamiento de la propia organización policial, para después realizar una comparativa de los diferentes planes de prevención existentes y proponer mejoras para aumentar la eficacia del plan de prevención aprobado en el año 2020 en el Cuerpo Nacional de Policía.

Abstract

Through the preparation of this master's thesis, the aim is to analyze the different figures related to the phenomenon of suicide, which vary substantially depending on the organism that contributes them. It will be verified if there has been a significant increase in the last fifteen years in the general Spanish population and also if, as affirmed by unions and professional associations, the suicide rate in the police community triples the rate registered for the rest of the citizenry. In the first place, the presence of risk and protective factors in public order officials is studied, identifying those caused by the operation of the police organization itself, and then making a comparison of the different existing prevention plans and proposing improvements to increase the effectiveness of the prevention plan approved in 2020 in the National Police Corps.

Palabras Clave: Suicidio, policía, plan, prevención,

Introducción.

El presente trabajo no persigue un estudio histórico de las conductas autolíticas, siendo el objeto de interés el tratamiento actual a este fenómeno desde los diferentes actores implicados, con especial énfasis en los factores de riesgo y protectores, los perfiles de mayor incidencia, los medios letales usados, el proceso de la toma de la decisión final de acabar con la propia vida, y los diferentes planes en vigor o usados en el pasado que hayan demostrado efectividad en la prevención y la detección. Lo que diferencia al suicidio respecto de otras muertes violentas, es que el autor decide de manera deliberada acabar con su existencia, conducta ésta, presente en la historia del ser humano desde que se tiene conocimiento¹, siendo las causas y motivos variados. A pesar de ser un fenómeno que nos acompaña desde el nacimiento de nuestra especie, es en las últimas décadas cuando se empieza a poner el foco en las muertes autoinfligidas. La Organización Mundial de la Salud (2018) ha reclamado mayor interés en el suicidio, colocándolo como uno de los principales problemas de salud a nivel global, donde calculan que cerca de 800.000 personas fallecen al año, por esta causa. En España, una corriente mayoritaria pone de manifiesto la gravedad del impacto del suicidio, del que afirman que se produce un aumento de casos año tras año, mientras va escalando puestos hasta colocarse como una de las principales causas de muerte no natural. En particular, dentro de esta tendencia a subrayar la importancia de las cifras del suicidio, los diferentes colectivos policiales junto con sus sindicatos y asociaciones más representativas argumentan una mayor presencia del suicidio en los funcionarios de orden público, aspecto negado en varias ocasiones por el Gobierno de la Nación, que afirma tasas similares entre la ciudadanía y los policías. Los representantes de los funcionarios aseguran que la tasa de policías con conductas suicidas triplica la tasa de la población general y que el propio funcionamiento de las instituciones es un factor de riesgo. En el mismo sentido se han puesto en funcionamiento múltiples planes de prevención e intervención por parte de las

¹ Guerrero Diaz (2019) afirma que se tienen evidencias de cuarenta siglos de presencia del suicidio, si bien, la medicina sólo lleva dos siglos estudiándolo. Sostiene que ya en la prehistoria las conductas de autosacrificio de personas ancianas o con dificultades de movilidad, eran habituales para favorecer los recursos de las tribus.

diferentes administraciones públicas y algunos estamentos policiales. En el estudio que nos ocupa, trataremos de dar respuesta a la disparidad de las cifras aportadas por las diferentes fuentes y ponderar el fenómeno del suicidio en su justa medida, tanto en lo relativo a la población general como a los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. En Segundo termino estableceremos un marco teórico que describa el proceso de nacimiento, desarrollo y finalización de la ideación suicida, analizaremos las causas y las posibles soluciones, junto con las diferentes herramientas de prevención que por su eficacia o interés resulten útiles en el presente documento. La finalidad es realizar una comparativa entre las poblaciones civiles y los cuerpos y fuerzas de orden público, establecer factores comunes en ambos, e intrínsecos a la labor policial, para finalmente inferir si es verosímil la tesis de una mayor exposición al fenómeno que nos ocupa, por parte de todas las policías, con independencia de la organización a la que pertenezcan. En último término realizaremos una propuesta de mejora del Plan de Prevención aprobado en el año 2020 en el Cuerpo Nacional de Policía del Reino de España.

1. Marco teórico del suicidio.

Una muerte no natural conlleva una actuación multidisciplinar en el campo de la medicina legal, el sistema judicial, la psicología y la sociología, teniendo en común todos ellos la colaboración de los diferentes Cuerpos y Fuerzas de Seguridad para la realización de sus respectivos trabajos. El trabajo conjunto de las diferentes disciplinas abarca la prevención desde la psicología, que tratará de analizar el fenómeno para conocer las causas y factores personales desencadenantes para la detección de las personas de riesgo, y la sociología, centrada en el estudio estadístico y los factores externos del individuo ligados a la sociedad en que vive. El tratamiento integral continua con la acción de los jueces, forenses y la policía, teniendo todos ellos la finalidad de establecer como cierta la hipótesis del suicidio, mediante diferentes actuaciones como las autopsias, inspecciones oculares y recogida de testimonios entre otras.

1.1. Concepto de suicidio.

La Real Academia Española de la Lengua, define el suicidio como “acción y efecto de suicidarse o acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza” (DRAE, 2020). Morón (1987) lo califica de “autoasesinato”, el cual es un problema que va más allá de la esfera privada de la persona, convirtiéndose en un problema para nuestra sociedad². Ribot y Romero (2012) lo describen como la autoagresión del individuo mediante el uso de determinados métodos que le causan la muerte de manera deliberada. Del mismo modo lo diferencian en tres clases: suicidio autentico, suicidio frustrado y parasuicidio. Siendo el primero el uso de un método eficaz que da como resultado la muerte, el segundo la evitación del resultado de muerte por causas ajenas al autor y, el tercero, el uso de métodos que no buscan realmente el éxito, si no una llamada de atención o demostración de fuerza, que deberían ser incluidas en las autolesiones (p.4). Otros autores lo definen del mismo modo, pero introduce en la definición la calificación de problema de salud a nivel mundial:

El suicidio es el acto autoinfligido para causarse la muerte en forma voluntaria, deliberada, en el que intervienen sucesivamente el deseo suicida, la idea y el acto suicidas en sí. A nivel mundial, el suicidio es un problema de salud pública. Representa una de las diez causas principales de muerte entre los países, y en la población joven se encuentra entre las dos o tres primeras causas de muerte. (Nizama, 2011, p.1).

Echeburua (2015) añade a la definición de suicidio las condiciones previas en la salud mental y social de la persona que decide morir, entendiendo no solo una merma en la salud como condición previa sino extendiéndolo al debilitamiento de los lazos afectivos y sociales, que de ningún modo deben confundirse con cobardía o falta de valor (p. 118). La idea de que la mayoría de los suicidas no quieren acabar con su vida, sino más bien expresar diferentes sentimientos perturbadores que escapan a su control, son apuntados de igual manera:

² El suicidio es la primera causa de muerte externa en España según datos publicados por el INE en el año 2020, contabilizando 1.343 fallecimientos en el periodo de enero a mayo

Resulta cierto que la palabra suicidio y suicida se usan en la vida diaria para referirse a una conducta voluntaria, que tiene como objetivo ocasionar la propia muerte a corto plazo. Sin embargo, se ha destacado que estas conductas podrían no estar siempre motivadas por un deseo de morir, ni hacerse daño, sino que, con frecuencia, serían una forma de comunicar sentimientos tales como la desesperación, el desamparo, la frustración y la ira. (Buendía et al., 2004, p.21).

1.1.1. Perspectiva medicolegal.

La medicina legal o forense, es una ciencia auxiliar del derecho, que sirve de instrumento a los jueces y magistrados para aquellas cuestiones médicas que se plantean en la práctica procesal, las cuales es preciso obtener de los médicos especializados en la materia. Villanueva et al (2018) la definen como una ciencia que usa los conocimientos médicos y biológicos para la resolución de situaciones en el derecho que de otra manera no podrían ser resueltas, siendo no sólo necesaria en la práctica procesal diaria, sino en la evolución y perfeccionamiento constantes (p.4). Esta rama de la medicina tiene una función social y no meramente asistencial, su actuación va más allá de la esfera del paciente. Barbería et al (2014) incluyen la medicina legal en la rama social del derecho, con la función principal del auxilio de la Administración de Justicia en aquellas muertes que requieren intervención judicial, al ser los conocimientos medico biológicos necesarios para garantizar una investigación judicial en la que terceros pudieran tener responsabilidades en la muerte una persona (p.2). Todo lo anterior cimienta la intervención de la ciencia forense en los supuestos de suicidio, al tratarse de una muerte violenta o sospechosa de criminalidad, en la cual es necesario establecer la autoría en la propia persona para descartar la participación de terceras personas, es decir, descartar el homicidio o el auxilio al suicidio, utilizando para tal fin las autopsias y los exámenes toxicológicos en la mayoría de los casos. La dificultad principal que afronta la medicina legal es descartar la accidentalidad o intervención de terceros en una muerte. Muñoz et al (2009) plantean los problemas medicolegales que exigen la intervención de la ciencia forense. Destacan la importancia de realizar un correcto peritaje que sostenga un diagnóstico diferencial que descarte el homicidio o el accidente al tener una gran importancia judicial. Como elementos básicos a establecer en el diagnóstico destacan el mecanismo de la muerte,

la presencia de lesiones externas, el hallazgo de notas o cartas de despedida y los antecedentes personales que se dividen en intentos previos de suicidio y antecedentes de enfermedad mental (pp.363-364). En síntesis, desde la perspectiva médico legal el suicidio es toda aquella muerte violenta o sospechosa de criminalidad que requiere intervención judicial, en la que una persona ejerce la violencia sobre si misma con el resultado de muerte, pudiendo afirmar este extremo descartando el homicidio o el accidente como causa mediante un peritaje médico forense.

1.1.2. Perspectiva penal.

La muerte de una persona por causas distintas de las naturales, violenta o con probabilidad de criminalidad, es de obligado estudio por parte de la administración de justicia, que deberá examinar si concurren de manera secuencial las necesarias características que califican un hecho como delito. Tanto un homicidio como un accidente con resultado de muerte pueden tener encaje en los supuestos de acción típica, antijurídica, culpable y punible. En ambos, atendiendo a las circunstancias de cada caso, puede existir la acción o la omisión dolosa o imprudente. Una muerte causada por un tercero que realiza una acción dirigida por la voluntad (acción humana penalmente relevante), ya sea en sentido estricto, como por ejemplo disparar a alguien, o en su forma de omisión impropia o comisión por omisión en la que se deja de hacer una acción que se tiene la obligación de llevar a cabo, por ejemplo unos padres que dejan de alimentar a su hijo que finalmente muere de inanición, el socorrista que se distrae o se ausenta de su puesto de trabajo y un bañista se ahoga o el excursionista que realiza un gran fuego y no lo vigila o extingue de manera eficaz, produciéndose la muerte de varios agentes forestales en la posterior intervención. El suicidio es una acción humana voluntaria, el autor sabe lo que hace y quiere hacerlo, y lo lleva a cabo mediante una acción directa como ahorcarse o de manera indirecta al rechazar un tratamiento médico o dejando de comer, entre otros ejemplos. Lo anterior sugiere que un suicida podría realizar una acción penalmente relevante, únicamente en su forma dolosa, ya que una imprudencia nos llevaría de manera inexorable a una etiología accidental, al no buscar la muerte, si bien la no evitación de una conducta que vulnera las debidas diligencias de cuidado pueda dar lugar de manera previsible a un resultado típicamente antijurídico. Si un conductor se emborracha, conduce de manera temeraria

y finalmente se estrella causando su propia muerte, se clasificará su muerte como accidental en inicio, debiendo demostrarse que la intención del sujeto era causarse la muerte para establecer el suicidio. Si en un principio la inclusión del suicidio en la categoría de acción penalmente relevante pudiera darse, con las grandes dificultades que supondría, es en la tipicidad donde no existe encaje posible. Para que una acción sea típica, es condición que con carácter previo que la conducta está recogida en una norma penal como delito, siendo el artículo 138 del Código Penal Español el que describe el homicidio: “el que matare a otro será castigado, como reo de homicidio”, estableciendo una barrera insalvable que supone ese “otro” que alude a un tercero, descartando que terminar con la vida propia sea una acción típica. En el caso de que los legisladores hubieran interpretado que la disponibilidad de la vida no concierne al propio individuo, y que debiera tener encaje en tipo penal con su correspondiente pena, cuestión que atendería más a cuestiones morales que prácticas al existir escollos infranqueables en los siguientes escalones de la teoría del delito, la extinción de la responsabilidad penal cortaría de raíz esta intención al ser el fallecimiento del autor la principal causa, dejando de tener razón de ser tal tipificación en cuanto no cumpliría con ninguna de las funciones principales del derecho penal, la retributiva y la resocializadora.

Una vez reconocida la incongruencia de la inclusión del suicidio como un tipo penal, se ha prestado atención por parte de los legisladores en la participación o auxilio de terceras personas en el suicidio. Méndez et al (2009) señalan la intención del artículo 143 del Código Penal Español que castiga la intervención de terceras personas en un acto tan íntimo, que pudiera derivar en la intención de engañar a la justicia, enmascarando un homicidio. Destacan las especificidades que se introdujeron en la participación en un homicidio consentido, como una rebaja de las penas y una quiebra del sistema de punición en las personas penalmente responsables al graduar de manera distinta la inducción, la cooperación necesaria y la autoría material, quedando excluida la figura del cooperador. En este sentido analizan la inducción al suicidio recogida en el artículo 143.1³ que obtiene la categoría de autoría, y que exige los requisitos normales de la inducción, directa y eficaz, es decir, deben surgir ideas suicidas y

³ STS 8415/2009

realizar actos externos encaminados a terminar con su vida, no siendo necesaria la muerte del suicida para ser castigado como inductor. El artículo 143.2 alude a la cooperación necesaria tras una solicitud de ayuda expresa de la persona que de manera previa ha resuelto suicidarse, accediendo la primera mediante actos necesarios sin los cuales no se habría producido el resultado, sirviendo de ejemplo la facilitación de veneno a un tetrapléjico o un arma a una persona encarcelada o recluida, no siendo posible el castigo en su forma imprudente. El artículo 143.3 acota el auxilio ejecutivo, que castiga con la mayor pena al ser una figura que se mantiene en un límite difuso con el homicidio, al ejecutar la muerte de otro que previamente de manera expresa sin posibilidad de error, ha manifestado su intención de provocarse la muerte (pp.54-59). Por último, el artículo 143.4⁴ tipifica lo que podría encuadrarse en la eutanasia punible, debiendo distinguirse entre la activa, pasiva, directa e indirecta:

Se distingue básicamente entre dos clases de eutanasia. Por un lado, la eutanasia pasiva es aquella en que el sujeto no produce (ni siquiera acelerándola) en modo alguno la muerte del enfermo, sino que deja que este muera, no impide esa muerte, no prolonga, pudiendo hacerlo (manteniéndola mediante medios técnicos, farmacológicos, médicos en sentido amplio, etc.), su vida. Por eutanasia activa se entiende el supuesto en que un sujeto, de una forma u otra, realiza conductas de matar (en sentido naturalístico y, al menos en la eutanasia activa directa, también en sentido jurídico, sobre el enfermo), no tratándose simplemente de dejarle morir. Se puede distinguir entre eutanasia activa directa, en la que se utilizan medios directamente encaminados a provocar la muerte del enfermo, y eutanasia activa indirecta, en la que, a consecuencia de un tratamiento paliativo del sufrimiento se produce un acortamiento relevante y constatable del tiempo de vida o, si se prefiere, una aceleración del proceso de muerte (Díaz et al, 2012, p.123). En concreto, la legislación penal española dota de reproche a la eutanasia activa y directa, donde se causa la muerte de un enfermo con actos que buscan acortar la vida. Es necesario desgranar los parámetros a cumplir para calificar una eutanasia como punible:

⁴ Con la entrada en vigor de la LO 3/2021 de 24 de marzo reguladora de la eutanasia, en este tipo penal se añade una despenalización para aquellos profesionales de la medicina que faciliten la muerte a un paciente mediante los procedimientos legalmente establecidos.

Provocada (no natural), heterónoma (realizada por otro sujeto, no autónoma), asumida (no involuntaria, que daría lugar a homicidio o asesinato), resolutive (no solutiva) ya que sí se interfiere en la abreviación el curso vital, activa (no pasiva), mediante hechos dirigidos al acortamiento de la vida, directa (no indirecta) ya que persigue expresamente la solución de muerte del sujeto (Méndez et al, 2009, p.61).

1.1.3. Perspectiva psicológica.

EL termino común que relaciona los diferentes estudios de intervención psicológica en el suicidio es el sufrimiento, no poder hacer frente a una angustia que desborda la capacidad mental del sujeto, que no encuentra otra salida. Echeburúa (2015) destaca la pluralidad de conductas suicidas que responden a multitud de motivaciones enlazadas con la urgencia vital. También describe tres componentes básicos en toda conducta suicida:

- a) A nivel emocional, un sufrimiento intenso.
- b) A nivel conductual, una carencia de recursos psicológicos para hacerle frente.
- c) A nivel cognitivo, una desesperanza profunda ante el futuro, acompañada de la percepción de la muerte como única salida.

Echeburúa sostiene que el número de suicidios frustrados es mucho mayor que del de consumados porque el verdadero motivo es librarse de ese sufrimiento, no acabar con su vida. Del mismo modo sostiene que ese sufrimiento psicológico y existencial es transmitido a los familiares que afrontan una de las muertes más dolorosas a las que hay que añadir el sentimiento de vergüenza que se experimenta al recordar o tener que explicar los motivos, poniendo de manifiesto que los familiares o personas directamente afectadas deberían ser objeto de intervención psicológica (p.118). El suicidio consumado tendrá menos relevancia en la disciplina psicológica, en cuanto no será posible explorar al paciente y la única forma de obtención de datos para un diagnóstico será la autopsia psicológica a posteriori⁵. La prevención a través de la identificación de las conductas y los pensamientos de ideación suicida serán prioritarios. Una clasificación de la ideación suicida describe las siguientes conductas:

⁵ Se fundamenta en el uso de técnicas de evaluación psicológicas retrospectivas cuando la víctima ha muerto o desaparecido, extrayendo la información de testimonios, documentos, e historiales clínicos, entre otros.

- a) El deseo de morir (la vida no merece la pena vivirla, yo lo que debiera es morirme).
- b) La representación suicida (me he imaginado que me ahorcaba).
- c) La idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción (me voy a matar, y al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: no sé cómo, pero lo voy a hacer).
- d) La idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico aún (me voy a matar de cualquier forma, con pastillas, tirándome delante de un carro, quemándome).
- e) La idea suicida con una adecuada planificación (He pensado ahorcarme en el baño, mientras mi esposa duerma). Se le conoce también como plan suicida. Sumamente grave (Pérez, 1999, p.197).

