

**UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ**

# Prevención de Riesgos Laborales. El Suicidio

---

**Juan Manuel NEIRA VILLAR**



**Directora: Rosario PARETS**  
**20/07/2016**

## 1. RESUMEN

Me gustaría empezar diciendo que este trabajo ha sido un reto para mí por varios motivos, uno de ellos es la cercanía de casos que he tenido y otro al tratar una problemática tan íntimamente relacionada con la salud y la vida de los trabajadores, tratándose de un tema tabú en la población en general y más concretamente en las organizaciones, pero que no por ello deja de ser un riesgo psicosocial dentro de la prevención de riesgos laborales.

El trabajo resume de forma global todos aquellos aspectos generales del suicidio desde varias perspectivas, todas orientadas a la prevención de dicha fenomenología en el ámbito de la prevención de riesgos laborales y el sistema de salud de nuestras organizaciones con mayor detenimiento en la Policía Nacional.

Durante el desarrollo del trabajo se definen los factores que conllevan mayor riesgo de dicha conducta, incidiendo en que personas presentan dichos riesgos y teniendo en cuenta que conductas que tienen mayor prevalencia. Además se hace hincapié en la detección de las múltiples causas que pueden llevar a una persona a tomar una decisión tan drástica.

Dentro de todas aquellas causas que favorecen dicha conducta en el trabajo explico los factores que pueden ser precipitantes, haciendo alusión a factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociológicos, teniendo en cuenta el desequilibrio entre estos y los factores de protección.

He creído conveniente desarrollar estos factores de protección a nivel personal, social y medioambiental. Con todo ello propongo diferentes formas y metodologías de prevención en aras de mejorar las existentes. No queriendo dejar de lado a los familiares y personas allegadas supervivientes a los suicidios o en interés de una mejor prevención para evitar su aparición, comento las diferentes formas de actuación que se deben llevar a cabo.

Durante el trabajo explico la epidemiología existente de las conductas suicidas en nuestra población y en la organización a la que pertenezco.

Además desarrollo los tipos de suicidio existentes y las formas de intervención específica para cada uno de ellos, sin olvidar los errores cognitivos más comunes entre la población suicida que es necesario conocer en interés de una mejor evaluación para su prevención.

Por último señalar que es difícil realizar una investigación sobre un tema tabú, pero aun así me considero afortunado porque gracias a muchas personas he podido conseguir realizar este trabajo que espero aporte una visión más completa en la prevención de esta fenomenología.



## 2. INTRODUCCIÓN

El comportamiento suicida es un fenómeno universal que tiene lugar con independencia de la época y la sociedad aunque se interpreta de forma diferente según el contexto en el que suceda. François Desfontaines fue el primero en acuñar el término suicidio en 1735, afirmando que “el que se mata por sus propios medios comete suicidio”. En la cultura oriental se define como un acto indiferente o elogiable, mientras que en las culturas griega y romana se concibe como un deber con el fin de evitar un juicio, castigo o deshonor. Desde el prisma religioso y concretamente desde la perspectiva cristiana, dicho comportamiento se considera un pecado mortal. En el Siglo XIX, surgen las primeras teorías que buscan explicar este fenómeno y es en el Siglo XX es cuando empieza a asociarse la enfermedad mental con la conducta suicida.

Desde el punto de vista de la prevención de riesgos laborales, se considera un problema a tener en cuenta debido a que el suicidio es uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial. La cantidad de suicidios cometidos en todo el mundo ha aumentado en un 60% en los últimos 50 años. No obstante, el número de suicidios reales se estima que es superior a las cifras publicadas ya que en determinados contextos culturales y sociales, debido a la estigmatización que produce esta conducta, se oculta en cierto modo.

En España, es la primera causa de muerte no natural, superando los fallecimientos en accidente de tráfico. El número de suicidios ha ido aumentando progresivamente a lo largo de estos años especialmente con una subida relevante entre los años 2012 y 2013 y de forma ascendente hacia la fecha actual, según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística.

El comportamiento suicida es un fenómeno muy complejo donde no existe una única causa que lo determine, por ello, a lo largo de este trabajo se atenderán todos aquellos factores que desencadenan esta conducta con el fin de poder explicarla y prevenirla.

Teniendo en cuenta las palabras del psiquiatra Armando Pérez “el suicidio es una conducta consciente que se realiza con la intención de dar fin a la propia vida. La dureza que se requiere para tomar esa decisión está íntimamente relacionada con la creencia de que es una conducta absurda y que por tanto, escapa a nuestro entendimiento”. Esta definición elegida, añadida a la que otros muchos autores han realizado y todos ellos aludiendo a sentimientos de desesperanza, aislamiento, depresión, desamor, adicciones y rechazo explican en cierto modo que quien intenta un suicidio siempre habría querido haber vivido de otra manera.

En 1976, la OMS definió el suicidio como “todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión o daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera que sea su intención letal o su verdadero móvil”.

A la hora de abordar el estudio del fenómeno suicida y su prevención en el seno de la Policía Nacional, una de las primeras hipótesis que nos debemos plantear es si hay un alto índice de personas pertenecientes a la organización que fallecen por esta causa, concretamente desde el año 2000 hasta el 2016, 136 funcionarios han fallecido mediante suicidio, de los cuales 126 fueron hombres y 10 mujeres. A juicio de los expertos, la labor policial conlleva un importante desgaste mental con graves consecuencias para la salud debido principalmente a los horarios que estos realizan, difícil conciliación familiar por cambios de destino y distanciamiento con la familia de origen y núcleo familiar, no adaptación al área geográfica de destino y demás circunstancias que tendremos en cuenta como hipótesis multicausal ante el suicidio.

Otro factor de riesgo es el hecho de poseer un arma de fuego que facilita, en cierto modo, el acto suicida policial para la persona que haya ideado tal fin, por tanto, como medida de prevención que se está llevando a cabo en la actualidad, es la retirada del arma en cuanto se tiene conocimiento de algún trastorno mental o afección de la salud mental del funcionario.

Teniendo en cuenta los últimos casos que han sucedido en dicha organización, la separación matrimonial también constituye un factor de riesgo a tener en cuenta, muchos son los científicos que han estudiado además dicha relación y que han concluido que dicha situación constituye un factor de riesgo suicida.