La presencia de un problema de salud mental incide en la capacidad de una persona para afrontar con éxito las exigencias de la vida diaria, la capacidad de pensamiento y sus relaciones con otras personas. Esta merma en el normal funcionamiento del sujeto produce sufrimiento, que en caso de desbordar la capacidad para enfrentarlo puede derivar en cuadros de riesgo. La depresión, la esquizofrenia y el alcoholismo, estarían asociados a 9 de cada 10 suicidios consumados, siendo la enfermedad mental el factor de riesgo de mayor importancia e incidencia (Ordoñez et al, 2012, p.39). Parece claro que la presencia de una enfermedad o trastorno mental en combinación con en el consumo de alcohol y drogas en una persona que presenta ideación suicida es un cuadro diagnóstico de riesgo extremo, desde el punto de vista de la psicología. Vélez et al (2016) sostienen que los trastornos psiquiátricos, con especial presencia de los relacionados con el estado de ánimo, sumados al consumo de sustancias estupefacientes o la ingesta de alcohol, suponen el más común de los diagnósticos de personas que terminan suicidándose. Al anterior perfil se le añadirían los factores cognitivos como factor de riesgo, destacando los pensamientos disfuncionales tales como la rigidez cognitiva, los pensamientos negativos, desesperanza ante el futuro y el pobre autoconcepto o autoestima (p.3). El suicidio desde una perspectiva psicológica es el fracaso en la prevención y la detección temprana. La concurrencia de un sufrimiento psicológico, la desesperanza, la falta de herramientas cognitivas para afrontar el problema, junto con la idea de que la muerte puede ser la única salida, conforman el primer conjunto de síntomas que alertan de un riesgo. En un segundo escalón, la aparición de las ideas suicidas confirmaría las

sospechas que deberían dar lugar a una intervención sin dilación, estando las enfermedades mentales y el consumo de alcohol o drogas presentes en la mayoría de los casos como catalizador o detonante.

1.2. Tipos de suicidios.

En función del comportamiento del sujeto, y siguiendo lo establecido por Llorca (2009), se puede distinguir los siguientes tipos de suicidio:

- a) Suicidio frustrado: El intento no termina en la muerte a pesar de tener verdadera intención de lograr el éxito.
- b) Suicidio consumado: Ya sea al conseguir su objetivo original o no deseando la muerte pese a realizar una conducta suicida, ésta se produce.
- c) Conductas suicidas: todas aquellas acciones dirigidas a provocarse la muerte, de manera consciente o inconsciente.
- d) Riesgo de suicidio.
- e) Parasuicidio o lesión deliberada: La producción de un daño físico, sin intención de matarse.

Algunos suicidios dan como resultado la muerte de una pluralidad de personas. En el suicidio colectivo o ritual (Erdely, 2000), una masa de personas acepta dentro de sus creencias religiosas el suicidio como ritual para alcanzar metas que no están al alcance en la vida terrenal (p.70). Estaríamos ante el suicidio masivo acontecido en el seno de sectas religiosas. Aquellos suicidios múltiples que se dan dentro del ámbito familiar se encuadran en los llamados ampliados, doble por amor o pacto de muerte y por compasión (García-Plablos, 2009). El suicidio ampliado es el resultado del homicidio no consentido llevado a cabo por unos de los miembros de la familia que después se quita la vida, el pacto de muerte consiste en una pareja afectiva que decide poner fin a su vida de manera conjunta (p.139), y el suicidio por compasión, generalmente lo cometen personas de avanzada edad que se han quedado a cargo del conyugue u otro familiar, que sufre de alguna enfermedad grave e irreversible⁶.

⁶ Esta situación en ocasiones termina con el homicidio por parte del cuidador que posteriormente se suicida. La diferencia entre el ampliado y el de compasión, radica

La autolisis puede clasificarse también en función del método o mecanismo suicida, que variará en función de la disponibilidad, las aptitudes de la persona y las circunstancias geográficas, si bien existe cierta tradición o permanencia en el tiempo de tres grandes grupos diferenciados (Muñiz et al, 2009):

1) Asfixia. Los procedimientos asfícticos más frecuentemente utilizados son: La ahorcadura: es la técnica utilizada con mayor frecuencia, con una incidencia, aproximadamente, de un 40%⁷. La sumersión: es bastante frecuente, pero su incidencia es bastante inferior a la ahorcadura⁸.

2) Traumatismos. La precipitación es un mecanismo suicida bastante frecuente. Este método es utilizado con mayor frecuencia por mujeres y en las grandes ciudades. Suelen utilizar lugares típicos, algunos de ellos de renombre nacional o internacional. El atropello por vehículos de trayecto obligado mantiene una frecuencia más o menos constante de un 5 % aproximadamente. En las grandes ciudades donde existe metro, este sustituye al ferrocarril. Las armas blancas son poco utilizadas, localizándose las lesiones, cuando se utilizan, en la región precordial o a nivel del cuello (degüello). Las armas de fuego, en nuestro país son poco utilizadas en comparación con la frecuencia con la que son utilizadas en otros países en los que existen mayores facilidades para disponer de ellas.

3) Intoxicaciones. Es una de las formas de suicidio más frecuente en la actualidad, estando considerada como la forma civilizada de quitarse la vida. Aproximadamente,

en que en el primero el homicida suele tener un cuadro previo de depresión e ideación suicida y lo que busca es evitar sufrimientos futuros a su familia, en un supuesto acto de amor hacia ellos, buscando evitarles calamidades futuras. En el suicidio por compasión por el contrario no necesariamente el homicida tiene factores de riesgos ni una historia de depresión o ideación suicida, sino que es la situación sobrevenida junto con la avanzada edad y la incapacidad de cuidar de manera adecuada lo que precipita el desenlace.

⁷ Esta variedad de asfixia es más frecuentemente utilizada por hombres que por mujeres, en una proporción de 4 hombres por 1 mujer, y es más frecuente en el medio rural que en el medio urbano

⁸ Esta variedad de asfixia suele utilizarse en zonas geográficas donde existen mares, ríos o lagos. también es frecuente la sumersión mediante la precipitación a un pozo.

un 16 % de suicidios se llevan a término por este tipo de violencia. Es el único mecanismo suicida en el que existe una mayor incidencia de mujeres. Las sustancias tóxicas utilizadas han ido variando a lo largo de los tiempos. En el momento actual las sustancias tóxicas más utilizadas por orden de frecuencia son los medicamentos, monóxido de carbono, sustancias cáusticas y plaguicidas (Muñiz et al, 2009, pp.362-366).

1.3. Causas. Factores de riesgo.

Las causas asociadas al fenómeno objeto del presente trabajo son múltiples e interconexas, abarcando todos los ámbitos de la vida del individuo. Factores biológicos, sociales, psicológicos, laborales, familiares y el consumo de drogas y alcohol entre otros, forman el cuerpo de las variables decisivas a la hora de evaluar la conducta suicida. Las diferentes escalas de medición de la conducta y el riesgo suicida son el mejor trabajo de síntesis en el que extraer las principales causas. Bonilla (2013) recopila diferentes escalas de las cuales se pueden extraer factores de riesgo. En el momento de llevar a cabo la muerte, estar solo, tener tiempo de sobra para llevar a cabo el acto sin ser descubierto y tomar precauciones para ello, avisar a alguien con anterioridad al intento de suicidio, dejar una nota, testamento o similar, verbalizar la idea con carácter previo a otras personas, dificultad para dormir, falta de autocontrol, pesimismo, desesperanza ante el futuro, sentimientos de inutilidad, depresión, separación matrimonial, antecedentes familiares de suicidio e intento previos de suicidio, consumo de alcohol, drogas o medicamentos, ansiedad y falta de apoyo familiar y social (pp.128-134). Clayton (2019), en un artículo para la web de la empresa MSD, destaca la depresión como el principal factor de riesgo, siendo especialmente importante en la predicción si va acompañada de angustia o es un síntoma del trastorno bipolar o de cualquier otro trastorno mental grave. El consumo de alcohol, drogas y medicamentos, trastornos físicos graves en la tercera edad, desempleo o problemas económicos graves, experiencias infantiles traumáticas, impulsividad y antecedentes familiares de suicidio o enfermedad mental. La misma autora comparte una tabla resumen de los factores de riesgo y signos de alarma para el suicidio (tabla 1):

Tabla 1*Factores de Riesgo y signos de Alerta en el Suicidio*

Tipo	Factores específicos
Datos demográficos	Hombre, 45- 46 años
Situación social	Aniversarios importantes Desempleo, dificultad económica (en especial las caídas bruscas del estado económico) Separación, divorcio, viudez reciente Detención reciente o problemas judiciales Aislamiento social con actitud poco empática, real o imaginaria con familiares y amigos
Antecedentes de conducta suicida	Intento previo de suicidio Hacer planes de suicidio detallados, cumpliendo los pasos para implementarlo (comprar un arma o píldoras) y tomar precauciones para no ser descubierto Antecedentes familiares de suicidio o trastorno mental
Características clínicas	Enfermedad depresiva Agitación motora, intranquilidad y ansiedad con insomnio importante Sentimientos importantes de culpa, incompetencia, y desesperanza, percepción de ser una carga para los demás, auto denigración, ideas delirantes nihilistas Ideas delirantes o convicción casi delirante de un trastorno físico (p ej. cáncer, cardiopatía, ets) u otras ideas delirantes (p. ej. de pobreza) Alucinaciones Personalidad impulsiva y hostil Trastorno psíquico, crónico o doloroso discapacitante, especialmente en pacientes que antes estaban sanos
Uso de drogas	Abuso de alcohol o drogas (incluyendo medicamentos recetados) especialmente si el consumo ha aumentado Uso de fármacos que podrían contribuir a la conducta suicida (ej. interrumpir la administración paroxetina y antidepresivos que puedan provocar que se agrave la depresión y la ansiedad)

Nota. Recuperado de:⁹

Vargas y Saavedra (2012) describen los factores biológicos relacionados con una desregulación de los niveles de serotonina, que en personas con una enfermedad mental agravan las respuestas agresivas e impulsivas ante el estrés, que pueden

⁹ https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/conducta-suicida-y-autoagresi%C3%B3n/conducta-suicida#v1605789_es

desembocar en el suicidio. En el mismo sentido, un déficit bajo de 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo se asocia a una predisposición superior a intentar el suicidio. El déficit de serotonina incide en los sistemas compensatorios del cerebro que son responsables de la inhibición conductual (p.21). La mayoría de los estudios coinciden en señalar una serie de factores determinantes como la enfermedad mental, la depresión, el consumo de alcohol y los intentos previos de suicidio. En un segundo escalón estarían todos los factores sociales, económicos, laborales, afectivos, familiares, cognitivos y biológicos. Los hechos o circunstancias susceptibles de afectar o influir en la ideación suicida, van a ser muy numerosos y difíciles de acotar en cuanto cada persona puede verse afectada de manera diferente. Lo que resulta plausible es la necesidad de realizar un estudio en el individuo que indague en todas las esferas posibles de su vida, incluyendo un análisis retrospectivo, su ámbito familiar, laboral y social, su estado de salud mental y sus niveles hormonales. No es posible enmarcar el fenómeno del suicidio en su dimensión social, psicológica o biológica de manera exclusiva, la interrelación es evidente en los factores de protección que sirven de antagonistas de los factores de riesgo.

1.4. Factores protectores.

El Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), de Cuba, clasifica los factores protectores en individuales, familiares, comunitarios e institucionales:

- a) Individuales: Dentro de los que se encuentra un buen estado de salud; hábitos saludables; adecuada nutrición; actitud y carácter positivo; buena relación con los pares; apropiadas aptitudes sociales; sentido de esperanza y optimismo; autoestima adecuada; manejo del estrés; adaptabilidad; cociente intelectual elevado; nivel de educación alto; sentido de coherencia; metas profesionales y existencia de proyecto de vida.
- b) Familiares: Satisfacción de las necesidades básicas aseguradas mediante el empleo estable y digno; estabilidad y coherencia del núcleo familiar; estímulo y refuerzo de actividades y comportamientos positivos; vida regular en el colectivo; reconocimiento de logros; apoyo a metas positivas; promoción de la amistad, la solidaridad, la tolerancia y la inclusión; establecimiento de límites

sociales apropiados de conducta, evitar la violencia en todas sus manifestaciones, incrementar la resiliencia.

- c) Comunitarios: Oportunidades educativas y profesionales; actividades para niños y adolescentes (deportes y actividades educativas); apoyo social; apoyo a las familias con necesidades especiales; legislación protectora de los jóvenes; entorno sin riesgos (ausencia de violencia, uso de drogas o contaminación ambiental); construcción de espacios públicos seguros (barrios, parques, plazas, edificios, caminos); oportunidades para el desarrollo económico sostenido (capacitación y créditos), redes de apoyo.
- d) Institucionales: Formación de personal de atención primaria que realice la identificación y atención a las personas en riesgo y con trastornos emocionales, crear organizaciones basadas en las necesidades de las personas y que ofrezcan buen trato; instituciones proactivas en la defensa del medio ambiente; instituciones facilitadoras de la atención a personas con desventajas (discapacidades, minorías étnicas) y promotoras de la responsabilidad social por la salud mental de la población (Corona et al, 2016, p.8)

El hecho de que el origen de las conductas autolíticas sea multifactorial, hace necesario que los factores de protección abarquen la totalidad de las causas. De todas estas acciones encaminadas a paliar o evitar la ideación suicida, para muchos autores la de mayor impacto positivo o capacidad de protección atesora, es la inteligencia emocional. Goleman (1996, citado en López Latorre, 2009) describe un mundo de inteligencia dual en el que la razón y la emoción están en equilibrio, cuando la emoción se amplifica de manera que afecta al pensamiento racional, éste falla y deja de tomar las decisiones correctas, es decir, el dominio o la prevalencia de las emociones sobre el razonamiento nos hace más vulnerables. Goleman enmarca la inteligencia emocional en cinco dominios:

- a) Autoconocimiento: La base sobre la que sustentan todos los demás dominios, se basa en reconocer los sentimientos propios, los estados de ánimo y el modo en se piensa sobre ellos.

- b) Gobierno de las emociones: Manejo adecuado de las emociones, capacidad de recuperación ante episodios negativos de la vida, saber enfrentar sentimientos prolongados de ansiedad, melancolía o irritabilidad.
- c) Autocontrol y automotivación: Después de lograr el conocimiento y el dominio de las emociones propias, éstas pueden ser usadas en la consecución de metas productivas, la automotivación para dominar las adversidades y resolver los problemas con tenacidad y creatividad.
- d) Empatía: La más importante de las habilidades personales, reconocer los sentimientos y necesidades ajenos tanto de manera explícita como los que se presentan en el mensaje no verbal o señales sociales ambiguas.
- e) Competencia psicosocial: comportarse de forma adecuada en las relaciones y situaciones interpersonales, lograr la comodidad en el manejo de los sentimientos de las personas con las que se interactúa y responder al refuerzo social de manera adecuada (Goleman, 1996, citado en López Latorre, 2009, pp.85-86)

Colorado (2012) resume las conclusiones de varios estudios donde se mide el impacto de una mejor inteligencia emocional en diferentes contextos¹⁰. Si los factores desencadenantes o de riesgo están presentes en el ámbito individual y social de las personas, las acciones deberán desplegarse en ambos. En muchas ocasiones no se podrá actuar sobre un factor de riesgo al ser algo inevitable como una enfermedad crónica o terminal, una organización rígida como la policía, una ruptura sentimental, un tratamiento farmacológico que no termina de ajustarse o problemas de apego extremo donde la familia no tiene capacidad reunirse. Algunas condiciones o estresores no van a poder eliminarse, por lo que el individuo tiene que aprender a vivir con ello, a superarlo. En esta parcela es donde la inteligencia emocional cobra protagonismo en la capacidad de resiliencia, el autocontrol de las emociones previa

¹⁰ En pacientes con sida, los que tenían menores habilidades sociales mostraban niveles superiores de depresión, ansiedad y pensamientos negativos; las personas con mayores puntuaciones en inteligencia emocional recurrían menos al consumo de alcohol y drogas psicoactivas; los estudiantes que presentan un cuadro de depresión presentaban una disminución de capacidad emocional que afectaba al equilibrio psicológico y por último, un estudio en adolescentes sobre la dicotomía optimismo/pesimismo encontró mayores actitudes de satisfacción, optimismo y manejo adecuado de las situaciones de estrés, en aquellas personas que habían desarrollado un bienestar psicológico asociado a un buen estado de ánimo general (pp.191-192)

identificación de los sentimientos perniciosos, la puesta en marcha de estrategias para afrontar la desesperación, la ansiedad y el pesimismo. En definitiva, dotar de herramientas para arreglar lo que no funciona.

1.5. Modelos de toma de decisión en el suicidio.

Otra variable importante a la hora de entender la conducta suicida es la toma final de la decisión de terminar con la propia vida. Para explicar el motivo final o decisorio que desencadena la finalización de la ideación previa, se aceptan ampliamente tres modelos basados en el balance que el enfermo realiza con más o menos proximidad a la ejecución:

- a) Suicidio y enfermedad mental: Manifestación sintomática de una enfermedad mental que evitaba problemas morales a las familias que no necesitaban buscar mas explicaciones. Teoría aceptada ampliamente en las sociedades occidentales durante muchos siglos, que podían salvar la negativa católica de enterrar a los suicidas.
- b) Suicidio/balance: El enfermo analiza los logros y fracasos de su vida llegando a la conclusión que la existencia no merece la pena al no haber alcanzado los objetivos. Si el balance negativo se une a un escaso deseo de vivir, reforzará la idea de que se encuentra en una situación irreversible.
- c) Suicidio en cortocircuito: Un hecho negativo de entidad como una mala noticia o la presentación de una situación que considera extremadamente difícil, sin solución posible a vista del enfermo, da lugar a una decisión repentina e irreflexiva.
- d) Suicidios colectivos: La inducción a otras personas para ejecutar el suicido por el mismo método y en el mismo tiempo y lugar (Muñiz et al, 2009, pp.361-362).

1.6. Actuación de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía en los supuestos de suicidio.

La policía española, en ninguno de sus cuerpos y especialidades, determina que una muerte es causa de un suicidio, su labor consistirá en asegurar y recabar todas aquellas informaciones, ya sea en forma de vestigios, pruebas documentales, pruebas graficas o testimonios, necesarias para el establecimiento de la etiología criminal, accidental o suicida. La labor de recopilación de la información policial se añadirá a

las actuaciones medico legales y judiciales, que en ultima estancia establecerán o no, como causa de la muerte el suicidio. No existe un tratamiento especifico del suicidio en la policía española, el ser los primeros actuantes y no tener capacidad para establecer el motivo de la muerte, por muy evidente que pueda resultar, limitándose a las funciones descritas de aseguramiento e investigación. Por todo lo anterior, quedan englobados en los delitos violentos, en la categoría de muertes sospechosa de criminalidad, junto con los asesinatos, homicidios, robos con violencia o intimidación y agresiones sexuales graves. Para todas estas tipologías delictivas, los funcionarios deben acudir a la norma de obligado cumplimiento expresada en la Instrucción de la Dirección Adjunta Operativa, de 14 de junio de 2016, sobre normas básicas de actuación ante la comisión de delitos violentos (DAO, 2016). Imparte instrucciones a las unidades actuantes de seguridad ciudadana (conocidos como radiopatrullas), policía científica y policía judicial.