### 3. JUSTIFICACIÓN

Elegí este trabajo por diferentes motivos, en primer lugar me parece importante tener en cuenta dentro de la prevención de riesgos laborales la evaluación y prevención de la conducta suicida debido a que ésta se ha incrementado en estos últimos años de una forma preocupante y que tanto afecta dentro del ámbito de la salud de los trabajadores.

Con este trabajo pretendo aportar una visión global y específica dentro del ámbito de la prevención que en la medida de lo posible sirva para impulsar la preocupación de este riesgo psicosocial que no sólo hace brecha en una organización delimitada sino que además afecta a muchas otras personas incluidas aquellas que padecen la ideación suicida.

Mis estudios en psicología clínica, educativa y psicopedagogía me han permitido abordar este tema tan delicado desde diferentes ópticas, tanto desde la metodología de estudio en el ámbito psicopedagógico como desde la óptica clínica de la psicología, además de mi preparación en el estudio de la prevención en riesgos laborales, lo cual me ha facilitado el estudio y la comprensión a la hora de investigar y sacar hipótesis en mi trabajo. Además en la organización a la que pertenezco he tenido la suerte de ir superando diferentes cursos de ascenso y pasar por diferentes destinos antes de mi ubicación actual en la Unidad Regional de Sanidad como psicólogo clínico. Todo esto me ha aportado mucha experiencia y la oportunidad de conocer una gran diversidad de personas, situaciones y metodologías de formación.

Actualmente, en mi trabajo como psicólogo especialista en el Área de Salud Mental de la Unidad Regional de Sanidad, llevo muchos casos y mantengo una relación muy directa con aquellos funcionarios que pasan por un proceso psicopatológico, lo cual ha influido de manera determinante a la hora de elegir esta temática.

Espero y deseo que este trabajo facilite y anime a las organizaciones a tener más en cuenta esta problemática y además a que el suicidio sea considerado no como un tema tabú, sino como una realidad presente y que no es meramente un problema temporal.

#### 4. OBJETIVOS

El objetivo general de mi trabajo es que haya un mayor conocimiento de un problema llamado suicidio de cara a su prevención, acercándonos al procedimiento de intervención a seguir ante la conducta suicida, delimitando el campo de estudio a las actuaciones que se deben acometer teniendo en cuenta las medidas de prevención.

Además, mediante las diferentes estadísticas y el estudio epidemiológico de las conductas suicidas, conocer la realidad de esta problemática y su repercusión en el sistema de salud en las organizaciones.

Dentro de mis objetivos se haya el conocer qué personas pueden tener un mayor riesgo, qué conductas presentan estas personas, qué factores son más precipitantes y que factores nos ayudan a la prevención en la evaluación del suicidio.

Con este trabajo se pretende paliar la estigmatización que produce esta fenomenología dentro de la prevención de riesgos laborales, buscando las causas y proporcionando explicación de todos aquellos factores que influyen en el suicidio.

Por último propongo en mi trabajo dar luz a una mejor intervención en la prevención del suicidio no sólo en la organización a la que pertenezco sino de manera global en todas las organizaciones.

## 5. CUERPO DEL PROYECTO

-Resumen

-Introducción

-Justificación

-Objetivos

Este proyecto se compone de ocho apartados:

-Aspectos Generales del suicidio desde la prevención de riesgos laborales.

-Epidemiología de las conductas suicidas

-Factores precipitantes y factores de protección en la valoración del suicidio

-Tipos de suicidio e intervención específica

-Tratamiento y prevención con las personas allegadas al suicida

-Errores cognitivos de los suicidas a tener en cuenta en la evaluación

-Intervención en la prevención común del suicidio

-Prevención del suicidio en la Policía Nacional

-Conclusiones

-Referencias Bibliográficas



## Aspectos Generales del Suicidio desde la Prevención de Riesgos Laborales

En primer lugar mediante una serie de preguntas vamos a ir describiendo los diferentes factores que pueden explicar y predecir la conducta suicida.

Qué personas pueden tener un mayor riesgo de suicidio.

Existen varios condicionantes que hay que tener en cuenta a la hora de intentar o consumar un suicidio, aunque el hecho de que estén presentes no quiere decir que vaya a ocurrir. Los más frecuentes son:

- Haber tenido un intento de suicidio previo
- Antecedentes de depresión o de otro trastorno mental
- Abuso de drogas o alcohol
- Antecedentes familiares de suicidio
- Padecer una enfermedad física
- Antecedentes de abuso sexual en la infancia
- Víctima de Violencia de Género.

Qué conducta presenta una persona que quiere suicidarse.

La persona que quiere suicidarse suele presentar variaciones en las emociones, en los pensamientos, en los hábitos y en su conducta habitual.

Entre estas variaciones podemos encontrar:

- Tristeza
- Ideas de suicidio
- Escribir notas de despedida
- Entrega de pertenencias valiosas
- Aislamiento

- Incremento de consumo de alcohol, drogas u otras sustancias adictivas
- Aparición de trastornos del sueño y del apetito

Puede heredarse el riesgo de suicidio.

Los condicionantes genéticos y familiares podrían contribuir a aumentar el riesgo de suicidio. Así, entre los factores familiares, la ausencia de apoyo, un bajo nivel socioeconómico y educativo de la familia o antecedentes de suicidios en ella parecen incrementar el riesgo de suicidio.

Sin embargo, esto no significa que la conducta suicida sea inevitable para personas con este historial genético o familiar; simplemente significa que pueden ser más vulnerables y deben tomar medidas para reducir su riesgo, tales como solicitar ayuda y tratamiento ante un primer signo de alarma.

La depresión aumenta el riesgo de suicidio.

Aunque la mayoría de las personas que tienen depresión no se suicidan, el padecer depresión aumenta el riesgo de suicidio, sobre todo si ésta es grave. Así, cerca del 60-90% de las personas que se suicidan tienen síntomas de depresión.

Aumenta el uso de alcohol y otras drogas el riesgo de suicidio.

El abuso de alcohol o de otras drogas se asocia con mayor riesgo de suicidio. Este abuso suele ser común entre personas con tendencia a ser impulsivas, a tener mayor número de problemas sociales y económicos, y entre personas con conductas de alto riesgo que pueden resultar con frecuencia en lesiones.

Qué significa “suicidio por contagio” o “imitación”.

La imitación de la conducta suicida se puede producir cuando se informa a una persona de que alguien de su entorno (familiares, amigos, compañeros de trabajo...) se suicida o al menos lo intenta. Si esta persona se encuentra en una situación inestable o difícil, ese suceso puede facilitar, por imitación, que también se intente suicidar.

Por otro lado, la manera en que los medios de comunicación tratan el suicidio puede favorecer un “efecto contagio”.

Así la información sobre el suicidio con muchos detalles, dar la noticia de forma sensacionalista o cuando el suicidio se aborda con admiración (valentía, romanticismo, etc...) puede favorecer la aparición de conductas de imitación, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. Esto, sin embargo, no ocurre cuando la información se enfoca a sensibilizar a la población y prevenir el suicidio.

Cómo puedo ayudar a una persona que ha intentado suicidarse pero parece que sólo lo hace para llamar la atención.

No se debe restar importancia a un acto suicida y creer que la persona lo realiza para llamar la atención. Todas las personas que hacen un intento de suicidio desean expresar que algo no va bien, que nos demos cuenta de que se sienten mal e incapaces de adaptarse a las exigencias que les pide la vida.

Cómo se puede ayudar al familiar o al amigo de una persona que se ha suicidado.

Lo primero que debemos hacer es permitirles expresar su pena y sus emociones. El duelo por una persona que se ha suicidado se ve acompañado con frecuencia de sentimientos de culpa, la búsqueda de por qué lo hizo, el vivirlo como una mancha en la familia y otras muchas emociones. Superar esta situación puede llevar dos años o más.

Es posible predecir el suicidio.

Actualmente no hay una medida definitiva para predecir el suicidio. Aunque los investigadores han identificado algunos factores que hacen que un individuo tenga un alto riesgo de suicidio, realmente muy pocas personas con estos factores llegan a intentar suicidarse. El suicidio es relativamente infrecuente por lo que es difícil predecir qué personas con factores de riesgo finalmente se suicidarán.

Qué pueden hacer los medios de comunicación a la hora de informar sobre un suicidio.

Los medios de comunicación pueden minimizar el riesgo de contagio proporcionando una información concisa de los suicidios. Las noticias sobre suicidios no deben ser repetitivas, porque la exposición prolongada puede incrementar la posibilidad del contagio en personas vulnerables.

El suicidio es el resultado de muchos factores, por lo que el reportaje no debe dar explicaciones simplistas, como por ejemplo que un evento negativo reciente en la vida de la persona ha sido la causa del suicidio. Tampoco se debería divulgar una descripción detallada del método de suicidio utilizado, glorificar a la víctima ni señalar que el suicidio fue efectivo en lograr una meta personal.

Estas mismas recomendaciones deberían aplicarse a la información que se divulga a través de Internet, dado el uso masivo y cotidiano de esta fuente de información.

A continuación voy a describir varios de los mitos o ideas erróneas sobre los suicidios, más importantes de cara a la prevención de éste.

Uno de los mitos o creencia errónea es “el que se quiere matar no lo dice”. Esta creencia conduce a una situación real en la que se corre el peligro de no prestar atención a la que manifiesta su idea suicida, tendremos en cuenta que a nivel estadístico de cada 10 personas que se suicidan 9 manifestaron claramente su propósito.

Otro de los mitos o idea errónea es “todo el que se suicida es un enfermo mental”, los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población general pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo, aunque sin duda todo suicida es una persona que padece un sufrimiento interior.

Por último y en relación con la prevención del suicidio y los medios de comunicación, uno de los mitos es que estos no pueden contribuir a dicha prevención, los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado si enfocan correctamente la noticia y tienen en cuenta la sugerencia de los expertos como estrategia de prevención, sugiero que estos medios deberían incidir en la prevención divulgando los dispositivos de salud mental existentes a los que una persona con o sin psicopatología puede acudir, divulgar grupos de riesgo y medidas que permitan a la población saber qué hacer en caso de detectar a un sujeto con riesgo de suicidio.

En la prevención del suicidio inmediato, debemos tener en cuenta las señales de alerta que nos indican que una persona estaría teniendo serios pensamientos de quitarse la vida y que podrían incluso estar planificando cómo realizarlo. Dichas señales pueden también constituir una petición de ayuda oculta.

Señalo aquellas conductas más frecuentes que deben tenerse en cuenta en el suicidio inmediato, como son: amenazar con dañarse o matarse, buscar medios para suicidarse o hablar de un plan de suicidio, hablar o escribir sobre la muerte sobre todo cuando esto no era propio en dicha persona, expresar sentimientos de desesperanza y frustración en objetivos que constituían en la persona anteriormente a corto o largo plazo algo fundamental en su vida, conductas que implican un alto riesgo innecesario o irresponsable, incremento en el uso de alcohol u otras drogas, aislamiento social, cambios dramáticos de humor con elevados períodos de tristeza y repentinos períodos de alegría, desprendimiento de posesiones atípico y despedida de familiares o amigos.



## **Epidemiología de las Conductas Suicidas**

Para realizar la estadística sobre el suicidio en España he consultado el Instituto Nacional de Estadística adscrito al Ministerio de Economía y Competitividad que regula la actividad estadística para fines estatales, además he consultado a diferentes asociaciones que llevan un registro orientativo de los sucesos ocurridos hasta este momento. Es importante tener presente que los datos que alimentan al Instituto Nacional de Estadística en materia de suicidios proceden de los órganos judiciales de los que en base a la investigación judicial y autopsia dictaminan si la causa de muerte ha sido mediante suicidio, en dichas investigaciones intervienen diferentes agentes como son: forenses, policías, médicos y familiares del fallecido, además existen casos en los que el suicida deja una nota de despedida lo cual es un indicio del mismo.

En los diferentes estudios realizados por expertos, una de las primeras curiosidades en la estadística es que se mantiene que las tasas de suicidio entre hombres y mujeres difieren de forma notable. En España, esta proporción es de 3 ó 4 varones por cada mujer, esta alta proporción de suicidios en el caso de los hombres a nivel de prevención debe tenerse en cuenta la impulsividad y agresividad que estos manifiestan al suicidarse debido a que utilizan métodos más radicales, también debíamos tener en cuenta que a estos les cuesta más comunicar y admitir encontrarse mal y necesitar ayuda. En el caso de la mujer es curioso porque éstas suelen presentar mayores trastornos depresivos y una tasa mayor de intento de suicidio que los hombres con una prevalencia de 3 intentos por cada uno del varón, lo cual puede llevarnos a la conclusión de una mayor existencia de psicopatología histriónica en mujeres que en hombres en el intento suicida.