A las unidades de seguridad ciudadana, les recuerda su condición de garantes en el mantenimiento de la preservación de la escena del crimen, la obligación de identificar a todas las personas implicadas y a aquellas que acceden al lugar de los hechos, asegurando que se cumplen las medidas de seguridad tendentes a no contagiar o eliminar vestigios y remarca que serán los primeros actuantes y por lo tanto los que deberán realizar las primeras intervenciones. En concreto, les encomienda:

- a) Medidas previas: Comprobar la realidad del delito, anular posibles fuentes de riesgo o peligro inminente, adoptar medidas asistenciales, uso de los medios de protección como los guantes, mascarillas o calzas, identificación de testigos y aseguramiento de su presencia hasta la llegada de las unidades especializadas, anotando sus primeras manifestaciones.
- b) Protección de la escena del crimen: Encomendada a unos funcionarios concretos, que deberán evitar permanecer en el lugar salvo causa mayor y evitar el acceso a personas ajenas a las unidades competentes, anotando la identidad de todos aquellos que accedan.
- c) Comunicación a las unidades especializadas y a las autoridades competentes: De toda aquella información relevante, con anterioridad a la inspección ocular.

- d) Protección del lugar: Medidas de aseguramiento del espacio que rodea a la escena del crimen, estableciendo círculos en función de la posibilidad de que existan vestigios de mayor o menor importancia. En todo caso se impedirá el acceso a personas no pertenecientes a la comisión judicial, policía científica y judicial, a excepción de los sanitarios que podrán acceder si fuera necesario.

A los integrantes de policía científica, les corresponde la realización de la inspección ocular, en conjunción con policía judicial, con el fin de recoger la mayor cantidad de pruebas que deberán ser documentadas y custodiadas:

- a) En primer lugar, realización de un reportaje videográfico tan amplio como sea posible y antes de cualquier otra actuación.
- b) Inspección técnico policial para la recogida de muestras, vestigios, huellas y demás objetos de interés.
- c) Actuaciones encaminadas a la identificación plena de la víctima.
- d) Realización de un acta de todas las actuaciones, remitiendo copia a la unidad de policía judicial que instruye el atestado.

Los funcionarios de policía judicial complementaran el trabajo de los anteriores, aportando las siguientes actuaciones:

- a) Ampliación de la información sobre las circunstancias de los hechos.
- b) Entrevistas a los posibles testigos y personas que puedan aportar algún dato sobre el hecho.
- c) Trasladar la oportuna información a la Autoridad Judicial.
- d) Realización de una inspección ocular con las recomendaciones de policía científica, para evitar la destrucción o alteración de vestigios o pruebas.

Esta instrucción se ocupa de los primeros instantes después del descubrimiento del cuerpo, no cesando aquí el trabajo de las diferentes unidades de la policía. Si bien no existe un tratamiento específico para los suicidios, la experiencia profesional y la formación complementaria aseguran un tratamiento correcto de este fenómeno. El trabajo posterior consistirá en el análisis en el laboratorio, el cotejo de las muestras, la identificación del cadáver en el caso de que no hubiera sido posible, la toma de declaración a familiares y allegados y la asistencia a la autopsia en se podrá formular cuestiones a los forenses que pudieran ser de utilidad para la resolución o afirmación

de la etiología de la muerte, como por ejemplo trayectoria de un proyectil o la presencia de heridas defensivas. Si bien, la actuación de los funcionarios de policía judicial no será muy distinta del resto de homicidios, en el ámbito de la policía científica si existen particularidades a tener en cuenta:

La posibilidad de existencia de maniobras de escenificación (alteraciones voluntarias de la escena del crimen) por parte de los familiares, hecho frecuente por motivos religiosos, morales, piadosos y en ocasiones con auténtica intención criminal (evitación de exclusiones de cobro de seguros), por lo que habrá que estar siempre atento a la preservación de vestigios que pudieran haber sido alterados u ocultados (toallas, ropas, medicinas, etc), determinación de acciones realizadas y control de los familiares. Si el presunto suicidio se hubiese producido por ahorcamiento, no descolgar el cadáver salvo que presente signos de vitalidad, preservar el nudo íntegro (cortar por encima si hubiere necesidad de ello) y preservar el instrumento de suspensión para su posterior estudio criminalístico (Angoso et al, 2009, p.169).

La relación de los policías con el suicidio abarca otros supuestos, siendo el más controvertido y origen de no pocas quejas y reivindicaciones, la obligatoriedad de comunicar a los familiares el fallecimiento una persona. El Defensor del Pueblo en el año 2005 estableció el deber legal inexcusable de comunicar el fallecimiento a los familiares, por parte de los funcionarios de policía. Esta disposición fue recogida en la Instrucción de 7 de mayo de la Dirección Adjunta Operativa, por la que se imparten normas de actuación para el cumplimiento del deber legal de comunicación del fallecimiento de una persona a los familiares. En esta norma se plasman directrices tendentes a evitar una disfunción que se producía cuando la muerte de una persona no revestía caracteres de delito y los jueces archivaban las actuaciones, quedando en muchas ocasiones los familiares ajenos al suceso. La instrucción no hace más que recordar a los policías el deber de comunicar, registrar en el atestado mediante diligencia la comunicación y el orden o jerarquía a la hora de responsabilizarse, recayendo en los funcionarios de policía judicial que instruyen el atestado o en su defecto en los jefes de la Oficina de Denuncias y Atención al Ciudadano. No se especifican ni métodos ni modos de realizar tal comunicación de un hecho tan traumático, no se forma de manera específica a los funcionarios, no reciben las más

mínimas nociones de como transmitir el mensaje o de las posibles reacciones de los familiares, que en ocasiones son violentas. En síntesis, la actuación del Cuerpo Nacional de Policía, ni tiene protocolizado, ni va a diferir en gran medida del resto de investigaciones relacionadas con las muertes violentas, siendo el establecimiento de la autoría la prioridad, llevando a cabo todas aquellas actuaciones necesarias para proporcionar las máximas certezas posibles a la Autoridad Judicial.

2. Metodología.

2.1 Las cifras de suicidio en la población general.

La Organización Mundial de la Salud (2018) reconoce la importancia del fenómeno del suicidio a nivel mundial, estableciendo algunas características que facilitan una visión global. En concreto, la tasa estandarizada la sitúa en 10,5 muertes autoinfligidas por cada 100.000 habitantes, no sin especificar que dicha tasa pudiera no ser representativa respecto de algunos países que presentan cifras por encima de 30 muertes por cada 100.000 habitantes, estando en el lado opuesto territorios que apenas presentan 5 muertes por cada 100.000 habitantes. En el mismo sentido, describe una distribución desigual del número total de suicidios entre las regiones con niveles económicos inferiores, que representan el 79 por ciento del total¹¹, no existiendo una diferencia notable en cuanto al sexo, que, sí es significativa en los países más ricos, donde el número de hombres que se quitan la vida, triplica al de mujeres. Entre las preocupaciones que recoge el informe, destaca el hecho de que el suicidio en la franja de edad comprendida entre los 15 y los 29 años, sea la segunda causa de mortalidad sólo por detrás de los accidentes de tráfico, si bien es cierto que, al separar los datos entre niñas y niños, en los segundos sería tercera causa de muerte por detrás la violencia interpersonal. En lo referente al método utilizado para finalizar con la propia vida, reconoce la multitud de opciones posibles, siendo el ahorcamiento, las armas de fuego y el envenenamiento con plaguicidas los que se dan con mayor frecuencia. Larín, Medina y Alfaro (2019) consideran que la elección del método para cometer el suicidio está ligado a la disponibilidad, el acceso, una enfermedad previa y la existencia de antecedentes de uso por parte de familiares o allegados. Destacan la influencia sociocultural y las características geográficas que faciliten el acceso al mar, el

¹¹ La cifra facilitada por la OMS se sitúa en torno a 800.000 suicidios anuales.

ferrocarril, pesticidas, puentes, edificios altos o grandes carreteras. A los tres más comunes mencionados por la OMS, añaden algunos métodos utilizados mayoritariamente por adolescentes, entre los que se encuentran la precipitación, la asfixia, la ingesta de medicamentos, el accidente provocado, el arrojarse al paso de vehículos pesados, tragar objetos corto-punzantes y el apuñalamiento. Establecen la preferencia de los varones en el uso de métodos violentos y activos como las armas de fuego, los apuñalamientos, las precipitaciones o el ahorcamiento; mientras que las mujeres elijen sistemas no violentos y pasivos como la ingesta de medicamentos, la inhalación de gases o el corte de los vasos sanguíneos de las venas.

Navarro-Gómez (2016) profundiza en la estadística aportada por Eurostat, donde se constatan que, en el marco de la Unión Europea, la tasa de suicidios está cercana a la media mundial, situándose en las 11,7 por cada 100.000 habitantes. La distribución por países arroja las tasas más bajas en Grecia (4,8) y Malta (5.1), estando cercanos Chipre, Italia, Reino Unido, y Liechtenstein, todos ellos con incidencias sensiblemente menores a la media. Lituania (36,1), Eslovenia (21,7) y Hungría (21,2), se sitúan en una situación contraria a los anteriores, llegando a duplicar e incluso triplicar la tasa, como en el caso de Lituania.

López Steinmetz (2017) matiza algunas afirmaciones que se solían aceptar respecto de la edad y el sexo como factores demográficos importantes en la etiología suicida. Destaca el hecho de un desplazamiento de la franja de edad de riesgo, establecida entre los 15 y los 44 años en la actualidad, frente a la creencia arraigada de una mayor presencia de las conductas autolíticas en las personas de avanzada edad. En concreto, en la población con edades comprendidas entre los 15 y los 29 años, el suicidio sería la segunda causa de muerte, entre los 30 y los 49 años sería la quinta causa y por último sería tercera causa de la muerte en la población comprendida entre los 15 y los 44 años. El sexo, sin embargo, salvo excepciones presentes en algunas zonas de China, sí cumple a juicio del autor con la creencia extendida de una distribución desigual, en la que podría establecerse una proporción de 3:1 entre hombre y mujeres. No obvia que algunos países no sólo no cumplen la proporción (Puerto Rico 10:1), sino que incluso la situación es inversa (algunas zonas de Hong Kong presentan una proporción superior de mujeres), pero considera anecdóticas estas cifras respecto

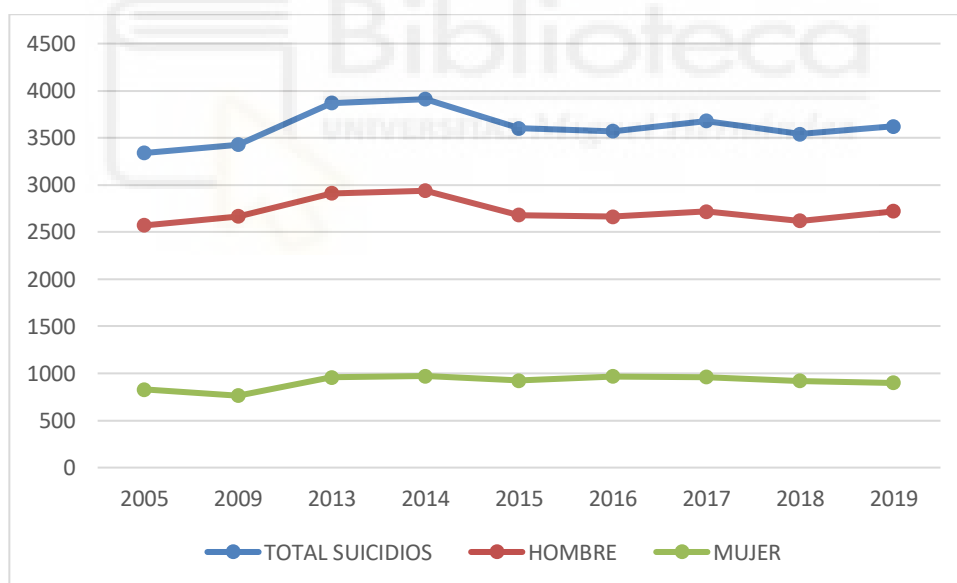
a la tendencia mundial. López Steinmetz también observa algunos fenómenos que se producen en la combinación de ambos factores demográficos, respecto de la distribución entre hombres y mujeres, que se mantiene constante en todas las franjas de edad a excepción de la vejez avanzada y la adolescencia donde la proporción de hombres cuadruplica a la de mujeres.

2.2 Las cifras de suicidio en la población española.

El Instituto Nacional de Estadística de España (INE) es una fuente amplia y fiable para la consulta y posterior descripción de la incidencia del suicidio¹² en la población española. En concreto se revisarán las series comprendidas entre los años 2005 y 2019, al estar la información del año 2020 incompleta, pudiendo consultarse únicamente los meses de enero a mayo, recogidos en la figura 1:

Figura 1

Evolución de los Suicidios en España del Año 2005 a 2019



Nota. Datos expresados en frecuencias absolutas. Fuente: INE, 2021 (www.ine.es)

De la figura anterior se deduce que la incidencia del suicidio en España se ha mantenido estable en los últimos 15 años, a excepción de un repunte en los años 2013 y 2014, en los cuales la frecuencia absoluta se situó por encima de los 3.800. la

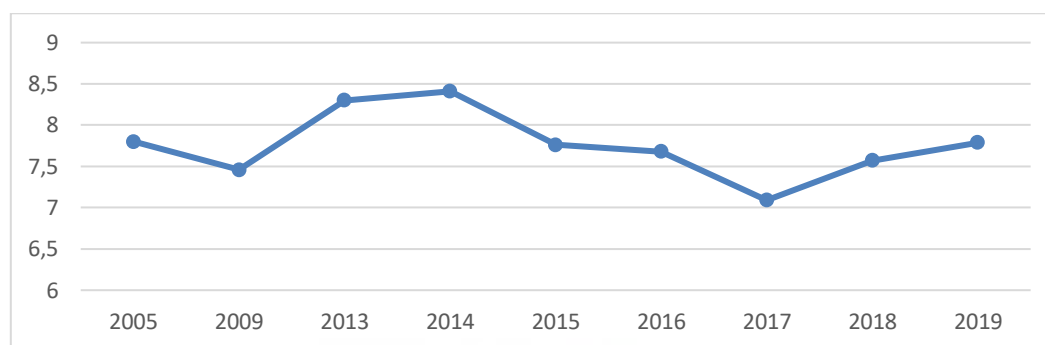
¹²

https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=res ultados&secc=1254736194710&idp=1254735573175#!tabs-1254736194710

distribución por sexos ha seguido la misma línea en cuanto a regularidad situándose la proporción cercana a 3,5 hombres que se suicidaron por cada mujer que terminó con su vida. La tasa por cada 100.000 habitantes tampoco ha sufrido una gran variación como se puede observar en el siguiente gráfico (figura 2):

Figura 2

Tasa de suicidios por cada 100.000 habitantes

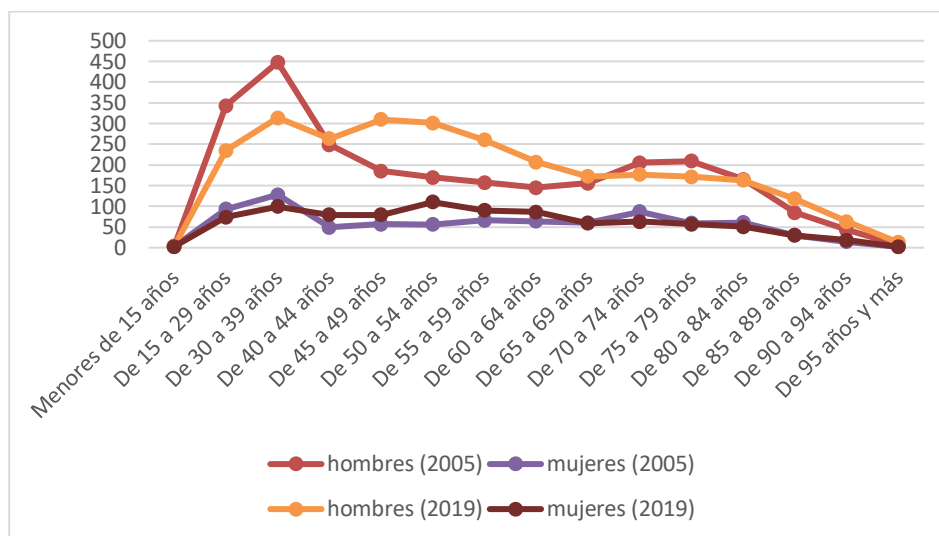


Nota. Fuente: INE, 2020 (www.ine.es)

Introduciendo el factor de la edad en la serie correspondiente al año 2005, en los hombres se observa una acumulación de muertes autoinfligidas en la franja que comprende de los 15 a los 44 años, una disminución entre los 45 y los 69 años, que da lugar a un aumento significativo entre los 70 y los 79 años, momento en el que las cifras menguan drásticamente, siendo la posible consecuencia la escasa representatividad que tienen las personas de muy avanzada edad respecto de la población general. En el año 2019 se sigue constatando una incidencia superior a partir de los 15 años, pero sin una disminución importante a partir de los 44 años, como ocurría en el año 2005, debiendo acudir al margen de los 65 años para observar similitudes entre ambas muestras. Respecto a las mujeres, la homogeneidad en las frecuencias absolutas en cada uno de los intervalos de edad es la característica principal (figura 3):

Figura 3

Comparativa frecuencias absolutas suicidios por edad de los años 2005 y 2019



Nota. Fuente: INE, 2021 (www.ine.es)

En cuanto al medio o método elegido para causar la muerte, el INE distingue dos categorías que a su vez desglosa en varias subcategorías, siendo las principales el envenenamiento y las lesiones autoinfligidas. El envenenamiento autoinfligido se clasifica en función de la naturaleza del agente (Anexo I), siendo los más utilizados por ambos sexos, otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, con una tasa por cada 1000 suicidios de 34 y 31 para hombres y mujeres respectivamente. En el resto de las subcategorías, las diferencias en la distribución por sexos son pequeñas, teniendo cierta diferenciación en el uso de gases y vapores, donde los hombres elijen este método 14 veces, mientras que en las mujeres apenas representan 2 de cada 1000 suicidios. Los plaguicidas, uno de los tres métodos más utilizados en el mundo según la OMS, se revela una elección residual en España, con una tasa de 1,3 por cada 1000 suicidios entre ambos géneros. La segunda gran categoría hace referencia a las lesiones autoinfligidas (Anexo I), mostrándose con claridad los ahorcamientos, estrangulamientos y sofocaciones por encima del resto de métodos. La tasa por cada 1000 suicidios llega a alcanzar los 377 casos en hombres y los 73 en mujeres. En segundo termino se posiciona la precipitación desde un lugar elevado, suponiendo cerca de 250 muertes entre hombres y mujeres. Como dato importante para el presente documento, el uso de un arma corta, únicamente se da en 6,5 suicidios de cada 1000, multiplicando por seis esa cifra las armas largas junto con las armas de fuego no especificadas, con 34 muertes por cada 1000 suicidios.

2.3 Las cifras de suicidio en la policía.

Diferentes estudios de la década de los noventa recogieron incrementos significativos en las tasas de suicidios en los Estados Unidos y Australia (Bejarano, Gómez, Prieto y Espinosa, 2012). Entre los años 1987 y 1999, la tasa de suicidios en la policía del Noroeste de América se mantuvo en el 25 por cada 100.000 policías (Lindsay y Lester, 2001, citados en Bejarano et al, 2012). En Europa, la policía alemana reportó una tasa de 23 suicidios por cada 100.000 policías (Schmidtke, Frick y Lester, 1999, citado en Bejarano et al, 2012). Una tesis doctoral de principios de la década de los noventa afirmaba las siguientes conclusiones en relación con un estudio realizado sobre los datos obtenidos de una muestra de 1.792 funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía español (Calvé Pérez, 1992, citado en Curiel, 1994):

- Los policías pertenecen a un grupo profesional con una de las mayores frecuencias de suicidios, extrapolable al resto de policías de otros países, siendo un fenómeno a repetido a nivel mundial.
- El problema de salud más recurrente es el consumo de alcohol.
- La prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión son superiores a otros grupos profesionales.
- Del mismo modo, la tasa de divorcio y problemas familiares graves son más frecuentes que en otras profesiones.