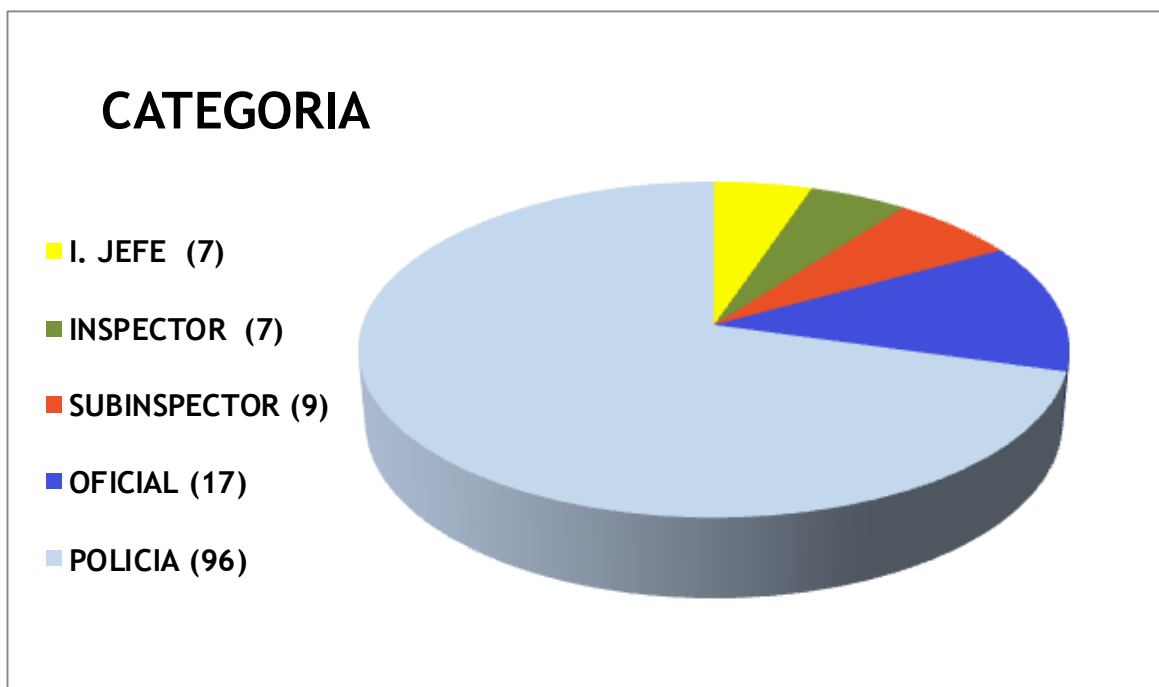
En relación con otras variables como la edad, el lugar de residencia, la etnia, la religión, el estado civil y la enfermedad, los estudios indican que las tasas de suicidio tienden a aumentar con la edad, son mayores en áreas urbanas, se da el doble de suicidios de individuos de raza blanca que de otras etnias, los ateos presentan tasas de suicidio más elevadas que los creyentes, siendo los niveles de suicidio de estos últimos más altos en budistas, seguidos de cristianos, hindúes y por último musulmanes.

La primavera y otoño suelen ser estaciones con mayor número de suicidios, presentan mayor riesgo suicida las personas solteras, divorciadas o viudas y por último y muy importante tener en cuenta en la evaluación para la prevención de la conducta suicida, el 90% de los suicidas presentaban algún tipo de psicopatología.

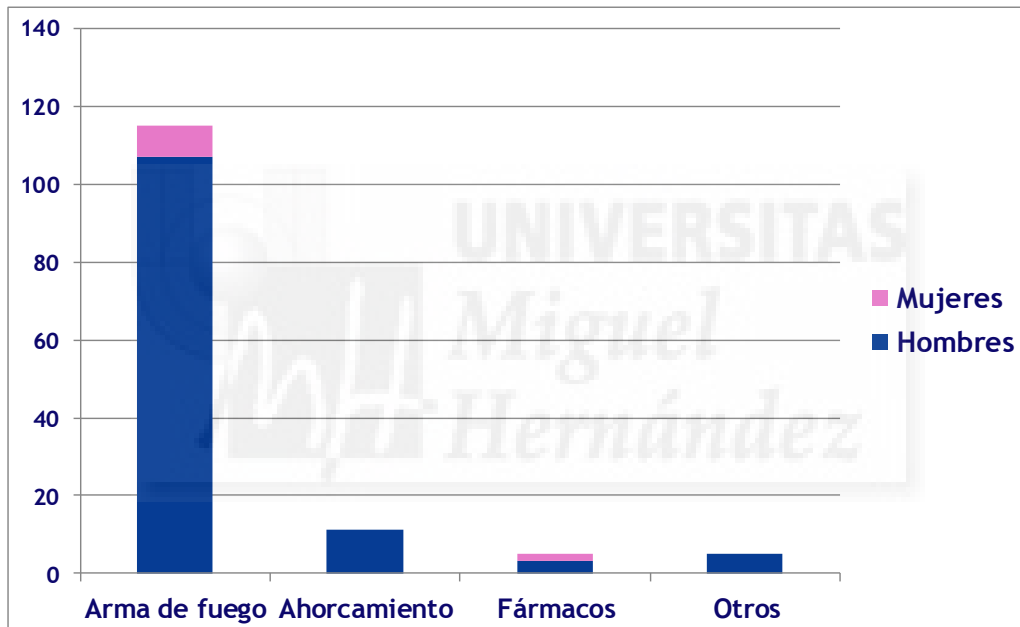
#### Estadística sobre el suicidio en la Policía Nacional

Dentro del Servicio Sanitario se haya la Sección de Salud Mental, en dicho servicio se consigna en cada suicidio la fecha del suceso, sexo del funcionario, fecha de ingreso en la Policía Nacional, fecha de nacimiento, situación administrativa, situación familiar, lugar del suceso, medio utilizado y por último antecedentes de bajas médicas. De todo ello se extraen las siguientes tablas:

CATEGORIA	
INSPECTOR JEFE	7
INSPECTOR	7
SUBINSPECTOR	9
OFICIAL	17
POLICIA	96
TOTAL	136

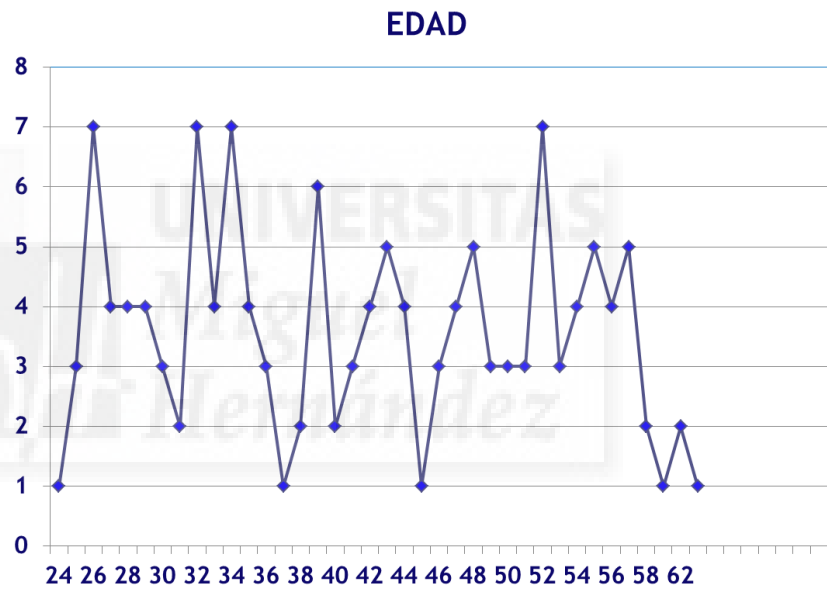


MODUS OPERANDI	HOMBRE	MUJER	TOTAL
ARMA FUEGO	107	8	113
AHORCAMIENTO	11	0	11
FARMACOS	3	2	5
OTROS	5	0	5
TOTAL	126	10	136



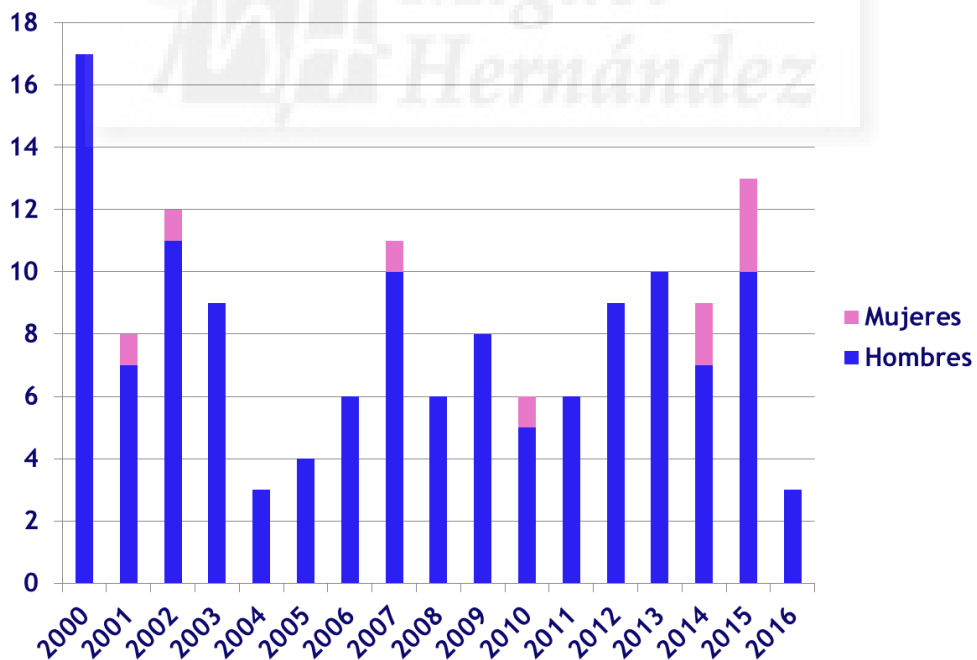


Edad	Suicidado
69	1
62	2
60	1
58	2
57	5
56	4
55	5
54	4
53	3
52	7
51	3
50	3
49	3
48	5
47	4
46	3
45	1
44	4
43	5
42	4
41	3
40	2
39	6
38	2
37	1
36	3
35	4
34	7
33	4
32	7
31	2
30	3
29	4
28	4
27	4
26	7
25	3
24	1
<b>Total</b>	<b>136</b>



CIUDAD	TOTAL 2000-2016
ALICANTE	5
ALMERIA	1
ASTURIAS	1
AVILA	2
BADAJOS	1
BARCELONA	13
BILBAO	2
CACERES	1
CADIZ	1
CANARIAS	8
CEUTA	2
CORDOBA	4
GIJON	1
GRANADA	3
HUELVA	1
JAEN	1
LA CORUÑA	2
LAS PALMAS GC	1
LEON	1
LOGROÑO	1
MADRID	27
MALAGA	8
MALLORCA	2
MELILLA	1
MURCIA	2
OVIEDO	4
PALMA MALLORCA	2
PAMPLONA	2
PONTEVEDRA	1
SAN SEBASTIAN	1
SANTANDER	1
SEVILLA	5
TENERIFE	3
TERUEL	1
TOLEDO	2
VALENCIA	12
VALLADOLID	2
VIGO	0
VITORIA	2
YEMEN	1
ZARAGOZA	3
ORENSE	0
TOTAL	136

SUICIDIOS DGP	HOMBRES	MUJERES	TOTAL GENERAL
2000	12		12
2001	7	1	8
2002	11	1	12
2003	9		9
2004	3		3
2005	4		4
2006	6		6
2007	10	1	11
2008	6		6
2009	8		8
2010	5	1	6
2011	6		6
2012	9		9
2013	10		10
2014	7	2	9
2015	10	3	13
2016	3		3
TOTAL GENERAL	126	10	136



Lo reseñable de estos datos es que en la mayoría de los suicidios se utilizó como instrumento el arma de fuego, además el número de suicidios por parte de varones ocupa el 93% de la totalidad de los suicidios en comparación con el 7% de mujeres, teniendo en cuenta que el número de funcionarios varones es muy superior al de mujeres, además no se puede concluir que la tasa haya aumentado en comparación con la población general.