Moreno (2017) en su tesis doctoral sobre la incidencia de la incapacidad laboral y los trastornos mentales en funcionarios civiles del Estado Español, trata el fenómeno del suicidio como una de las consecuencias más graves. Describe el alto número de agentes de la Guardia Civil que se quitaron la vida de manera o lo intentaron de manera voluntaria entre los años 2007 y 2010, ascendiendo a un total de 438 (la tercera causa de muerte), o lo que es lo mismo, cada 10 días, un agente del Instituto Armado se suicida o lo intenta sin éxito. Complementariamente, la autora incide en otros estudios en cuerpos policiales de terceros países, que describen situaciones parecidas. En este sentido, en una muestra de 3272 policías noruegos, el 6,4 % había considerado seriamente acabar con su vida y el 0,7% lo había intentado (Berg, 2003, citado en Moreno, 2017). Del mismo modo, en la policía de Bufalo la probabilidad de suicidio es tres veces superior al resto de trabajadores municipales, siendo el trabajo nocturno

y el consumo de alcohol dos factores de riesgo importantes (Violanti, 2004, citado en Moreno, 2017). Un informe basado en diferentes estudios realizados sobre cuarenta y ocho colectivos policiales recoge las principales conclusiones (Stanley, Hom y Joiner, 2016):

- El hecho de una sobrerrepresentación de los hombres en los cuerpos policiales podría ser unos de los motivos que expliquen las tasas superiores respecto de la población general. Sin embargo, las mujeres policías también tienen tasas superiores a la población femenina general, poniendo en duda lo anterior.
- Las cifras aportadas por veintitrés Estados Americanos en el periodo comprendido entre el año 1999 y 2007, muestran una tasa superior en los oficiales de policía de raza blanca, respecto de la población general.
- El tamaño o la dimensión de los departamentos de policía es un factor determinante, siendo los de pequeño tamaño los que presentan tasas de suicidio superiores a los departamentos más grandes. Explicado en gran parte por la menor cantidad de recursos para la salud mental, que suelen tener las ciudades o las organizaciones más pequeñas.
- Varios estudios muestran una probabilidad mayor de que un policía se quite la vida que morir tiroteado o en un accidente, datos no refutados por el análisis de 2280 muertes de policías en EEUU entre los años 1992 y 2002, que muestran que un 47% fueron en enfrentamientos armados y sólo un 5% se suicidaron.
- En Nueva Gales, provincia de Australia, el estudio de 247 muertes de policías entre los años 1999 y 2008, muestran que el porcentaje de suicidios alcanzaba el 16,6% (41 en total), con una tasa cercana a la de la población general.
- En Irlanda, entre los años 1980 y 1987, la tasa de suicidio entre los policías se situó en el 32,9 por cada 100.000.
- En Alemania, la tasa de suicidio en la policía es ligeramente superior a la de la población en general, 25 por 100.000 y 20 por 100.000.
- En Austria, en el ciclo que comprende los años 1996 a 2006, la tasa por cada 100.000 fue de 30.2, prácticamente igual a la de la población general ajustada por la edad.

- En Noruega, la situación es similar a la austriaca, con tasas muy parecidas entre los servidores del orden público y el resto de la población.
- Existe una gran dificultad para establecer una tasa representativa por la disparidad encontrada en función del tipo de fuerza policial (federal, municipal, regional), o el territorio. En esta misma línea, los estudios basados en espacios de tiempo más largos arrojan cifras menores que los ceñidos a períodos más cortos.
- La falta de acuerdo en el método de la recogida de datos y la posible clasificación de muchos suicidios como muertes indeterminadas podrían ocultar o disminuir de manera fraudulenta la tasa real de suicidios entre miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
- Por último, señalan la importancia de poner el foco en la prevención del suicidio entre oficiales de policía y el efecto beneficioso de establecer diferentes programas de sensibilización en la identificación de situaciones de riesgo. Ponen de ejemplo un exitoso plan de la policía de Montreal, el cual, mediante formación de los agentes, campañas informativas y la instauración de una línea telefónica de apoyo, consiguieron reducir la tasa en un 79% en los 12 años posteriores, mientras que en otras ciudades de Quebec que no pusieron en marcha ninguna medida, en este mismo espacio de tiempo la tasa aumento un 11%.

En Colombia, un país con una tasa de suicidios muy baja, en el año 2011 la de los policías, tanto civiles como militarizados, triplicó a la de la población general, llegando al 11 por cada 100.000 (Sastoque Riveros, 2020). El Doctor en psiquiatría Miguel Ruiz-Flores Bistuer (2020) realiza en la pagina web de la asociación Papageno un ejercicio de síntesis sobre la realidad de las cifras del suicidio en la policía. A la luz de diferentes publicaciones, Bistuer desgrana algunos datos relevantes en relación con la importancia del trabajo en la etiología suicida, recalcando que, si bien es cierto que numerosos estudios han puesto el foco en los funcionarios policiales, otras profesiones presentan tasas superiores, como por ejemplo los médicos y los dentistas de Norteamérica. Reconoce así mismo la imposibilidad de establecer certezas en tanto la heterogeneidad de la definición que tiene la policía en los diferentes países, hace que

la recogida y posterior análisis de datos no sean extrapolables entre territorios. No obstante, considera reseñables algunas conclusiones referidas a cuerpos policiales de diferentes países:

- En Portugal la tasa de suicidios de la policía es similar a la de la población general, con la excepción de los oficiales varones que presentan un ligero aumento (Costas, Passos y Queiros, 2019, citado en Bistuer, 2020).
- La ideación suicida en la policía noruega es significativamente menor que en la población general (Berg et al, 2003, citado en Bistuer, 2020).
- En Australia la tasa de suicidios entre los policías desde 1843 a 1992 se situaba en 60 por cada 100.000, bajando a 20 por cada 100.000 a finales de siglo XX, estando en la actualidad en tasas muy similares a la población general (Cantor, Tyman y Slater, 1995, citado en Bistuer, 2020).
- En Nueva York entre los años 1977 y 1996, la tasa de la policía era más baja que la de la población general (14,9 y 18,3 respectivamente). Pero al separar por sexos, las mujeres policía multiplicaban por cuatro (13,1) la tasa de las mujeres en la población (3,4) general (Marzuk et al, 2002, citados en Bistuer, 2020).
- En Brasil el suicidio es una de las principales causas de muerte en los policías, con tasas superiores a la población general, con especial énfasis en los agentes de corta edad y bajo rango, los cuales son un subgrupo específico de mayor riesgo (Gomes, Araujo y Gomes, 2018, citado en Bistuer, 2020).

Para Bistuer que la tasa de suicidio en un cuerpo policial y la población general obtengan cifras muy parecidas no es una buena noticia. De manera extendida la vigilancia de la salud de los funcionarios de orden público, incluida la psicológica, es superior al resto de los ciudadanos, por lo que la tasa debería ser en todo caso menor, siendo la cercanía en las cifras un mal síntoma que debería poner en alerta a las autoridades.

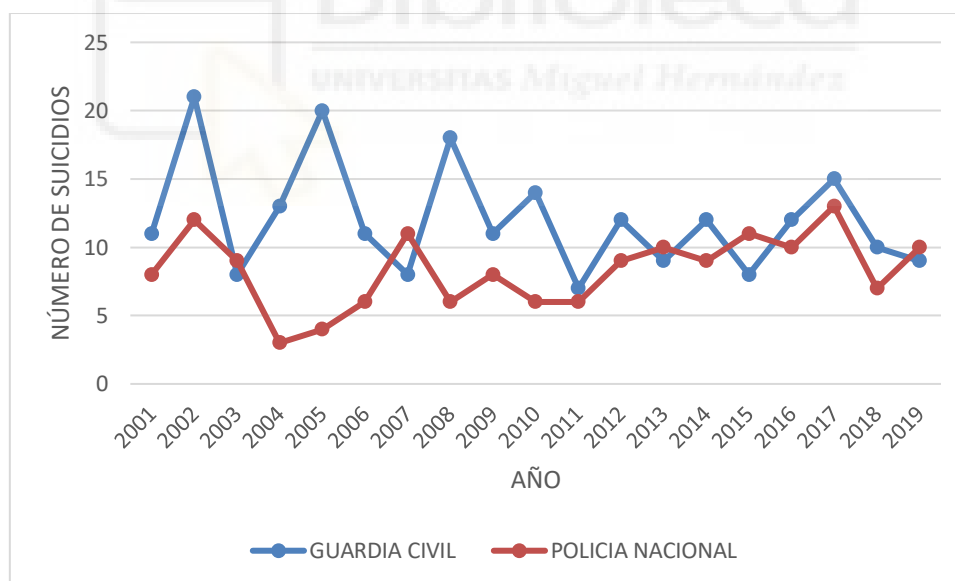
2.4. Las cifras de suicidio en la policía española.

En primer lugar, hay que destacar la escasa colaboración e incluso los intentos por ocultar las estadísticas de muertes autoinfligidas en el Cuerpo Nacional de Policía y la Guardia Civil, por parte de los diferentes gobiernos del Reino de España. El motivo

para no facilitar esta información es la supuesta inclusión de las circunstancias relativas a los suicidios de funcionarios de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, en la categoría de secretos oficiales con arreglo a la Ley de Secretos Oficiales, de 5 de abril de 1968. A pesar de la reticencias históricas, en el año 2020 a una pregunta parlamentaria dirigida por el diputado Jon Iñarritu García del grupo parlamentario EH-Bildu, en la que solicitaba información acerca de la salud mental de los cuerpos y fuerzas policiales del Estado, el Ejecutivo Español dio cumplida respuesta con la publicación de una somera tabla donde se recogían los suicidios desde el año 2001 al año 2020 (este último incompleto, al estar fechada la respuesta en 15 de octubre de 2020), únicamente con expresión de las frecuencias absolutas, sin separación por sexo, edad o cualquiera otra características que permita un mejor posterior análisis (Anexo II). En la siguiente tabla se complementa la información facilitada (figura 4):

Figura 4

Frecuencias absolutas suicidios en Guardia Civil y Policía Nacional (2001-2019)



Nota. Fuente: Gobierno de España.

La serie histórica muestra como el número de conductas autolíticas es superior en la Guardia Civil que, en la Policía Nacional, existiendo grandes diferencias en los años 2004 (13 – 3), 2005 (20 – 4) y 2008 (18 – 6). En los años 2003 (8 – 9), 2007 (8 – 11), 2013 (9 – 10), 2015 (8 – 11) y 2019 (9 – 10), el número de fallecimientos por esta

causa es mayor en la Policía, pero con unos márgenes mucho más ajustados. La suma total de suicidios ascendería a los 229 Guardias civiles y 158 Policías Nacionales, con un total acumulado entre ambos de 387 efectivos que optaron por quitarse la vida. De la serie mostrada en la tabla, en el año 2011 se contabilizaba el mayor número de efectivos en conjunto (83.644 Guardias Civiles y 72.457 Policías) con una plantilla de 155.000¹³ agentes. La tasa por cada 100.000 funcionarios se colocaría en el 8,3. En el año 2002, con la mayor incidencia (33 suicidios totales), la plantilla alcanzaba los 118.000¹⁴ efectivos (70.000 Guardias Civiles y 48.000 Policías) con una tasa por cada 100.000 del 27,9. Finalmente, la tasa del año 2019, con 146.482¹⁵ agentes en plantilla, se establece en 12,9.

Como ya se ha visto anteriormente en el presente documento, la tasa de la población general oscila entre el 7 y el 8,5, por lo que la tasa de suicidios en las dos principales fuerzas y cuerpos de seguridad del Reino de España es superior a la del resto de la ciudadanía. Esta afirmación, sin embargo, debe ser matizada. Desconocemos la distribución por franjas de edad y sexo, por plantillas, puesto de trabajo, años de servicio, o categoría profesional entre otros, lo que limita enormemente cualquier extrapolación o intento de comparación. En idéntico sentido, sería ilógico obviar el hecho de que una de las franjas de edad con mayor incidencia en la población general, las personas entre 15 y 19 años no están representadas en el colectivo, al ser los 18 años la edad legal límite para poder opositar. En el extremo opuesto, las personas de avanzada edad tampoco están representadas al no recoger la estadística del gobierno a los policías jubilados, habiéndose mostrado con claridad un repunte de los casos en el tramo de edad comprendido entre los años 70 y 79 de vida. Tampoco debería subestimarse la sobrerrepresentación¹⁶ que tiene los hombres en ambas instituciones, al triplicar el número de hombres que se suicidan al de mujeres, dificultando aún más el intento de comparación.

¹³<https://elpais.com/espana/2020-03-07/interior-aumenta-en-3800-el-numero-de-policias-y-guardias-civiles-en-dos-anos.html>

¹⁴ https://elpais.com/diario/2003/04/28/espana/1051480808_850215.html

¹⁵<https://elpais.com/espana/2020-03-07/interior-aumenta-en-3800-el-numero-de-policias-y-guardias-civiles-en-dos-anos.html>

¹⁶ En la Guardia Civil el porcentaje de mujeres es del 8% y en la Policía del 13%. Fuente: https://www.elespanol.com/mujer/actualidad/20200626/guardia-civil-necesita-mujeres-reserva-plazas-futuro/500451021_0.html

Como única fuente alternativa de obtención de datos, al margen de las cifras oficiales, se ofrecen los registros propios de algunos sindicatos y asociaciones independientes. En el año 2018, el Sindicato Unificado de Policía realizó unas jornadas de prevención del suicidio en el ámbito policial, de las cuales publicó una memoria en su página web¹⁷. En el mencionado documento afirman que la tasa de suicidios en la Guardia Civil es tres veces superior a la tasa global de población, y que en la Policía Nacional se estima en el doble que la población general. Respecto a las policías locales, reconocen la imposibilidad de aportar datos fiables por la multitud y la heterogeneidad de las fuentes, afirmando, no obstante, que este colectivo policial comparte los mismos factores de riesgo que sus homólogos estatales, por lo que es necesario incluirlos en los planes de prevención. Aportan datos del año 2017 en los que se significan 46 muertes en total en la Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (22 Guardia civiles y 14 Policías Nacionales), siendo mujeres únicamente dos. En el mismo lapso, 8 policías locales y 2 policías autonómicos decidieron suicidarse. El 71% usó su arma reglamentaria y un 91% pertenecía a la escala básica. En lo concerniente a la edad, el grueso se concentra entre los 35 y los 44 años (46% del total), seguido por la franja de 45 a 54 años (29%), los mayores de 54 años (19%) y por último los menores de 35 años (7%). Casimiro Villegas, presidente de la asociación Zero Suicidio Policial, en una entrevista concedida al periódico digital Crónica Global¹⁸, describe el suicidio como un problema que atañe a todos los colectivos policiales existentes en España. Estima en un 62% superior la incidencia de las muertes autoinfligidas en los servidores de orden público respecto de la ciudadanía en su conjunto. Las estadísticas propias de la asociación muestran que en el año 2017 se produjo la muerte por este motivo, de 22 guardias civiles, 14 policías nacionales, 8 locales y 2 autonómicos. Estima en una media de 30 suicidios al año, en un colectivo que suma cerca de 233.000 efectivos en su conjunto. En el caso específico de los Mossos de d'Esquadra, entre el año 2009 y 2018, tienen recogidas 18 muertes de agentes. En diciembre del año 2020, el Diario de Mallorca, en su edición digital, mostraba las cifras aportadas por la asociación Ángeles

¹⁷ https://www.sup.es/sites/default/files//zona-publica/actualidad/memoria1ajornada_suicidio.pdf

¹⁸ https://cronicaglobal.lespanol.com/vida/suicidio-policial-mayor-conjunto-poblacion_264894_102.html

de Azul y Verde¹⁹, formada en su mayoría por policías y guardias civiles que de manera altruista prestan apoyo psicológico a los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. Apuntalan las tesis sostenidas por las diferentes asociaciones y sindicatos, que triplican la incidencia de las conductas autolíticas en los policías (7-8 tasa población general y 16-17 la tasa de los servidores de orden público). En el año 2020 tuvieron noticia de la muerte de 12 guardias civiles, 9 policías nacionales, 5 locales, 3 mossos, 1 ertzaina y 1 guardia urbana. Insisten en la dificultad de verificar los datos oficiales y no oficiales y en una circunstancia obviada en la mayoría de las estadísticas y que a su juicio es de vital importancia. Todos aquellos agentes que son jubilados de manera forzosa, incluso por motivos o accidentes laborales, no se incluyen en los registros, a pesar de ser a juicio de esta asociación, un colectivo especialmente de riesgo. En último término, La Asociación Andaluza Preventiva del Suicidio Policial, totalizó el suicidio de 10 guardias civiles, 11 policías nacionales, 6 locales, 3 mossos y 1 ertzaina, en el año 2020. Este registro, junto con más datos específicos, son recogidos en un artículo del periódico digital el Español²⁰. La asociación andaluza, constató que las cifras oficiales publicadas antes del año 2016, momento en el cual empiezan a elaborar su propia estadística, están completamente subestimadas. 28, 46, 27, 29 y 31, son los números que recogen las muertes por año en la serie del 2016 a 2020. Los hombres son el colectivo principal, registrándose una única muerte de una mujer en el año 2020, ninguna en 2019 y otra en 2018. En cuanto a las fechas con mayor incidencia, los meses de septiembre y octubre del año 2020 incluyen 10 suicidios del total de 31 del año 2020.

2.5 Planes de Prevención del suicidio en la población general.

La OMS²¹ (2012) puso en marcha un plan de prevención del suicidio dirigido a diversos profesionales del ámbito de la función pública. Como intervenciones de eficacia demostrada, señala la restricción a los métodos habituales de suicidio, el tratamiento eficaz del alcoholismo, la depresión y el consumo de drogas. Respecto de los supervivientes, subraya el necesario seguimiento y apoyo inmediato y de manera

¹⁹ <https://www.mallorcadiario.com/angeles-de-azul-y-verde:-la-lucha-contr-el-drama-del-suicidio-policial>

²⁰ https://www.elespanol.com/reportajes/20210118/policia-suicidarme-bajas-fuerzas-seguridad-no-habla/551945378_0.html

²¹ https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/

prolongada. La concienciación y la información veraz que desmientan todas los perjuicios y falsos mitos acerca de las enfermedades mentales, colocar en el debate público el fenómeno del suicidio y mejorar la recogida de estadística, son complementos irrenunciables en el imprescindible enfoque integral (salud, educación, justicia, religión, política, derecho y medios de comunicación) que deben tener los diferentes planes preventivos. El proyecto EUROGENAS²² nació de la colaboración de 15 países europeos, entre los que se encuentre España, con el objetivo de contribuir a la prevención del suicidio mediante el desarrollo de estrategias y herramientas comunes. Para esta asociación los planes deben contener al menos la promoción de la salud mental, la ayuda telefónica y vía internet, la formación de todos los profesionales públicos en contacto con la ciudadanía, acciones específicas en colectivos vulnerables y de alto riesgo; enfatizando en último término la inexcusable restricción a los métodos más letales. Siguiendo el marco de la Unión Europea, se encuentran numerosas iniciativas en materia preventiva de las conductas autolíticas, como el OSPI-EUROPE²³, que trabaja para armonizar los procedimientos de definición y evaluación de la conducta suicida, la implantación de un sistema de recogida de datos que permita comparativas de las cifras entre los diferentes Estados y la aportación de instrumentos y recomendaciones en la implantación de los diferentes planes. Entre el año 2007 a 2010, veintitrés países europeos participaron en el programa MONSUE²⁴ en el que, tras analizar 4.683 casos, promovieron la implementación de un plan de prevención a nivel europeo que contemplara al menos un control estricto de los métodos mas letales: intoxicaciones por drogas, alcohol y venenos; las armas de fuego y lo saltos desde alturas elevadas. En segundo lugar, abogan por actuaciones inmediatas en la persona que ha realizado una tentativa, en los pacientes psiquiátricos, las personas de riesgo, los desempleados y los inmigrantes. Como recurso final destacan la inexcusable puesta en marcha de seguimientos y cuidados a los supervivientes, con el fin de evitar recaídas y repeticiones que pudieran terminar en la muerte. En España no existe un plan específico, estando subsumida en la prevención de la depresión, dentro de la Estrategia

²² <https://consaludmental.org/publicaciones/Directricesprevencionsuicidio.pdf>

²³ <http://www.eaad.net/research/ospi-europe>. Programa de optimización de la prevención del suicidio en Europa.

²⁴ <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/monsue/>

Nacional de Salud Mental. Esta deficiencia o falta de concreción ha sido puesta de manifiesto en numerosas ocasiones desde el ámbito sanitario e incluso político, motivado en el supuesto aumento de las enfermedades mentales que pudiera suceder a causa de la reciente pandemia que ha convulsionado el mundo. Una de las voces discrepantes con esta política de dilución, de falta de protagonismo, se plasma de manera clara en las recurrentes propuestas que La Fundación Española para la Prevención del suicidio ha trasladado desde hace más de una década a los diferentes gobiernos. Dos colaboradores de este organismo publicaron un manual de prevención e intervención, el cual fue propuesto para su adopción en el Sistema Nacional de Salud. Anseán y Acinas (2014), los autores de la citada propuesta dividen su plan de prevención en cuatro objetivos con un total de treinta acciones²⁵: concienciar y sensibilizar sobre la magnitud y las consecuencias; eliminar el estigma el tabú; formar en la detección y las estrategias de afrontamiento; crear recursos específicos para la prevención y la post intervención; limitar el acceso a los medios letales. Si bien, no existe un plan nacional, en el reino de España la profunda de centralización de las competencias en materia sanitaria, han dado lugar a múltiples planes, tanto a nivel autonómico como local. Asturias, Euskadi, Navarra, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Cataluña, Madrid, entre otras Comunidades Autónomas, han tenido o tienen en la actualidad un programa de prevención de la conducta suicida. Ciudades como Barcelona, Oviedo, Ourense, Guipúzcoa o Madrid, cuentan del mismo modo con planes de prevención. En el presente documento se analizarán los resultados en tres ciudades que arrojaron resultados positivos tras la aplicación de diferentes programas. En la Ciudad de Barcelona, en un espacio que abarca del año 2005 a 2008 se desarrolló el Programa de Prevención de la Conducta Suicida (PPSC), dentro del marco de la Alianza europea contra la depresión (EEAD), en el distrito de l'Eixample. La acción preventiva se dividió en cuatro planos diferenciados (Tejedor, Díaz, Faus, Pérez y Solá, 2011): creación de un equipo multidisciplinar y un circuito asistencial para los enfermos; elaboración de un

²⁵ De entre las acciones propuestas destacan la creación de protocolos específicos, la aprobación una Reglamento marco que garantice la homogeneidad de todos los planes autonómicos, mejorar las historias clínicas, incrementar el seguimiento de los pacientes, crear una base de datos nacional, crear protocolos en las ffccs y bomberos, priorizar la prevención del suicidio en la prevención de riesgos laborales, formación de las familias en detección y modificar el diseño de las obras públicas para impedir el acceso a lugares susceptibles de utilizarse como medio suicida.

programa informativo enfocado a la educación y sensibilización de sanitarios y trabajadores sociales²⁶; intervención en personas con ideación suicida, activada en la misma consulta de urgencias y puesta en marcha en un plazo máximo de 48 horas por un psiquiatra de referencia; seguimiento de los pacientes a las 6 meses y a los 12 meses. Los resultados obtenidos (Tejedor et al, 2011), validaron la estrategia propuesta, al ser comparados con una muestra de pacientes (grupo control) de otros distritos en los que no existía una planificación específica:

- En los pacientes tratados en el PPSC se detectaron más ideas autolíticas que en el grupo de control (la información facilita la petición de ayuda).
- En el periodo de mayor riesgo de repetición del intento de suicidio (1 año), los pacientes del PPSC realizaron un número significativamente menor de nuevos intentos que el grupo control. Un 88% de los incluidos en PPSC no recayeron por un 68% en el grupo control.
- Los ingresos hospitalarios disminuyeron considerablemente en el distrito donde se aplicó el PPSC respecto de los distritos de control.

En Orense, una ciudad del noroeste español se instauró en el año 2008 el Programa de Intervención intensiva²⁷ (PII). La primera acción fue la formación del personal de los servicios de urgencias, para posteriormente iniciar la fase de intervención e investigación, sustentada en dos pilares: consulta antes de quince días por un especialista y la intervención grupal a través de diez sesiones durante seis meses²⁸. Los supervivientes de un intento de suicidio incluidos en el plan totalizaron 191 pacientes (75% mujeres), con una media de edad de 40 años, siendo el método de mayor prevalencia la intoxicación con medicamentos (76,4%). Reijas, Ferrer, González e Iglesias (2013) en un artículo de la revista *Actas Españolas de Psiquiatría*, analizan los resultados obtenidos:

²⁶ Esta actividad se extendió a policías, bomberos, comerciantes, medios de comunicación, familiares, asociaciones civiles, clérigos, centros geriátricos.

²⁷ <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/pii/>

²⁸ Sesiones de 1 a 3 plan de crisis, sesiones de 4 a 7 estrategias de manejo del malestar, kit de esperanza, sesiones de 8 a 10 prevención de la recaída.

- Un 20.6% de los pacientes con tratamiento convencional, sufre una recaída, frente al 10% de los incluidos en el PII.
- Los sujetos tratados en el PII tienen menos reintentos, necesitan menos ingresos y el tiempo transcurrido desde el comienzo del tratamiento y la recaída es mayor.

En España, a la hora de evaluar los resultados de los diferentes programas y planes de intervención sobre la conducta suicida, resulta insoslayable aludir al Programa de la Conducta Suicida de Sabadell. El pilar fundamental sobre el que pivota la intervención es el seguimiento telefónico posterior a un intento de suicidio o a la aparición de conductas de riesgos²⁹. Cebriá, Parra, Pámias, Escayola, García Parés, Puntí y Palao (2013) describen la eficacia del modelo de intervención puesto en marcha en el año 2007:

- Se consiguió retrasar el segundo intento de suicidio una media de 46 días más, respecto del grupo de control.
- La repetición en el grupo objeto del programa, se situó en el 6%, mientras que en el grupo control alcanzó el 14%. Una reducción de la posibilidad de reincidencia del 57%.

El seguimiento telefónico demostró su eficacia, basada en una sencilla pauta, lejos de complicados sistemas de evaluación que pudieran estresar o disuadir a los pacientes de su conveniencia. Estas llamadas sistemáticas, comienzan al mes del intento o la aparición de las conductas y consisten en (Cebriá et al, 2013):

- Realizar llamadas de seguimiento. En caso de no contestar insistir varias veces. Si no fructifican las gestiones, poner en conocimiento del psiquiatra de referencia a fin de que estime la exclusión del programa o la puesta en marcha de medidas adicionales (visita domiciliaria, medico de familia, reingreso, etc.)
- Si se logra el contacto con el paciente, entre otras recomendaciones y preguntas, el técnico debe incidir en: recordar la cita con el psiquiatra; preguntar por la conducta posterior al intento de suicidio, si se está siguiendo el tratamiento farmacológico prescrito, si la situación o estresor que motivo el

²⁹ Se realiza seguimiento telefónico al mes, segundo mes, tercer mes, noveno mes y finalmente a los 12 meses.

intento o la aparición de las conductas suicidas persiste o a reaparecido, si ha notado mejoría o por el contrario las ideas suicidas permanecen.

- En base a la información obtenida en los contactos telefónicos, clasifica la situación como de no riesgo (archivo en base de datos para posterior estudio), o de existencia de riesgo, dando aviso al psiquiatra de referencia que deberá, sin dilación, señalar una visita o incluso activar la asistencia urgente.

2.6 Planes de Prevención del suicidio en la policía.

La Universidad Técnica de Texas, el Instituto de Ciencias Forenses y el departamento de Toxicología ambiental de EEUU, analizaron planes aplicados a diferentes cuerpos policiales entre los años 2015 y 2018 (Tohen, Dodson, Manzo, Piña-Watson y Trejos-Castillo, 2019, citados en De la Serna 2021), los cuales dividieron en dos grandes grupos: orientados a incrementar la salud de los agentes y orientados a incrementar la seguridad de los agentes. Lo primeros se centran en el deporte, la salud mental general y el apoyo de los compañeros. Los segundos son menos concretos, incidiendo en la seguridad y la salud general. Atendiendo a la heterogeneidad en los resultados y el uso extendido de varias herramientas, el Suicide Assesment Five-Step Evaluation and Triage (SAFE-T) y el Acces to Lethal Means (CALM) han puesto de manifiesto su eficacia. El SAFE-T evalúa el riesgo de suicidio mediante la identificación de factores desencadenantes, de riesgo y protectores. También indaga en la presencia de planes, conductas e intentos de suicidio. El CALM, por su parte, incorpora la intervención inmediata para la retirada de las armas y otros medios letales y así reducir la posibilidad de su empleo como medio autolítico. De la Serna (2021) en su libro, Suicidio Policial: guía para una prevención eficaz, incide en el escaso éxito de la mayoría de los planes de prevención y las escasas ocasiones en que estos programas son objeto de algún tipo de estudio retrospectivo que analice el éxito o fracaso de las diferentes propuestas. Este autor destaca dos iniciativas que han sido evaluadas y han demostrado un efecto positivo. La primera sería el comentado plan de prevención en la policía de Montreal con una reducción del 79% en la incidencia del suicidio, y en segundo término el programa de la policía colombiana que ha alcanzado significativas metas:

- La tasa de suicidios tiene tendencia bajista año tras año desde la implantación

- Sensibilización de policías, familiares y ciudadanos sobre los problemas mentales (erradicación del estigma que suponía pedir ayuda psicológica).
- Integración de la ayuda urgente y respuestas automáticas ante el menor indicio de conducta suicida.
- Permanente vigilancia epidemiológica.
- Reuniones periódicas de mesas de trabajo para monitorizar la situación.

Resulta pertinente poner en valor los efectos conseguidos en la policía de la ciudad de Montreal. Su programa, de nombre, Juntos por la vida³⁰, ha sido exhaustivamente analizado por Brian Mishara y Norman Martin (2012). Estos autores distinguen las acciones principales: Desarrollo de habilidades para afrontar el suicidio y mejora de la red de apoyo y solidaridad entre compañeros. Y las complementarias que agrupan en cuatro aspectos: La capacitación de todos los policías sin excepciones, en la identificación, la naturaleza del suicidio y como ayudar a un compañero en dificultades, creación de una línea telefónica de ayuda, anónima; formación específica de los mandos y los sindicatos; campañas publicitarias con el lema Juntos por la Vida, consistentes en publicaciones en revistas policiales y la distribución de cartelera y trípticos en todas las dependencias. Mishara y Martin alaban la reducción de las tasas de suicidio, que, comparadas con el periodo inmediato a la implantación del programa de prevención, disminuyen considerablemente. Los diez años anteriores a la implantación del plan (1986-1996), la policía de Montreal y de otras ciudades de Canadá con cuerpos policiales similares, presentaban tasas entre el 26-30 por 100.000. Doce años después los departamentos distintos a los de Montreal, mantenían tasas similares e incluso ligeras subidas, mientras que la segunda redujo un 79% su tasa. La formación de los agentes, la detección temprana mediante evaluaciones, la limitación del acceso a los medios letales como las armas de dotación, las campañas informativas de sensibilización y las líneas de ayuda telemáticas, conforman un núcleo sólido presente en la mayoría de los planes. Como actor secundario, pero no por eso menos importante, emerge la salud física de los policías, donde la actividad deportiva y la alimentación inciden en el bienestar emocional. En un plan del año 2011 de la Policía Nacional de Colombia, tendente a mejorar el estado psicofísico de sus trabajadores,

³⁰ Ensemble pour la vie / Together for Life

urgen a la adopción de programas de mejora de las alteraciones del comportamiento mediante la prevención y promoción de la salud a través del deporte o la mejora de su aspecto (Sánchez, Castillo, Obando, Barrera, Corredor, Montoya, Becerra, 2017).

2.6.1. Plan de Prevención de la Salud Mental y Prevención de la Conducta Suicida en la Dirección General de la Policía (2020).

La legislación general³¹ y la específica del Cuerpo Nacional de Policía³², en materia de prevención de riesgos laborales, subraya la importancia de vigilar y mantener un adecuado bienestar físico y psicológico. Este último aspecto venía siendo señalado por las distintas formaciones sindicales, que reclamaban una acción específica sobre la salud mental de los funcionarios. Hasta el año 2020, la vigilancia de la salud se circunscribía a la realización de reconocimientos médicos periódicos, de carácter voluntario para la mayoría de los integrantes del cuerpo, siendo obligatorio únicamente para los miembros de algunas especialidades como las de policía científica, tedax-nrbq o automoción entre otras, en base a su labor específica que en muchos casos requiere el uso de agentes químicos. Estos reconocimientos médicos en ningún caso contemplaban una vigilancia de la salud mental por parte de profesionales, limitándose a un breve e inespecífico cuestionario sobre cuestiones relacionadas con la conciliación del sueño o la sensación de agotamiento. El grueso de la revisión de las aptitudes psicofísicas de los funcionarios estaba centrado en las analíticas de sangre y orina, las revisiones de vista y oído, el control de pulsaciones y tensión arterial, el peso o las articulaciones, entre otros aspectos puramente físicos. Resultaba obvio que la obligación de implementar todas aquellas medidas preventivas para salvaguardar la salud mental de los policías no se cumplía. La única vía contemplada era la reactiva, la reacción después de los síntomas, la denuncia o puesta en conocimiento por parte de los funcionarios, de algún problema que afectase a su esfera psicológica. En ese momento, posterior al conocimiento, sí se ponían en marcha acciones encaminadas a ayudar o tratar a la persona concreta. Psicólogos y psiquiatras pertenecientes a la Dirección General de la Policía, se encargaban del caso, que en muchos casos suponía

³¹ Ley 31/95 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

³² RD 67/2010 de 29 de enero, de adaptación de la legislación de Prevención de Riesgos laborales a la Administración General del Estado, y el RD 2/2006, sobre Prevención de Riesgos Laborales en la actividad de los funcionarios de la Policía Nacional.

la retirada del arma y la suspensión en sus funciones como primera medida a adoptar. La aprobación del Plan de Prevención de la Salud Mental y Prevención de la Conducta Suicida (P.P.S.M) supone un cambio de paradigma en la vigilancia de la salud de los policías. Entre las novedades y avances se encuentran las siguientes:

- Se incluye la prevención de la conducta suicida en el Plan General de Prevención de Riesgos Laborales de la Dirección General de la Policía.
- El ámbito de aplicación no solo incluye a los policías, sino que afecta a los funcionarios de carrera, interinos, personal laboral y eventual.
- Los resultados obtenidos y las medidas implantadas serán objeto de revisión con una periodicidad anual, dando lugar si procediera a la actualización del plan.
- Reconoce la importancia del estrés laboral y su reducción mediante cambios en el funcionamiento de la organización.
- En la misma línea, admite la estigmatización de los problemas de salud mental, la dificultad en la búsqueda de ayuda y la necesidad de poner en marcha campañas de concienciación.
- Colocar la detección temprana (prevención secundaria) y la posterior intervención, dentro del grupo de medidas urgentes. En este punto se hace hincapié en las dificultades emocionales como paso previo a la aparición de un problema de salud mental.
- Implantación de programas de salud que doten de tratamientos adecuados, con la ayuda de recursos externos provenientes de otras administraciones o de entidades del ámbito civil, especializadas en la materia.