Resulta necesario comentar que actualmente en el ámbito de la Policía Nacional no consta la existencia de informes o estudios sobre los suicidios producidos así como tampoco la elaboración de comparativas con otros cuerpos policiales.



### **Factores precipitantes y Factores de protección en la evaluación del suicidio.**

Voy a abordar estos factores desde diferentes etiologías al ser el suicidio un proceso complejo, multicausal donde se haya presentes claves sociales, psicológicas y biológicas de este complejo comportamiento humano. La determinación de todos estos factores revela en la actualidad que no se trata de un problema que afecte exclusivamente al ámbito de la salud, sino también a un problema que incluye al ámbito cultural y de la filosofía vital.

Factor precipitante biológico: entre las causas biológicas del suicidio, un resultado sorprendente es que las personas que se han suicidado o lo han intentado presentaban niveles bajos de una sustancia denominada acetato 5-hydroxyindolacetico que se haya en el líquido cefalorraquídeo, esta sustancia indica los niveles de un neurotransmisor llamado serotonina, estos estudios muestran que cuanto más bajos son estos niveles mayor será el riesgo de letalidad en un intento de suicidio. Otra importante revelación de los estudios es la presencia de bajos niveles de colesterol en los suicidas. Por último y mediante la investigación de datos más recientes, se indica que el Omega 3 podría servir como predictor del riesgo de suicidio, todo ello en este factor biológico y de cara a la prevención es importante para tener muy en cuenta a la hora de planificar un buen método o guía de alimentación a llevar por el sujeto, además se hace especialmente relevante obtener un informe clínico que incluya análisis de orina y sangre del sujeto.

Factor precipitante genético: dentro de la confusión existente no solo en este ámbito que nos ocupa sino en muchos otros, los factores genéticos no pueden considerarse definitorios en este estudio, más bien circunstancias como el ambiente familiar y social son los que influyen en mayor medida en la probabilidad de riesgo, aunque cierto es que de los estudios anteriores mediante comparativas familiares, gemelares y de adopción, muestran que el riesgo de suicidio es más elevado en los individuos con antecedentes familiares de suicidio, motivo por el cual de cara a la prevención dicho parámetro será obligatoriamente siempre incluido en la evaluación del sujeto.

Factor precipitante psicológico: en base a la investigación que he realizado, se puede afirmar que los trastornos psicológicos más importantes asociados a los intentos de suicidio, son el fracaso en la resolución de problemas interpersonales, la mala regulación o gestión del afecto, los altos niveles de desesperanza con respecto al futuro y por último la falta de resiliencia en los problemas comunes.

De cara a la prevención es importante que el sujeto sea siempre preguntado sobre sus objetivos a corto y largo plazo.

Otros rasgos que se hayan presentes en la predisposición al suicidio son: la tendencia al aislamiento social, la baja autoestima y autoeficacia, pobre autoconcepto, sentimiento de abandono y niveles elevados de impulsividad. Todos estos factores pueden ser evaluados y posteriormente se puede entrenar al sujeto en la mejora de todos ellos.

Factor precipitante sociológico: desde este factor siempre debe valorarse el grado de integración del individuo y el grado de reglamentación social de los deseos individuales incluyendo en la evaluación del sujeto si éste pudiese padecer una disonancia cognitiva entre aquellas actividades sociales que manifiesta gustarle y aquellas que realiza.

Por último en este factor creo importante reseñar el estudio de uno de los sociólogos más importantes Emile Durkheim quien estudió los efectos que provocaba la sociedad en la conducta de un individuo llegando a la conclusión de que el suicidio es el resultado de las influencias y el control que la sociedad ejerce sobre éste, para este científico existían 3 tipos de suicidio: el egoísta, por debilitamiento de los lazos que unen al individuo con la sociedad a la que pertenece, el altruista, cuando cobra más peso la organización social que la libertad individual y el suicidio anómico que sucede como consecuencia del quebrantamiento de las leyes impuestas por la sociedad.

Las conductas suicidas son el resultado del desequilibrio entre los factores de riesgo y los factores de protección.

El sentimiento de valor personal y autoestima, de tener relaciones y actividades significativas, de confianza en los propios logros, la búsqueda de ayuda cuando se precisa, la apertura a las experiencias de los demás y al aprendizaje y la capacidad para comunicarse son factores protectores ante el suicidio.

Se debe favorecer el desarrollo de un estilo cognitivo flexible, previa recopilación de la información sobre los problemas que ha tenido la persona, encontrando soluciones alternativas y relativizando aquellos aspectos negativos que manifiesta.

Además se debe generar hábitos higiénicos de sueño, dieta, ejercicio físico y prevención del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes.

Me gustaría diferenciar dos grandes factores que se deben reseñar de cara a la prevención:

- Factores personales:
  - Poseer habilidades para la resolución no violenta de conflictos y la superación de problemas.
  - Tener confianza en uno mismo y en sus logros, es decir, valorarse personalmente.
  - Adquirir buenas habilidades sociales y de comunicación.
  - Apertura a nuevos conocimientos y experiencias.
- Factores sociales y medioambientales:
  - Apoyo familiar desarrollando en la medida de lo posible fuertes lazos entre los familiares más cercanos.
  - Estar integrado socialmente, manteniendo buenas relaciones interpersonales con el entorno, participando en redes que aumenten el apoyo comunitario.
  - Poseer creencias que desarrollen actitudes altruistas.
  - Adoptar valores culturales y tradiciones.
  - Tener fácil acceso a mecanismos de búsqueda de ayuda.

### **Tipos de Suicidio e Intervención Específica.**

En este capítulo voy a definir los diferentes tipos de suicidios que más prevalencia tienen y su intervención específica de cara a su mejor prevención.

#### 1.-Suicidio de escape-huida

Es el más común entre los diferentes tipos, se produce por refuerzo negativo pretendiendo evitar una situación desagradable en la que se encuentran o pueden llegar a encontrarse este tipo de suicidas, es el escape de una situación estimular agresiva.

#### 2.-Parasuicidio o suicidio del día después

Se suicidan con el objetivo de conseguir cambios en el entorno. Se le llama parasuicidio porque de algún modo su intención no es abandonar este mundo, sino seguir actuando sobre el mismo (castigos hacia quien le haya hecho daño, venganzas, suicidios colectivos en sectas etc...), se produce por refuerzo positivo y utilizan el suicidio como medio no como fin.