En el objeto del plan, se definen la potenciación de la capacidad de detección y disminución de los factores de riesgo, así como la potenciación de los factores protectores. La planificación de las medidas preventivas, siguen el tradicional y ampliamente utilizado sistema de la jerarquización de la prevención en tres escalones o grupos: primaria, secundaria y terciaria. En la prevención primaria, se persiguen seis objetivos a cumplir mediante acciones determinadas (tabla 2):

Tabla 2*Objetivos y acciones preventivas primarias*

OBJETIVO	ACCIONES
Sensibilización importancia salud mental	<ul style="list-style-type: none"> - Campañas informativas, accesibilidad de los recursos y concienciación - Promoción integral de la salud y los buenos hábitos (deporte, nutrición, etc.) - Campañas específicas sobre la salud mental, prevención del suicidio, gestión del estrés - Desmitificación de la creencia generalizada de los efectos negativos de una baja psicológica, en la carrera profesional (estigma)
Adecuado ambiente de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones periódicas del riesgo psicosocial - Formación en liderazgo y gestión de equipos de manera saludable - Formación en mediación y resolución de conflictos - Mejora del protocolo frente al acoso laboral - Promover políticas de conciliación de la vida familiar y laboral
Información y conocimientos sobre la prevención del suicidio	<ul style="list-style-type: none"> - Creación de una página web sobre la prevención del suicidio - Acciones formativas mediante cursos monográficos sobre identificación, actuación, primeros auxilios psicológicos - Inclusión de formación específica en los procesos de ingreso y promoción - Cursos de gestión del estrés
Sistema de aviso accesible para la detección de personas en situación de vulnerabilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Creación de un formulario de contacto - Creación de una línea gratuita y confidencial (24 horas/365 días)
Mecanismos de detección de alteraciones psíquicas en los procesos selectivos de ingreso	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporar test de detección de alteraciones de índole psicológica en el proceso de ingreso - Formación de los tutores y profesores de los funcionarios en prácticas en detección y gestión del estrés
Mejorar la resiliencia de los funcionarios expuestos a	<ul style="list-style-type: none"> - Programas de autorregulación emocional y gestión de estrés

actividades de fuerte impacto psicológico	<ul style="list-style-type: none"> - Programas de adquisición de recursos personales y afrontamiento de los problemas - Formación específica para unidades especiales con exposición a fuerte impacto psicológico desde los procesos formativos
---	---

Nota. Fuente: P.P.S.M de la D.G.P

La acción preventiva primaria es la encaminada a evitar la aparición del fenómeno que se pretende combatir, y para tal fin resultan adecuadas todas las medidas anteriores a excepción del sistema de aviso y detección, que deberían ser incluidos en la prevención secundaria por ser ésta la que incide en la detección temprana, cuando la primaria no ha impedido que surja la enfermedad. Este segundo escalón en la prevención se articula en torno a tres objetivos (tabla 3):

Tabla 3

Objetivos y acciones preventivas secundarias

OBJETIVO	ACCIONES
Detección de la conducta suicida y otros trastornos mentales	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporar test de evaluación psicológica en los reconocimientos médicos - revisión de los expedientes por incapacidades temporales - incorporación de una escala de valoración, en la web, que los propios trabajadores pueden hacerla - Coordinación de todas las unidades de consulta y participación con el servicio de prevención de riesgos laborales
Creación de equipos de intervención psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño de un procedimiento técnico-operativo - Prestación de ayuda psicológica inmediata y permanente de forma presencial o telefónica - Dotar de recursos suficientes para una respuesta rápida y eficaz
Recursos especiales tras sucesos críticos o exposición habitual a riesgos psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar equipos de apoyo psicológico en la catástrofes o emergencias - Especial intervención en funcionarios que hayan tenido que hacer uso de su arma reglamentaria

	- Especial intervención con policías heridos de gravedad o compañeros de los heridos
--	--

Nota. Fuente: P.P.S.M de la D.G.P

En la segunda fase de la prevención, se abarcan una variedad de intervenciones diseñadas para detectar de manera precoz, la posible aparición de los síntomas o las situaciones que pudieran derivar en algún tipo de perjuicio psicológico o mental en los policías intervinientes en una situación de gran exposición al riesgo o que de manera habitual estén sometidos a un estrés emocional, superior al resto de unidades. Para este cometido, se contempla la creación de equipos de intervención psicosocial con recursos suficientes, al igual que el establecimiento de canales de comunicación rápidos y eficaces que permitan atender con la celeridad suficiente las emergencias que se pudieran detectar o comunicar. Finalmente, cuando la prevención primaria y secundaria no ha sido suficientes, es necesario poner en marcha las acciones de reparación para evitar un agravamiento o una recaída. Estas medidas paliativas o de recuperación se encuadran en la prevención terciaria (tabla 4):

Tabla 4

Objetivos y acciones preventivas terciarias

OBJETIVO	ACCIONES
Prestar asistencia y garantizar su continuidad	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia psicológica - Información sobre los recursos disponibles - Realización de un plan de seguimiento de la persona afectada
Valoración adecuada de la capacidad laboral	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de la capacidad psicofísica - Adaptación del puesto de trabajo - Retirada cautelar del arma de fuego (oficial y particulares) - Seguimiento y apoyo tras bajas prolongadas
Atención a familiares y allegados tras un suicidio consumado o una tentativa	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención inmediata del equipo psicosocial - Valoración del impacto en los compañeros - Creación de grupos de apoyo entre afectados - Seguimiento telefónico y presencial

	<ul style="list-style-type: none"> - Inclusión de ayudas económicas en los programas de Acción Social
Autopsia psicológica	<ul style="list-style-type: none"> - Recopilación de la mayor cantidad de información posible - Elaboración de un informe con todas aquellas circunstancias relevantes en los suicidios consumados o las tentativas
Importancia del conocimiento en la definición de las medidas preventivas	<ul style="list-style-type: none"> - Realización de estudios generales - Método de gestión de archivos, estadísticas y estudios de casos

Nota. Fuente: P.P.S.M de la D.G.P

Todo lo anterior se despliega sobre la organización territorial ya existente en el Cuerpo Nacional de Policía. El nivel superior o central (ámbito competencial en todo el Estado Español), aporta el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, en cuyo seno se crean los equipos de intervención psicosocial, compuestos en exclusiva por psicólogos, funcionarios de la Dirección General de la Policía. El Servicio de prevención ostenta las facultades de coordinación y armonización respecto de las unidades territoriales, siendo de especial interés para el objeto de estudio la posibilidad de derivar a la red de asistencia sanitaria privada o concertada, en aquellos casos en los que se estime oportuno. El segundo nivel o periférico (provincia), ejerce las funciones asistenciales a través de los psicólogos de la Unidades Básicas Sanitarias, bajo el mando de los equipos de intervención psicosocial del Servicio de Prevención de Riesgos laborales.

2.6.2 Plan Preventivo de Asistencia Psicológica en la Guardia Civil (2010)

De manera previa a la Policía Nacional, el otro cuerpo de ámbito estatal, la Guardia Civil, puso en marcha un plan de prevención del suicidio en el año 2005, siendo revisado en el año 2010. El Plan Preventivo de Asistencia Psicológica (P.P.A.P) está dividido en las mismas áreas de actuación preventiva. Primaria, secundaria y terciaria. Esta herramienta resulta muy somera e inconcreta, plasmando todo un plan dirigido a una conducta tan compleja como es la decisión de acabar con la propia vida, en apenas seis hojas. El primer objetivo es controlar la aparición de los factores de riesgo (primaria), tarea encargada al Servicio de Psicología y al Servicio de Formación en lo referente a la creación de equipos de especialistas en conductas suicidas, formación, investigación, evaluaciones específicas en los procesos de ingreso y

ascenso e introducción de módulos formativos en los planes de estudios sobre inteligencia emocional. A las Jefaturas de Comandancia y Unidades independientes les encomienda la divulgación y la realización de conferencias que abarquen la prevención, detección y herramientas de apoyo a compañeros. Otras unidades distintas de las anteriores, como las de Estadística o Relaciones Informativas, mantendrán actualizados los contenidos en la web relativos al suicido y las campañas divulgativas por medio de trípticos, posters y la Revista Profesional, incluyendo a los familiares de los funcionarios. Un segundo objetivo se conformaría en torno a la detección y evaluación de personas en situación de riesgo (secundaria), conllevando una actuación en el contexto laboral, personal y familiar. Los Servicios de Psicología se encargan de la intervención inmediata en aquellos sujetos a los que, en cualquiera de los procesos selectivos, se les detecte indicadores de riesgo. En este sentido, en cualquier otra circunstancia en la que se pusiera de manifiesto conductas anómalas o claras situaciones de riesgo, la respuesta será la misma. Estos mismos profesionales, realizan revisiones psicológicas periódicas dentro del plan de prevención de riesgos laborales, en concreto en la vigilancia de la salud, con test específicos de detección de la conducta suicida. De manera similar se recoge la retirada del arma oficial y las particulares que pudieran poseer, incluyendo en su forma cautelar sin necesidad de baja médica, el mantenimiento de una línea de ayuda telefónica y protocolos específicos para intervenir en situaciones de crisis. La última batería de medidas, abarcan los suicidios consumados, las tentativas y las posibles consecuencias para el entorno más inmediato de la víctima. El objetivo en este caso es evitar la repetición en aquellas personas que no han llegado a término y paliar las consecuencias negativas en el entorno del suicida consumado (terciaria). En esta fase, las acciones se dividen en función de si el suicidio no se ha completado, o por el contrario ha logrado acabar con su vida. En suicidios consumados es de obligado cumplimiento: por parte de los Mandos de las unidades, la comunicación inmediata al Gabinete de Psicología; la intervención en un plazo máximo de 24 horas en los familiares y compañeros; la intervención administrativa necesaria para facilitar la organización del entierro, limpieza del lugar y la recogida de efectos personales; la coordinación del Gabinete de Psicología con las Unidades de Policía Judicial encargadas del atestado, en particular en la toma de declaraciones a testigos sensibles; la valoración del impacto en la unidad de destino del suicida y

recomendación de medidas en caso de ser necesarias; intervenciones grupales con compañeros que pudieran verse más afectados; realización de una autopsia psicológica y puesta en conocimiento de todos los afectados, de los canales de comunicación para la solicitud de apoyo psicológico. En las tentativas, el primer paso consiste en comunicar de forma inmediata tal circunstancia a los servicios de urgencia más próximos que cuenten con unidad de salud mental, donde se debe valorar un posible ingreso psiquiátrico o la necesidad de activar a un Equipo de Especialistas en Conductas Suicidas. En lo referente al apoyo a compañeros y familiares, se recogen las mismas medidas que en el caso de los suicidios consumados. La diferencia principal radica en la sustitución de la autopsia psicológica que se le realiza al finado, por una evaluación psicológica del superviviente y su posterior seguimiento.

2.6.3. Protocolo de actuación en emergencias psicológicas de los Mossos d'Esquadra (2018).

El cuerpo de policía autonómico de la Comunidad Autónoma de Cataluña define las conductas suicidas como parte de las emergencias psicológicas, y como tal las recoge en el protocolo habilitado para tal efecto por parte de su Servicio de Vigilancia de Salud Laboral. En los criterios para la aplicación de las actuaciones recogidas en esta herramienta, definen las situaciones de crisis habilitantes para la puesta en marcha: la muerte de un miembro de la policía autonómica; sufrir lesiones de gravedad; la muerte o lesiones graves de un tercero durante una intervención; el uso del arma de fuego o la exposición a una situación excepcional de carga emocional. Todas consideradas situaciones consideradas críticas. En la categoría anterior entrarían todas las conductas autolíticas, se haya producido o no la muerte. El plan incluye medidas grupales (sesiones de soporte psicológico y emocional en grupos) e individuales (sesiones de gestión del estrés, autocura y soporte psicológico). También se incluye el acompañamiento en la comunicación de malas noticias relacionadas con algún funcionario policial, el soporte psicológico a familiares en caso de muerte y el acompañamiento en sepelios y velatorios.

3. Discusión.

En el presente epígrafe se tratarán las diferentes incógnitas planteadas en la introducción del estudio realizado. La verosimilitud de las cifras o la presencia de

circunstancias propias o exclusivas del trabajo policial en la etiología o prevalencia del suicidio entre funcionarios de orden público, resultan esclarecedoras para acotar el problema en una dimensión más realista, alejada de intereses por ocultar o exagerar un fenómeno de consecuencias tan trágicas. No podría comenzar el análisis de la información sin destacar que la practica totalidad de los estudios y planes no cuentan con revisiones que comprueben los resultados o la influencia. Son escasos los programas de intervención que ha sido revisados y evaluados, siendo llamativo que en la mayoría de las informaciones aportadas por organismos públicos acerca de los cuerpos policiales, se omiten los intentos de suicidio y se limitan a facilitar cifras absolutas y tasas que afirman son similares a la población general. A pesar de la complejidad inherente a la diversidad humana, todas las conductas suicidas comparten un sufrimiento intenso, una incapacidad para hacer frente y la rendición a luchar o una desesperanza de tal magnitud, que la muerte se muestra como única solución (Echeburúa, 2015). La cuestión es si este triangulo del suicidio aparece con mayor frecuencia en las fuerzas y cuerpos de seguridad y si es debido a la idiosincrasia inalienable que acompaña a una labor tan específica y estresante.

3.1. Factores de riesgo y protectores.

¿Y si los policías no están expuestos a factores de riesgos propios? No se puede obviar que muchos otros funcionarios públicos comparten gran parte de las características del trabajo diario, como bomberos, médicos de urgencias, militares e incluso trabajadores de la seguridad privada. En estos casos no se ha constatado una excepcionalidad como se denuncia para las diferentes policías. El estrés, la rigidez de la organización o el trabajo nocturno, por poner algunos ejemplos, son parte indisoluble de la mayoría de los servicios de emergencias. La depresión y el alcoholismo están ligados al 90% de los suicidios (Ordoñez et al. 2012). Diferentes estudios realizados en el seno del Cuerpo Nacional de Policía sobre el abuso y la dependencia de sustancias en relación con los trastornos mentales (Cruz Moreno, 2017) evidenciaban un problema latente de difícil detección:

- El consumo de alcohol y las patologías psíquicas son los dos principales problemas de salud de los policías nacionales por su repercusión. El porcentaje

de consumo de alcohol es superior al de la población general, con especial incidencia en aquellos funcionarios con síntomas de ansiedad y depresión.

- Los policías nacionales usan el alcohol para el manejo del estrés y lidiar con situaciones críticas, circunstancias sociales, económicas, legales o familiares negativas (p.482-483).

De lo anterior se infiere que otros factores de riesgo de gran peso acompañan a los agentes. El hecho de recurrir al consumo de bebidas etílicas para afrontar un problema de salud mental o una situación difícil en otros ámbitos de su esfera privada y laboral, encajan en la rigidez cognitiva y un deficiente manejo de la inteligencia emocional. Los problemas familiares y el divorcio (Clayton, 2019) suman del lado de las circunstancias negativas o facilitadoras, y en este aspecto estudios en la policía noruega (Berg, 2003, citado en Cruz Moreno, 2017) confirman que entre los predictores más fiables se recogían el estado civil, la depresión y la ansiedad, estando motivados los casos más graves de ideación suicida por causas personales y familiares, que se identifican con tasas de divorcios y problemas maritales graves muy superiores a los encontrados en otros grupos profesionales (Calvé Pérez, 1992). La aparición del estrés, la ansiedad y la subsiguiente afectación al ámbito privado de los policías, podría tener su origen en un fenómeno que Curiel (1994) define como “endurecimiento personal”, el cual se da a largo plazo. El proceso para la transformación de la personalidad del policía iría desde los inicios de la carrera profesional, cuando la vocación de servicio está todavía intacta y la iniciativa predomina en los jóvenes agentes, hasta convivir de manera permanente con la frustración, la falta de recursos y el escaso apoyo social y de la propia institución pública. La autora suma la vivencia de situaciones dramáticas como catalizador de la aparición de una “coraza” que poco a poco provoca la transformación en personas indiferentes, despreocupadas y agotadas tanto física como psicológicamente. Curiel considera que el escudo emocional que interponen en su trabajo terminan trasladándolo a su vida familiar:

- 1º Aparición desequilibrio entre recursos individuales y organizativos.
- 2º El desequilibrio provoca respuestas emocionales perniciosas como la ansiedad, fatiga y aislamiento.

- 3º Cambia la actitud y el comportamiento como mecanismo de defensa, desembocando en muchas ocasiones en los trastornos psíquicos (Curiel, 1994, p.253).

Este proceso de transformación paulatino podría explicar que las mayores tasas de suicidios se encuentren en edades donde la carrera profesional esta muy desarrollada o cercana a la finalización (recordemos que solo el 7% de los policías que se quitan la vida son menores de 35 años, mientras que la franja de edad de los 35 a los 54 años aglutina al 75%). El trabajo policial, en vista de lo expuesto, actuaría como un estresor, un facilitador en la aparición de ese estado mental que sobrepasa a los funcionarios, que desprovistos de herramientas para lidiar con su quehacer diario, optan por el aislamiento que en muchos casos los lleva a presentar sentimientos de desesperanza, culpa, incompetencia u hostilidad, todos ellos recogidos entre los factores de riesgo (Clayton, 2019). El estigma es otra de las características comunes al suicidio como fenómeno global, pero en las instituciones policiales presenta particularidades que lo hacen un factor si cabe más peligroso. Cuando un policía decide dar el paso y afrontar que pudiera tener un problema de salud mental, la primera reacción en la mayoría de los casos, por parte de la institución, se materializa en la retirada del arma y la suspensión de funciones. A lo primero no cabe objeción, el uso del arma de dotación como método autolítico (70% del total) reúne todos los requisitos para considerar productiva la retirada. Las armas de fuego están dentro de los tres métodos mas utilizados en el mundo según la OMS y el acceso, junto con la pericia o los conocimientos en el uso son los dos parámetros que califican el riesgo como extremo, característica que cumplen todos los policías pertenecientes a cuerpos armados. En cuanto a la suspensión de funciones, ese automatismo por el cual se despoja de su capacidad para trabajar a una persona no hace sino socavar la imagen del funcionario que se ve señalado, estigmatizado respecto de sus compañeros que en muchos de los casos no serán informados de los motivos o lo serán de manera exagerada o simplista. No sólo ahonda en los sentimientos de culpa, incompetencia o desesperanza, sino que facilita la aparición de otros factores de riesgo como encontrarse sólo sin vigilancia o el aislamiento social. Resultaría más comprensible que se adaptara el puesto de trabajo y permaneciera dentro de su grupo habitual que

podrían observar alguna conducta relevante y ofrecer ayuda o dar la voz de alarma, en lugar de ofrecerle todo el tiempo del mundo y la soledad como solución. La eficacia mostrada por las líneas telefónicas de ayuda como factor protector, parece estar fuera de toda duda a la vista de los resultados obtenidos en diferentes planes, que remarcan la importancia de crear redes de apoyo que no sólo recojan las peticiones de ayuda, sino que sirvan de punto de información y posterior seguimiento de casos. Las campañas informativas y de concienciación de compañeros y familiares también se han mostrado eficaces en la detección e identificación de conductas e ideas suicidas. Esto último, si bien se recoge en la mayoría de los planes, en la policía española sigue siendo un tabú, no habiéndose generalizado este tipo de acciones por parte de la administración, que sí han encontrado en los sindicatos y asociaciones profesionales el eco y la repercusión necesaria, con charlas informativas, publicaciones y la creación de líneas telefónicas de ayuda. En el mismo plano del estigma, el consumo de antidepresivos o ansiolíticos se considera una circunstancia anómala que de seguro influirá en las condiciones psicofísicas a la hora de realizar su trabajo, extremo que contradice todas las recomendaciones de iniciar un tratamiento farmacológico sin demora en caso de ser necesario. Se debe facilitar el acceso a una pauta farmacológica y no suponer un problema para los funcionarios que temen ser suspendidos o repudiados por falta de información y los prejuicios ante las enfermedades mentales.

No toda la actividad policial se encuadra en los factores de riesgo, algunas de las características propias de los estamentos de seguridad pública están considerados factores protectores. En los individuales, la existencia de metas profesionales y un proyecto de vida se cumplen en la mayoría de las organizaciones, que tienen planes de promoción, formación y especialización junto a cada vez más políticas de racionalización de horarios y conciliación de la vida laboral y familiar. El empleo estable y digno también es una realidad, acompañada de unas remuneraciones razonables y la condición adquirida de funcionario de carrera, que garantiza un puesto de trabajo fijo. La herramienta sobre la que convergen multitud de estudios positivos acerca de su idoneidad y efectividad en el tratamiento y prevención de la conducta suicida es la inteligencia emocional. Ese equilibrio entre las emociones y el raciocinio que describe Goleman (1996, citado en Latorre, 2009), resulta complicado para los policías que se ven inmersos en un deterioro de su salud mental. El escudo emocional

mencionado que parece acompañar a una gran parte de los agentes evita el dominio que Goleman considera necesario para un buen devenir emocional. El gobierno de las emociones mediante el manejo adecuado de los pensamientos, la recuperación ante eventos negativos o la capacidad de lidiar con la presencia continua de ansiedad o la irritabilidad, no se cumple en cuanto el alcohol o el consumo de otras sustancias se constituye en un método de afrontamiento junto con sentimientos recurrentes de culpa, inutilidad y desesperanza, que llegan a afectar incluso en su vida más íntima.

Un estado de forma saludable mediante la práctica deportiva es contemplado por la casi totalidad de los diferentes planes de prevención presentados. La mejora en la salud psicofísica incluye importantes efectos positivos en el tratamiento y la prevención de la depresión. Escudero (2007) en un magnífico trabajo donde analiza la relación entre el ejercicio físico y la depresión, constata la interacción beneficiosa que supone para personas con estrés y depresión. Comienza enfatizando que la actividad física tiene una doble vertiente como factor protector y factor de riesgo cuando lo que predomina es su ausencia en forma de sedentarismo o inactividad. No sólo es importante implementarla como tratamiento o medida preventiva, también es necesario que su ausencia no se convierta en un factor de riesgo. La autora afirma que el ejercicio aeróbico ha mostrado un vínculo sólido con tres áreas:

- La reducción de la ansiedad y la depresión.
- Incremento de la autoestima.
- Mejora de la capacidad de afrontamiento del estrés psicosocial.

Escudero divide las respuestas del organismo que producen beneficios tras la actividad deportiva en tres ámbitos:

- Fisiológico: la producción de endorfinas produce una sensación placentera, de reducción del dolor, de bienestar.
- Psicológica: la distracción de eventos estresantes, capacidad de romper con el sentimiento pesimista.
- Filológica: la relajación muscular fruto del aumento de la temperatura corporal favorece la segregación de hormonas como la serotonina (p.23-24).

La actividad física moderada tendría influencia en varios factores de riesgo y protectores. Principalmente es adecuado evitar que un mal estado de forma o la inactividad agraven un problema mental o favorezcan la aparición. Por otro lado, actúa como mitigador de la ansiedad, el estrés y el pesimismo (factores de riesgo) e incrementa la autoestima y la sensación bienestar (factores protectores). El aumento de los niveles de serotonina entraría en los efectos protectores al influir en el control de las respuestas agresivas e impulsivas, y facilitar el buen funcionamiento de los sistemas compensatorios del cerebro que regulan la inhibición conductual (Vargas y Saavedra, 2012).

3.2. La disparidad en las cifras.

Atendiendo a los estudios de la OMS, la tasa estandarizada se sitúa en el 10,5 por cada 100.000, las regiones mas pobres del planeta sufren el 79% de los suicidios y la diferencia en la distribución respecto al sexo esta cercana a la igualdad, a diferencia de los países de nivel económico alto en los cuales la proporción es de 3 suicidios de hombres por cada mujer que acaba con su vida. En España la población general arroja una tasa aproximada de 7,5 por cada 100.000 y la proporción de muertes de hombres es de 3,5:1 respecto a las mujeres. En el mundo la franja de edad de los 15 a los 29 años aglutina el mayor número de conductas autolíticas, mientras que en España se amplía la franja entre los 29 y los 59 años. De los métodos más utilizados según la OMS, únicamente el ahorcamiento y el uso de armas de fuego aparece entre los más frecuentes en España, siendo el uso de pesticidas testimonial. En el ámbito exclusivamente nacional, las cifras desde el año 2005 se han mantenido estables (tasa entre 7 y 8,5), aproximadamente 3500 suicidios anuales, surgiendo un pequeño repunte en los años 2013 y 2014 en los que se alcanzaron los 3800 suicidios por año. La distribución por sexos tampoco ha variado en el mismo periodo. Las estadísticas de defunciones policiales a causa del suicidio son dispares y difícilmente extrapolables. Lo que, si coinciden en señalar diferentes investigadores es la mayor frecuencia respecto de otras profesiones, colocando en el triple respecto de la población general la tasa de suicidios en la policía (Brasil y Colombia). Pertenecer a las escalas inferiores, ser de raza blanca o trabajar en departamentos pequeños con pocos recursos, multiplica las posibilidades de presentar ideación o conductas suicidas. En el lado opuesto,

estudios estiman tasas similares a la de la población general (Nueva Gales, Alemania, Austria, Portugal) o incluso inferiores (Noruega y Nueva York). Bistuer (2020) reconoce la imposibilidad de establecer una tasa representativa al coexistir infinidad de modelos policiales y métodos de recogida de datos. En lo referente a la policía española, los datos facilitados por el Gobierno resultan engañosos por tratarse de frecuencias absolutas que obvian la fluctuación en el número de efectivos. Es necesario calcular las tasas para obtener una información mas representativa. En el año 2002 la tasa fue de 27,9 por cada 100.000 efectivos (suma de Guardia Civil y Policía nacional), el año 2011 alcanzó el 8,3 y el en año 2019 el 12,9. En la comparativa con la población general, los suicidios de miembros de las cuerpos y fuerzas estatales presentan tasas superiores, pero salvo años concretos, en ningún caso alcanzan a triplicar la de los primeros. ¿Qué ocurre cuando introducimos a las policías autonómicas y municipales?, para ese cometido es necesario acudir a fuentes ajenas a la administración pública, siendo las estadísticas más fiables las de las diferentes asociaciones relacionadas con la prevención del suicido en el ámbito policial. En sus datos, la media sube a 30 agentes muertos al año para un colectivo de 233.000 personas, que se traduce en una tasa de 12,8 por cada 100.000 agentes del orden. Algunas de estas asociaciones consideran la tasa superior, en el entorno del 16 al 17 por cada 100.000. No es posible tomar como validas ninguna de estas cifras desechando el resto, ya sea por incompletas o por no dar lugar a una comparativa real con la población general, de la que se disponen ingentes cantidades de datos, mientras que los referentes a la policía son muy escasos o incluso inexistentes como en la mayoría de las policías locales. La sobre representación de los hombres, la ausencia de las franjas de edad anteriores a los 18 años y posteriores a los 65 y la no inclusión de los jubilados por alcanzar la edad legal o los que los son forzosamente por circunstancias sobrevenidas sin haber alcanzado la edad, impiden una afirmación categórica o asunción como validas de las afirmaciones que indican tasas muy superiores en la policía respecto del resto de la ciudadanía, pero si una mayor incidencia.

4. Análisis crítico y propuesta de mejora del plan de prevención del suicidio del Cuerpo Nacional de policía.

Para evaluar la idoneidad del reciente plan de prevención aprobado en la Dirección General de la Policía, resulta imprescindible comprobar si incide de manera eficaz en los factores de riesgo, potencia los factores protectores e incluye aquellas medidas que se han mostrado eficaces en otros planes, tanto en la población general como en un cuerpo policial en concreto.

4.1. Análisis crítico.

¿Abarca las dos fases anteriores a la realización del acto suicida, la aparición del deseo y la ideación? La detección temprana y la posterior intervención se convierten en los objetivos de carácter urgente, reconociendo el papel etiológico de las dificultades emocionales. En la tabla 7 se recogen los tres objetivos con sus correspondientes acciones para la detección temprana y la posterior intervención con equipos y recursos extraordinarios para situaciones críticas. La incorporación de la vigilancia de la salud mental a los reconocimientos médicos periódicos (test psicológicos), la revisión retrospectiva de las bajas médicas anteriores a la implementación del plan y el establecimiento de protocolos específicos para situaciones de gran estrés emocional (grandes catástrofes, uso del arma, muerte de un compañero o ciudadano en una intervención, trabajo continuo de las especialidades más expuestas) , cimentan una buena respuesta encaminada a la detección y posterior intervención cuando la prevención no sea suficiente. ¿La prevención primaria observa los factores de riesgo y protectores presentes en los funcionarios? El suicidio se produce cuando un sufrimiento desborda los recursos de la persona que no ve otra salida más que la muerte. Una enfermedad mental previa, la depresión, la ansiedad y el alcoholismo forman el grupo de factores de riesgo predictores que se manifiestan en el 90% de los suicidios. La prevención primaria (tabla 6) recoge campañas específicas sobre la salud mental y la gestión de estrés, el fomento de un buen ambiente de trabajo, resolución de conflictos, cursos para la identificación, incorporación de cuestionarios de detección desde los procesos de ingreso, formación de los mandos en reconocimiento del estrés, la mejora de la resiliencia con programas de autorregulación emocional y de adquisición de recursos personales. El plan no habla de la depresión y

la ansiedad que las incluye en la prevención general junto con el estrés, no haciendo alusión directa al consumo de alcohol u otras sustancias, que de manera genérica habla del fomento de hábitos de vida saludables. Sin embargo, sí incluye la incorporación de nuevas herramientas en los funcionarios para el afrontamiento de las situaciones emocionales negativas (rigidez cognitiva, pesimismo, desesperanza, falta de autoestima) que le presten alternativas y le alejen de esa solución única. Los problemas familiares (divorcios, ausencias prolongadas del hogar, falta de apoyo de la familia) tienen su acción en la promoción de políticas de conciliación de la vida laboral y familiar. La batalla contra el tabú y los prejuicios, que se han mostrado perniciosos, se da con la proliferación de la información mediante medios diversos como páginas web, cursos monográficos y formación en el ingreso y la promoción, señalando la concienciación y la evitación del estigma para entre otras cosas que se eliminen las reticencias a recibir tratamiento psicológico y farmacológico. En muchos casos estos tratamientos se llevaban en secreto por miedo a las represalias (la suspensión era una de las medidas inmediatas y automáticas), que los llevaba a interrumpir la pauta de medicamentos, siendo el abandono de la medicación (en concreto los antidepresivos) un factor de riesgo. Entre los factores protectores que el plan potencia, sobresale el intento de mejorar las capacidades cognitivas mediante la inteligencia emocional y la resiliencia para el afrontamiento del estrés, la promoción de un adecuado ambiente de trabajo y por ende un buen ambiente familiar mediante la conciliación de ambos, el fomento de una buena relación entre iguales y entre subordinados y mandos. Una adecuada nutrición y hábitos de vida saludables, son objetivos que el plan pretende cumplir mediante el fomento de la salud integral que incluye el deporte, pero sin mencionar las acciones concretas que deberían primar por encima de otras de carácter organizativo, al ser cierto que el sedentarismo o la falta de actividad física es un factor de riesgo que puede revertirse y convertirse en un factor de prevención por sus múltiples beneficios tanto a nivel emocional (autoestima y mejora del ánimo) como en la bioquímica del cuerpo (regulación de serotonina). ¿Están presentes medidas para los factores de riesgo inherentes a las organizaciones policiales? El plan reconoce la necesidad de realizar cambios organizativos para la reducción del estrés (obviando de nuevo aludir a la depresión), con una revisión del protocolo contra el acoso laboral (recordar que un 46% de las bajas laborales, en la Guardia Civil, las produce el estrés

laboral y en un 20% están presentes situaciones de acoso), sin hablar de la racionalización de horarios o una mayor compensación por el trabajo nocturno que quedan subsumidos en la mejora de conciliación. Es de recibo subrayar, que admiten el ocultamiento y las reticencias a abordar el problema existente hasta el momento y la más que necesaria solicitud de ayuda a organismos externos a la policía que pueden complementar los recursos o hacer frente a casos complejos que desborden las capacidades y la experiencia de los servicios de prevención. Para gente ajena al funcionamiento de un cuerpo o fuerza policial, puede resultar baladí lo anterior, pero, por el contrario, es un paso significativo el reconocer la existencia de un problema interno y la aceptación de ayuda de una organización distinta. ¿Qué ha funcionado en otros planes? en la siguiente tabla resumen, se muestran las medidas que son recurrentes o han mostrado una eficacia suficiente, comparando con el plan de prevención de la Policía Nacional para corroborar que han sido incluidas (tabla 5):

Tabla 5

Comparativa de Planes de Prevención Generales con el Plan de Prevención de la Salud Mental de la Dirección General de la Policía

ACCIONES PLANES GENERALES Y POLICIALES	PLAN DE PREVENCIÓN POLICÍA NACIONAL
Restricción del acceso al medio letal/ retirada inmediata	SÍ. Esta medida ya se contemplaba con anterioridad a la implantación del plan
Uso de test específicos de detección de la depresión	NO. se incorporan test de detección de alteraciones de índole psicológica sin especificar las herramientas y su ámbito de detección.
Tratamiento depresión y el alcoholismo	NO. únicamente se contempla la promoción de buenos hábitos nutricionales sin mencionar el abuso de drogas o alcohol. El estrés es objeto de diferentes medidas (gestión, acoso, conciliación, autorregulación emocional), pero no así la depresión.
Concienciación e información veraz. Estadística/homologación recogida	SÍ. Campañas informativas, páginas web, revisión anual de los datos y estandarización de la estadística.
Desmitificar / eliminar tabú	SÍ. Desmitificación de las consecuencias negativas de una baja psicológica

Apoyo/seguimiento a supervivientes (telefónico y presencial). Ayuda telefónica/telemática	SÍ. Creación de un formulario de contacto, una línea telefónica gratuita y confidencial, ayuda psicológica urgente y permanente presencial y telefónica.
Promoción salud mental	SÍ. Diferentes programas de promoción integral de la salud, incluyendo la salud mental
Formación de los funcionarios en detección	SÍ. Con especial énfasis en los tutores y profesores de los alumnos en prácticas. También cursos monográficos e inclusión de materias formativas específicas en los procesos de ingreso y en los de ascenso o acceso a las especialidades.
Atención específica colectivos vulnerables	NO. Sólo en situaciones críticas y en funcionarios de especialidades o puestos de trabajo expuestos a estrés emocional alto, constante. Son las situaciones o los puestos de trabajo, no las personas por su perfil concreto.
Equipos multidisciplinares	SÍ. Se expresa incluso la posibilidad de contar con recursos ajenos.
Circuito asistencial	SÍ. Diseño de un procedimiento técnico operativo, equipos de apoyo.
Intervenciones grupales	NO. El documento no alude a intervenciones grupales, únicamente individuales.
Desarrollo habilidades afrontamiento del suicidio	SÍ. Mejora de la resiliencia, autorregulación, gestión del estrés, adquisición de recursos personales y de afrontamiento de los problemas.
Promoción de la actividad deportiva	SÍ. Dentro de la promoción de buenos hábitos y estilo de vida saludable, se incluye la actividad física y la nutrición.

Nota. Fuentes: OMS, EUROGENAS, OSPI, MOSUE, PPSC, PII, Ansea y Ancinas (2014), Cebrian et al (2013), PPSM.

La depresión y el alcoholismo no se nombran directamente, en un ejercicio de doble moral. Por un lado, se aboga por acabar con los tabús, los estigmas e incorporar al debate información veraz, y por el otro, dos factores que están presentes en un porcentaje altísimo de los suicidios y que en la Policía Nacional tiene una incidencia superior a la población general, quedan diluidos en una categoría general (alteraciones psicológicas). A consecuencia de esto, no se detallan acciones específicas contra la

depresión y el alcoholismo, como si ocurre con el estrés, del que parece se quiere mostrar como el origen común de gran parte de los factores de riesgo. Un aspecto no menos controvertido, es la no formalización de planes de intervención específico sobre un perfil personal, en lugar de situaciones o puestos de trabajo. Si la mayoría de las muertes se dan en hombres, con varios años de experiencia profesional (el rango de edad entre los 35 y los 44 años se acumulan el 46% de las muertes) y pertenecientes a la escala básica, cabe pensar que este colectivo concreto debería ser objeto de una intervención propia. Incluso podría añadirse al perfil variantes como llevar muchos años desempeñando el trabajo por la noche, un pobre estado físico o haber manifestado problemas de conducta en el servicio o con los ciudadanos, compañeros y superiores jerárquicos.

4.2. propuesta de mejora del plan de prevención del suicidio del Cuerpo Nacional de Policía.

A pesar de lo ambicioso y extenso del plan, es razonable cuestionar algunas de las medidas y proponer algunas mejoras o incorporaciones que pudieran aumentar su efectividad:

Puesta en marcha de un Plan Nacional de Prevención en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. Es contradictorio que se hable de un problema global que afecta a todos los policías en el mundo, y las acciones preventivas estén atomizadas en diferentes planes que en el peor de los casos son inexistentes, como ocurre en las policías locales. Las organizaciones pequeñas tienen menos recursos y sería una forma de garantizar una asistencia igualitaria. Del mismo modo se estandarizarían la recogida de datos, las intervenciones y las evaluaciones, permitiendo un estudio del fenómeno más efectivo y real.

Planes específicos del tratamiento, la detección y la prevención de la depresión y el alcoholismo. Sí se quiere romper con los tabús, debe empezarse por nombrar las cosas por su nombre, por fomentar el conocimiento de la enfermedad, las causas y las soluciones, incluidos los tratamientos farmacológicos con antidepresivos. El alcoholismo no sólo debe ser castigado en el régimen disciplinario, debe prevenirse mediante campañas de concienciación y visibilización, controles de alcoholemia

aleatorios durante la jornada laboral y la oferta de planes y programa de ayuda y deshabituación que, salvo casos muy graves, no contemple la suspensión.

Atención en el Sistema Nacional de Salud en casos donde el estrés laboral o el acoso estén presentes. En aquellas situaciones donde el trabajo o la organización policial sea la principal fuente del problema, o se haya producido acoso laboral, es necesario que el funcionario sea atendido en una entidad ajena, neutral, donde pueda expresarse en libertad sin temor a represalias o el estigma de los compañeros.

Intervenciones específicas en detección y prevención en el perfil de riesgo. No está pertenecer a una especialidad o las situaciones críticas emocionales entre los factores determinantes o con mayor presencia en los suicidios, sin ser esto óbice para que se incluyan en las intervenciones específicas. Los problemas económicos y familiares subyacen de manera mucho más constante y numerosa en las conductas suicidas, siendo estos aspectos los que deberían merecer especial atención, circunscrito al perfil de riesgo resultante del presente estudio (varón, entre 35 y 44 años y perteneciente a la escala básica).

Creación de un catálogo de puestos de trabajo para funcionarios que presenten enfermedades mentales no incapacitantes. Una vez detectada la alteración psicológica, la retirada del arma no admite controversia, siendo una de las principales recomendaciones en todos los planes. Caso distinto es la suspensión de funciones, que en el caso de personas que resultaran aptas para realizar otras tareas dentro de la policía, resulta contraproducente e incluso peligrosa. La separación del servicio de una persona que se ha visto desbordada y solicita ayuda, no hace sino ahondar en los sentimientos de culpa, de inutilidad, el pesimismo o el bajo autoconcepto. También lo aísla de su grupo de pares y lo etiqueta como no apto para un trabajo que en la mayoría de los casos lleva desempeñando varias décadas. La legislación laboral española ya incluye la adaptación del puesto de trabajo en colectivos vulnerables como las madres gestantes, los menores, los discapacitados o personas de avanzada edad.

5. Conclusiones.

PRIMERA. El fenómeno del suicidio en España no difiere de manera excepcional comparándolo con los datos a nivel mundial y europeo. La tasa por cada 100.000 es ligeramente inferior a la tasa mundial y muy alejada de los países europeos con mayor incidencia. Que el uso de un arma de fuego no esté entre los métodos letales más utilizados es debido a la legislación extraordinariamente restrictiva que regula la tenencia. La elección testimonial de plaguicidas se explica por el acceso generalizado a medicamentos y drogas que sustituyen al primero, que es un método que implica en muchos casos sufrimientos y dolores antes de la muerte.

SEGUNDA. No es posible establecer un perfil de policía que se suicida por las variaciones entre países y la heterogeneidad de los departamentos de policía. En España, un perfil aproximado incluiría a los varones, entre 35 y 44 años, pertenecientes a la escala básica, con problemas socioeconómicos y familiares, depresión o ansiedad, abuso de drogas o alcohol y elección del arma de fuego como método letal (la disponibilidad, la pericia en el manejo y los antecedentes de uso por allegados, se cumplen en todos los policías).

TERCERA. Tampoco puedo afirmar que la tasa de suicidios en la policía triplique a la de la población general. Los estudios en policías extranjeras arrojan resultados dispares (tasas iguales, superiores e inferiores), mientras que en España la tasa se sitúa en el 12,8 por cada 100.000, cerca de la media mundial (10,5) y ligeramente superior a la española (7-8,5). Incluso esta incidencia superior podría deberse a la sobre representación que tienen los hombres en la policía, al igual que en la franja de edad que acumulan mayor frecuencia absoluta (de 35 a 59 años).