#### 3.-Suicidio Histriónico

El objetivo es llamar la atención y manipular su entorno. Muchas veces se quedan solo en el aviso, lo suelen hacer de tal modo que no sea probable la muerte, juegan con la amenaza de que podrían volver a intentarlo y hacerlo, pero en determinadas ocasiones pueden fallar en sus cálculos y realmente producirse la muerte.

#### 4.-Suicidio Apático

Este suicidio se produce cuando la persona no encuentra ningún motivo para vivir, ni sentido a su vida.

En este suicidio entran dos formas:

Forma pasiva: donde se provocan la muerte de un modo semiinconsciente y se dejan morir como por ejemplo cuando dejan de tomar una medicación necesaria para continuar con vida, en este caso es difícil detectar si hay riesgo suicida.



Forma activa: lo planifican durante mucho tiempo y no suelen acudir a consulta, normalmente utilizan métodos muy espectaculares, según algunos estudios el 76% de los suicidios son apáticos activos.

#### 5.-Suicidio Esquizoide

No es un suicidio propiamente dicho ya que en este caso son los delirios y las alucinaciones los que inducen a realizar actos temerarios que acaban en la muerte.

#### 6.-Suicidio Heroico

Este suicidio busca el refuerzo social, pretendiendo ayudar a la sociedad con su muerte voluntaria, también aquí se incluye aquellos que buscan evitar el castigo social mediante el suicidio por refuerzo negativo para proteger a su familia, partidos políticos o a ellos mismos.

Como se ha detallado anteriormente, en todos estos tipos de suicidio se produce un refuerzo negativo, donde las personas con ideas autolíticas ven el suicidio como una forma de salir de una situación problemática.

El objetivo del evaluador será observar si se pueden evitar los estímulos negativos de otro modo que no sea mediante el suicidio, si no es posible la evitación se le enseñarán estrategias de afrontamiento y manejo de situaciones, solución de problemas y corrección de errores cognitivos como la visión túnel, sobregeneralización, lectura de pensamiento y pensamientos extremistas. Entre estas estrategias, me gustaría citar algunas que considero fundamentales:

- Reetiquetación de la situación, donde se le debe enseñar a ver la situación adversa como motivante, desafiante y la posterior satisfacción que se siente cuando se ha solventado una situación difícil
- Romper el análisis funcional, por ejemplo si la persona está involucrada en algún tipo de religión, hacerles ver como después de su muerte y desde una zona superior, podrían ver el sufrimiento de los demás al enterarse de su suicidio.
- Buscar la ventaja en la adversidad, de esta forma se detectan ventajas ante una situación desagradable, señalando todos aquellos problemas que él no tiene y buscando puntos fuertes en su personalidad.

-Técnica de la Exageración y cambio de Rol, donde el evaluador adoptará el rol de la persona con ideación suicida exagerando su sintomatología y la persona asumirá el rol racional del evaluador para mandarle mensajes de ayuda.

-Técnica de afrontamiento donde se le proporcionan estrategias para afrontar la situación adversa cuando no es posible la evitación completa.

-Técnica de exposición en vivo donde se le enseña a convivir con lo negativo y mediante las técnicas anteriores de afrontamiento y simulaciones se les enseña en el manejo de la situación por la que están pasando, todo esto se puede realizar también mediante hipnosis clínica en el caso de que el evaluador tenga suficiente manejo de ésta.

-Además, durante la evaluación se le preguntará sobre aquellas personas que le importan en su vida para posteriormente examinar junto a él los efectos que le causaría a esas personas que él se suicidara.

Intervención en el parasuicidio o suicidio del día después.

Lo más importante será hacerles reflexionar sobre la reacción que tuvieron la mayoría de los familiares de otros suicidas con el objetivo de clarificar y diferenciar la consecuencia que buscaban con su respuesta.

Intervención sobre el suicidio histriónico

La intervención irá encaminada a eliminar esa atención por parte de la persona a la que se quiere manipular, por ello se buscará la extinción de esas amenazas, así como que la persona suicida no reciba atenciones ni cuidados especiales, pero con especial cuidado de no restarle importancia al no generar drama y mostrar interés.

Una vez reducidos y extinguidos los refuerzos y beneficios secundarios, se abordarán aspectos relacionados con la personalidad histriónica como la dependencia al refuerzo externo, baja autoestima, inseguridad y búsqueda de atención constante, todo ello en aras de enseñarles a tener una vida propia en la que sean capaces de ordenar las relaciones de amistad y de pareja descartando aquellas relaciones de baja calidad y enseñándoles a renunciar a muchos de los refuerzos sociales en los que se encuentran enganchados.

Teniendo en cuenta la labilidad afectiva como síntoma típico de este tipo de personalidad, se buscará una manera de establecer una estabilidad cognitiva en su dialogo interior y posteriormente traducirlo a nivel motor.

#### Suicidio Apático

El evaluador empleará técnicas encaminadas a generar objetivos y metas durante las primeras sesiones y establecer un plan preconcebido para llevarlas a cabo con la clara intención de generarles ganas de hacer cosas y salir de la apatía en la que se encuentran, para ello podremos utilizar proyecciones mediante técnicas de imaginación en las que la persona se pueda anticipar a puntos de vista negativos teniendo en cuenta otras muchas alternativas posibles.



### **Tratamiento y Prevención con las Personas Allegadas al Suicida.**

En este capítulo habrá que diferenciar dos situaciones, una en la que la persona tenga intención suicida y otra cuando la persona ha llevado a cabo su suicidio.

Cuando la persona tiene ideación suicida se deberá instruir a los familiares o personas allegadas en aras de la prevención en los siguientes aspectos:

- Conservar la calma, no reaccionando de modo exagerado cuando la persona muestre dicha intención.
- Estar atento a todas las señales de alerta para en caso de suicidio inminente actuar de forma que asegure la seguridad de la persona, eliminando el acceso a cualquier método de suicidio y no dejando nunca sola a la persona.
- Hablar con otras personas que conozcan a la víctima, para conocer si han notado también algo fuera de lo habitual.
- Ofrecer ayuda en tareas prácticas, que puedan proporcionar a la persona la oportunidad de hacer otras tareas también importantes y que ocupen su tiempo libre.
- Saber dónde pedir ayuda, consiguiendo información y servicios de apoyo en el lugar donde se encuentren.
- Animar a la persona a obtener apoyo, a través de médicos de atención primaria, servicios de salud mental, servicios sociales y servicios religiosos.
- Pedir un compromiso a la persona para que no se calle su malestar y preocupación, lo cual facilitará la búsqueda de ayuda.
- Y por último cuidarse a sí mismos, ya que enfrentarse a estas situaciones traumáticas producen un estrés muy fatigoso.