CUARTA. Que la tasa no triplique la de la población general no quiere decir que no exista un problema. Sigue siendo superior en un colectivo que se supone debiera tener una estabilidad emocional superior y una preparación específica para el afrontamiento del estrés. No sólo no es cierto que los policías tengan herramientas para la realización de un trabajo que enfrenta de manera constante a los funcionarios con situaciones emocionalmente impactantes, sino que en muchos casos sufren un proceso que les hace adquirir un rigidez cognitiva y unos sentimientos pesimistas de manera paulatina, lo que explicaría que el mayor número de suicidios se produzcan en personas

con bastantes años de experiencia, en contraposición a la poca incidencia que tiene en los menores de 35 años.

QUINTA. El estrés y el proceso de endurecimiento personal no son suficientes para que afirme que ser policía es un determinante para la aparición de conductas suicidas, pero sí es cierto que el trabajo y las características de las organizaciones policiales incluyen además otros factores de riesgo como el tabú, el estigma, la exposición a situaciones traumáticas o la falta de conciliación de la vida familiar y laboral. Obviamente, la depresión, el consumo de alcohol y los problemas socioeconómicos y familiares, factores de riesgo comunes con la población general, tienen una mayor incidencia en los policías españoles por lo que sí considero que pertenecer a un cuerpo o fuerza de orden público, es un factor de riesgo añadido. Otro indicio de que el trabajo de policía tiene características propias que pueden influir en la aparición de conductas autolíticas, es que comparten muchos aspectos con otros servicios de emergencias, como sanitarios y bomberos, que sin embargo no parecen tener un problema de la misma magnitud.

SEXTA. Lo que difiere en los policías respecto del resto de funcionarios públicos que comparten un perfil de exposición a factores de riesgo como el estrés, el afrontamiento de situaciones con fuerte carga emocional, el trabajo a turnos, la rigidez de la organización o la dificultad de conciliar la vida familiar con la laboral, es la menor incidencia de las enfermedades mentales o el abuso del alcohol y el acceso a tratamiento farmacológico y psicológico sin miedo a las consecuencias negativas, que sí tiene un policía que en caso de admitir necesitar ayuda, se ve separado del servicio, etiquetado como “no valido”. Por lo tanto, el estigma, con sus consecuencias negativas inmediatas, y el tabú que acompaña a una profesión en la que se presuponen una dureza mental y una resiliencia excepcionales, influye, para que en muchos casos donde los funcionarios se ven sobrepasados en su capacidad de afrontamiento, tengan reticencias en admitir la necesidad de tratamiento y teman las consecuencias que conlleva.

SÉPTIMA. El acceso a uno de los medios letales más usados en el mundo, del que además se tiene pericia en el manejo y el conocimiento de la efectividad en el uso por parte de otros compañeros que han llevado a cabo un suicidio con el arma de dotación u otra particular, es un factor de riesgo de una importancia que no admite

dudas. No se puede olvidar que en caso de que un policía decida acabar con su vida, son sus propios compañeros los que custodiarán el cadáver, comunicarán el deceso a la familia, requisarán sus objetos y llevarán a cabo la correspondiente investigación, teniendo completo acceso a información muy completa sobre planes e ideaciones suicidas que han tenido éxito. El acceso al medio letal, la pericia en el manejo y el conocimiento de antecedentes de uso en suicidios consumados, junto que no deja de ser un mecanismo efectivo, rápido e indoloro en la mayoría de los casos, podría tener influencia en la decisión final de quitarse la vida. En el suicidio por balance, tener un arma disponible hace que sea una cosa menos de la que tengan que preocuparse en la planificación, mientras que en un suicidio por cortocircuito tiene a mano una herramienta muy efectiva, a diferencia de la inmensa mayoría de personas.

OCTAVA. En el Estado Español, no existe un compromiso con la prevención del suicidio. Los diferentes planes se diluyen en escalones territoriales donde las Comunidades Autónomas, y en muchos casos los ayuntamientos, implementan herramientas de manera heterogénea, dejando fuera a una parte de la población. Es muy significativo que no exista un plan específico para un tipo de mortalidad que supera con creces las muertes en accidente de tráfico, accidentes laborales o la violencia de género, merecedores todos estos de una atención e inversión económica excepcional. En la policía española se replica este fenómeno, los diferentes cuerpos y fuerzas tienen planes propios, compartidos con otros funcionarios o no cuentan con ningún tipo de programa de prevención, como ocurre con las policías locales. No resulta comprensible que no exista un plan nacional para la población general y tampoco que no exista un plan que abarque a todos los funcionarios de orden público, con independencia de la organización a la que pertenezcan. La salud mental de los policías nunca ha sido una prioridad, circunscribiéndose a cuestiones fisiológicas la vigilancia de la salud.

NOVENA. El plan de prevención aprobado por la Dirección General de la Policía es muy ambicioso y coloca en la misma posición la salud mental que la salud física. No obstante nace con algunas carencias: la depresión y el alcoholismo no son nombrados ni son objeto de una atención especial, quedando diluidos en el estrés y en la promoción de hábitos saludables, lo que impide que desaparezca del todo el tabú;

los casos en los que exista acoso laboral o el origen sean factores ligados al trabajo, deberían ser automáticamente derivados a una instancia ajena como el sistema nacional de salud; no contiene un perfil de riesgo acertado, un determinado puesto de trabajo, pertenecer a una especialidad o vivir con ocasión del servicio un situación de fuerte impacto emocional han sido objeto de planes de intervención y prevención especiales, desentendiéndose por completo de los factores personales que se han demostrado recurrentes. Es necesario que se ponga en marcha acciones específicas en los funcionarios en edades comprendidas entre los 35 y los 44 años, varones y pertenecientes a la escala básica. No es comprensible ignorar que la estadística indica que casi el 50% de las muertes se producirán en policías incluidos en estas categorías.

DÉCIMA. Todos los planes de prevención de la conducta suicida en el ámbito de las organizaciones policiales, deberían incluir, por su eficacia demostrada: acciones de concienciación e información de todos los componentes de la plantilla y de sus familias; la formación de mandos y subordinados en la detección de la conducta e ideación suicida; la erradicación de los estigmas y los tabús acerca de las enfermedades mentales; programas de reducción del estrés y mejora del ambiente de trabajo; programas de mejora de la conciliación de la vida familiar y laboral; planes específicos en la detección y prevención de la depresión y promoción de hábitos de vida saludables que incluyan la nutrición y la actividad física. En suma a los anteriores, tres factores sobresalen del resto por su influencia en la prevención: la intervención urgente, el apoyo inmediato y el posterior seguimiento; la puesta en marcha de ayuda telefónica permanente, gratuita y anónima, que incluya también un seguimiento del caso a posteriori; y la retirada inmediata de todas las armas de fuego a las que se tenga acceso.

6. Bibliografía.

Referencias bibliográficas.

- Angoso, A., Cela, A., Carro, R., Otín, J.M. *Policía Científica I*. Solo Soluciones S.L. 160-168.
- Anseán, A., & Acinas, M. P. A. (2014). *Suicidios: Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental España. 27-32
- Barbería, E., Xifró, A., Suelves, J. M., & Arimany-Manso, J. (2014). *La proyección social y sanitaria de los institutos de medicina legal en España: más allá de la justicia*. *Medicina Clinica*, 142,5-11.
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S002577531470065X?token=011248364DD09BDF7358511927914A65C87D5A7E12E1CD7DACF5F74F1BCE8D08A84FBB167CF7A532CE71F35659D07A40>
- Bejarano, Y. R. C., Gómez, M. A. O., Ariza, C. A. L., Prieto, B. L. A., & Espinosa, N. M. V. (2012). *Estado de salud de una muestra de policías y su relación con variables policiales*. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 8(1), 53-71. <https://www.redalyc.org/pdf/679/67923973004.pdf>
- Bonilla, A. R. (2013). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Editorial Desclée de Brouwer. 128-134.
- Buendía, J., Vidal, J. B., & Riquelme, A. (2004). *El suicidio en adolescentes: factores implicados en el comportamiento suicida*. EDITUM.
- Calvé Pérez, A. (1992) *Factores de riesgo de morbilidad psiquiátrica en un grupo profesional sometido a factores estresantes*. Madrid, Universidad Autónoma.
- Cañadas, E. V. (2018). *Gisbert Calabuig. Medicina Legal Y Toxicológica*. Elsevier.
- Cebrià, A. I., Parra, I., Pàmias, M., Escayola, A., García-Parés, G., Puntí, J., ... & Palao, D. J. (2013). *Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population*. *Journal of affective disorders*, 147(1-3), 269-276.
- Colorado, Y. S. (2012). *La inteligencia emocional como factor protector ante el suicidio en adolescentes*. *Revista de psicología GEPU*, 3(1),182-200.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3982396>
- Corona Miranda, B., Hernández Sánchez, M., & García Pérez, R. M. (2016). *Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores*. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 8.
<http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v15n1/rhcm11116.pdf>
- Cruz Moreno, M. C. (2017). *Estudio de la incapacidad laboral en funcionarios civiles del estado y trastorno mental*. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/43884/>

- Curiel, C. B. (1994). *Una aproximación a las enfermedades profesionales del policía*. Cuadernos de trabajo social, (7), 251.
- Díaz, M., Conlledo, G., & Burusco, M. S. B. (2012). *Participación en el suicidio y eutanasia: esbozo del tratamiento penal en España*. *Nuevo Foro Penal*, (79), 115-152.
- De la Serna, J.M. (2021). *Errores Habituales en los Planes de Prevención del Suicidio en la Policía*. En J.M. De la Serna, *Suicidio Policial: Guía para una Prevención Eficaz*. Montefranco: Tekttime, 243-288.
- Echeburúa, E. (2015). *Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica*. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Escudero, P. M. (2007). *Ejercicio físico y depresión*.
https://www.researchgate.net/profile/PilarMartinEscudero/publication/268486363_Ejercicio_fisico_y_Depresion_Beneficios_del_ejercicio_fisico_en_la_prevencion_y_tratamiento_de_la_depresion/links/546c7a900cf2c4819f2072cb/Ejercicio-fisico-y-Depresion-Beneficios-del-ejercicio-fisico-en-la-prevencion-y-tratamiento-de-la-depresion.pdf
- García-Plablos de Molina, A. *Criminología I*. Solo Soluciones S.L. 138-140.
- Graham, J. E. (2000). *Suicidios colectivos rituales: un análisis interdisciplinario*. *CIENCIA Ergo-Sum, Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva*, 7(1). <https://www.redalyc.org/pdf/104/10401708.pdf>.
- Guerrero Díaz. M. (2019). *Reflexiones sobre el suicidio desde una mirada histórica*. *Boletín Piscoevidencias* n°55, 1. <https://www.piscoevidencias.es/contenidos-piscoevidencias/articulos-de-opinion/89-reflexiones-sobre-el-suicidio-desde-la-mirada-historica/file>
- Larín, S. S., Medina, R. S., & Alfaro, A. C. (2019). *Métodos y sustancias empleados en la conducta suicida en adolescentes*. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(4), 1-14.
- Llorcá Ramón, G. (2009). *Psiquiatría Forense*. Solo Soluciones S.L. 174-175.
- López Steinmetz, L. C. (2017). *Coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas: un enfoque psicoanalítico y epidemiológico*. 1-35.
https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/78794/CONICET_Digital_Nro.b6adf0f9-cfda-44c7-a08f-449cd662d6fd_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- López Latorre, MJ. (2009). *Psicología de la delincuencia*. Solo Soluciones S.L. 80-88
- Méndez Rodríguez, C., Pérez Álvarez, F., Zúñiga Rodríguez, L., Díaz Cortés, LM. (2009) *Derecho Penal: parte especial*. Solo Soluciones S.L. 54-63

- Mishara, B. L., & Martin, N. (2012). *Effects of a comprehensive police suicide prevention program. Crisis.*
- Moron, P. (1987). *El Suicidio* (Vol. 11). Publicaciones Cruz O., SA.
- Muñiz Fernández, C., Muñoz Garrido, R., Salvat Puig, J., Vicente Gonzalez, S. (2009). *Medicina Legal*. Solo Soluciones S.L. 350-364.
- Navarro-Gómez, N. (2017). *El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles.* Clínica y Salud, 28(1), 25-31. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.002>
- Nizama Valladolid, M. (2011). Suicidio. *Rev. peru. epidemiol.(Online)*, 1-5. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-658543>
- Ordoñez, J. B. G., de Figueroa, A. B., Gómez, P. A. G., Ortega, Y. D. R., Arenas, G. B., Laiton, L. N. P., & Ariza, E. A. G. (2012). *Incidencia de los antecedentes de funcionalidad familiar, consumo de sustancias psicoactivas y enfermedad mental frente al intento de suicidio.* *Revista ciencia y cuidado*, 9(2), 36-42.
- Organización Mundial de la Salud (2018): *Global Health Estimates 2016: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra
- Pérez Barrero, S. A. (1999). *El suicidio, comportamiento y prevención.* *Revista cubana de medicina general integral*, 15(2), 196-217. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n2/mgi13299.pdf>
- Reijas, T., Ferrer, E., González, A., & Iglesias, F. (2013). *Evaluación de un Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida.* *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(5).
- Ribot Reyes, V. D. L. C., Alfonso Romero, M., Arteaga, M. E. R., & Castillo, A. G. (2012). *Suicidio en el adulto mayor.* *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11(S5), 699-708.
- Sánchez, L. A., Castillo, A. L., Obando, D. M. M.; Barrera, J.A.M; Corredor, W.H.M; Montoya, C.E.; Becerra, L.D.A (2017). *Factores psicosociales y laborales vinculados con la salud mental en personal policial de Colombia.* P-5.
- Sastoque Riveros, E. A. (2020). *Factores de riesgos desencadenantes en conductas suicidadas, en policías del CAI Tres Reyes, de la localidad de Ciudad Bolívar en la ciudad de Bogotá.*
- Stanley, I. H., Hom, M. A., & Joiner, T. E. (2016). *A systematic review of suicidal thoughts and behaviors among police officers, firefighters, EMTs, and paramedics.* *Clinical psychology review*, 44, 25-44.
- Tejedor, C., Díaz, A., Faus, G., Pérez, V., & Solà, I. (2011). *Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample e Barcelona.* *Actas Españolas de psiquiatría*, 39(5).

- Vargas, H. B., & Saavedra, J. E. (2012). *Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes*. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 75(1), 19-19.
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/1539/1567>
- Vélez, Y. D., Lorenzo-Luaces, L., & Rosselló, J. (2016). *Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, autoconcepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as*. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23(2), 1-16.
<http://www.ojs.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/204/204>

Legislación consultada

- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre (1995). Boletín Oficial del Estado, 281, sec I. disposiciones generales, de 24 noviembre de 1995, 33987 a 34058.
<https://www.boe.es/eli/es/lo/1995/11/23/10>.
- Ley 9/1968, de 5 de abril (1968). Boletín Oficial del Estado, 84, sec I disposiciones generales, de 6 de abril de 1968, 5197 a 5199. <https://www.boe.es/eli/es/l/1968/04/05/9/con>.
- Resolución de 05 de noviembre (2020). Dirección General de la Policía. Publicación del Plan de Promoción de la Salud Mental Y Prevención de la Conducta Suicida en la Dirección General de la Policía. Recuperado:
https://www.sup.es/sites/default/files//pdf/PLAN_PROMOCION_DE_SALUD_MENTAL_Y_PREVENCIÓN_DE_LA_CONDUCTA_SUICIDA_11_11_2020_0.pdf

Recursos procedentes de internet

- Bistuer. R-F.M (2020, agosto). Tema a debate: *el suicidio en los cuerpos policiales*.
<http://papageno.es/tag/el-suicidio-entre-ffccssee>
- Clayton. J.P (2020, diciembre). *Conducta Suicida. Manual MSD, versión para profesionales*. Recuperado:
https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/conducta-suicida-y-autoagresi%C3%B3n/conducta-suicida#v1605789_es
- Sindicato Unificado de Policía (2018). *Primera jornada de prevención del suicidio en el ámbito policial*. www.sup.es. Recuperado: https://www.sup.es/sites/default/files//zona-publica/actualidad/memoria_1a_jornada_suicidio.pdf

7. Anexos.

ANEXO I

DISTRIBUCIÓN DE LOS SUICIDIOS POR SEXO Y MEDIO EMPLEADO (AÑO 2019)

Envenenamiento: suicidios por medio empleado por 1.000 suicidios

Agente causante	Hombres	Mujeres
analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos	0,82	1,09
drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas	7,90	6,27
narcóticos y psicodislépticos, no clasificados en otra parte	3,81	0,82
otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo	0,82	0,27
otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados	34,87	31,60
alcohol	0,82	1,91
disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores	0,82	0,54
otros gases y vapores	14,17	1,91
plaguicidas	1,36	0,00
otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados	12,53	7,08

Lesión autoinfligida: suicidios por medio empleado por 1.000 suicidios

Método utilizado	Hombres	Mujeres
ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	377,83	73,55
ahogamiento y sumersión	19,34	11,71
disparo de arma corta	6,54	0,00
disparo de rifle, escopeta y arma larga	12,26	0,54
disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas	22,34	0,82
material explosivo	0,27	0,00
humo, fuego y llamas	0,82	0,82
vapor de agua, otros vapores y objetos calientes	0,27	0,00
objeto cortante	21,25	3,00
objeto romo o sin filo	0,00	0,00
saltar desde un lugar elevado	171,62	86,08
arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento	11,99	4,63
colisión de vehículo de motor	5,45	0,82
otros medios especificados	3,27	1,36
medios no especificados	23,70	10,35

Fuente : INE (Instituto Nacional de Estadística)

ANEXO II



RESPUESTA DEL GOBIERNO

(184) PREGUNTA ESCRITA CONGRESO

184/22215 y 184/22216

11/09/2020

53291 y 53292

AUTOR/A: INARRITU GARCÍA, Jon (GEHB)

RESPUESTA:

En el siguiente cuadro se recogen los datos relativos al número de suicidios en los últimos 20 años en la Guardia Civil y en la Policía Nacional:

AÑO	GUARDIA CIVIL	POLICIA NACIONAL
2001	11	8
2002	21	12
2003	8	9
2004	13	3
2005	20	4
2006	11	6
2007	8	11
2008	18	6
2009	11	8
2010	14	6
2011	7	6
2012	12	9
2013	9	10
2014	12	9
2015	8	11
2016	12	10
2017	15	13
2018	10	7
2019	9	10
2020	6	2

Respecto a las distintas circunstancias de los suicidios, se significa que a estos datos pudieran serles de aplicación las cautelas recogidas en la Resolución de la Presidencia del Congreso de los Diputados sobre Secretos Oficiales, de 11 de mayo de 2004, al encontrarse

los mismos clasificados como materia "Reservada" con arreglo a lo dispuesto en el Acuerdo del Consejo de Ministros de 28 de noviembre de 1986, por la que se clasifican determinados asuntos y materias con arreglo a la Ley de Secretos Oficiales, ampliado por Acuerdos del Consejo de Ministros de 17 de marzo y 29 de julio de 1994, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 4 de la Ley de Secretos Oficiales, de 5 de abril de 1968, modificada por la Ley 48/1978, de 7 de octubre.

Madrid, 15 de octubre de 2020