En el caso de que la persona allegada haya fallecido por suicidio, se considerará a estos familiares como sobrevivientes o supervivientes en las que se encuentran con la dificultad de elaborar un duelo ante este tipo de fallecimientos inesperados.

La intervención irá encaminada a varios de los aspectos que cito a continuación:

-Aceptar la realidad de la pérdida, teniendo en cuenta que algunas personas se quedan estancadas en estado de shock o negación, se deberá trabajar sobre esta aceptación y además entrarán en juego ciertos rituales como pueden ser funerales, misas, etc..

La muerte de alguien cercano puede suponer una gran conmoción sobre todo cuando es una muerte inesperada, en esta situación es frecuente sentirse insensible, adormecido o tembloroso como fuera de la realidad, además pueden aparecer sensaciones desagradables como dificultad para respirar, boca seca, opresión en la garganta y el pecho y un gran sentimiento de vacío, tendremos en cuenta que esta sensación de shock puede durar desde días hasta semanas después de la muerte.

-Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida. Tras la pérdida de un ser querido una reacción normal es sentirse muy triste, es posible que prefieran estar solos y que tengan la necesidad de llorar, lo cual para algunas personas es muy positivo porque ayuda a reducir el estrés y a desahogarse, así que se debe dejar que lo hagan, pero también se les debe transmitir la sensación de no sentirse mal si no son capaces de hacerlo. En ocasiones es normal que sientan la desesperación por no haber podido ver o hablar con la persona fallecida, pudiendo pensar de forma incontrolable y repetida en lo que pasó y que tengan la necesidad de hablar sobre el tema.

-Recolocar emocionalmente al suicida y continuar viviendo, para que la persona superviviente continúe vinculada con el fallecido, pero de un modo que no le impida seguir viviendo.

El duelo por un suicida presenta determinadas características que lo diferencian del resto de duelos, los supervivientes experimentan diferentes emociones que no se encuentran en otro tipo de muerte y que están más expuestos al desarrollo de psicopatologías. Suelen sentirse culpables por no haber evitado la muerte ni haber identificado las señales que hubiesen contribuido a detectar la ideación autolítica, culpándose de no haber atendido a las llamadas de atención, ni haber logrado la confianza necesaria para que su ser querido les hiciese partícipe de sus pensamientos.

Durante el primer año de duelo, el sujeto es más vulnerable a padecer problemas somáticos y emocionales, siendo común observar sentimientos de soledad, desesperanza, baja autoestima y rumiación de la búsqueda del porqué.

Por dicho motivo la intervención abordará la búsqueda de causas y la desculpabilización, pero se les explicará las causas del suicidio proporcionándoles una explicación tanto de todos los datos que la persona aportó como aquellos que se infirieron de la conducta suicida.

Se trabajará la culpa y se les aclarará que el suicido no es congénito ni genético responsabilizando al suicida de su conducta dejando claro que ellos no son culpables para solventar esa duda y evitar la ansiedad que se produce en la incertidumbre.

Finalmente siempre deben explorarse ideas suicidas en los supervivientes ya que estos pueden presentar ideación autolítica con el fin de reunirse con el fallecido o simplemente pueden existir deseos de morir. Por todo ello será preciso realizar una nueva evaluación de cara a una mejor prevención.



## **Errores Cognitivos de los Suicidas a Tener en Cuenta en la Evaluación.**

### 1.- Visión de Túnel

En este caso el suicida solo atiende a la parcela negativa de la realidad en la que vive, convirtiéndose en un pensamiento repetitivo negativo que cada vez adquiere mayor dimensión, suele denominarse el típico error del suicidio de escape-huida.

### 2.- Omnipotencia

Especialmente visible en el parasuicidio o suicidio del día después

### 3.-Indefensión

Suele darse en el suicidio apático

### 4.-Recompensa Adivina

En casos de conducta parasuicida

### 5.-Personalización

Mecanismo mediante el que el sujeto considera cualquier situación o hecho como referido a sí mismo, aunque no exista conexión alguna. Este tipo de error es común en el suicidio Histriónico.

### 6.-Pensamiento Extremista o Polarizado

Tiene mayor prevalencia en el suicidio de escape-huida

### 7.-Sobregeneralización

Llegar a conclusiones generales a partir de un dato particular, distorsión típica del suicidio de escape-huida.

#### 8.-Magnificación

Evaluar de forma distorsionada un suceso, incrementando sus efectos y consecuencias, este tipo de error prevalece en el suicidio de escape-huida.

#### 9.-Minimización

Evaluar de forma distorsionada las potencialidades y habilidades propias, restándoles importancia y favoreciendo la disminución de forma grave de la autoestima y autoconcepto.

#### 10.-Inferencia Arbitraria

El sujeto llega a conclusiones sin que existan pruebas evidentes que las corroboren, un ejemplo claro de esto son aquellas personas futuristas donde creen que todo le saldrá mal, además suele coincidir con lectura de pensamiento en el sentido en el que estas personas creen siempre saber lo que otras personas piensan sobre ellos y además de forma negativa.

#### 11.-Abstracción Selectiva

Obtener conclusiones considerando únicamente un aspecto de la realidad principalmente los fracasos.



### **Intervención en la Prevención Común del Suicidio.**

Una vez se tienen sospechas de estar frente a un sujeto con riesgo suicida, se deben tener presentes las siguientes recomendaciones generales:

- Realizar entrevistas tranquilas y abiertas procurando antes de entrar en temas directos establecer una buena relación emocional con la persona. La entrevista clínica es el elemento fundamental en la valoración del riesgo del suicidio, esta entrevista se convierte en un reto para el evaluador, tanto por los aspectos emocionales como de responsabilidad a los que se ve sometido. Muchas veces el evaluador puede tener reparo a la hora de plantear preguntas claramente para evaluar la conducta suicida, pero se ha de tener claro que es su deber realizar estas preguntas para obtener la información necesaria que permita dirigir la actuación posterior.

Desde el inicio de la entrevista se deberá favorecer la comunicación de la sintomatología, sentimientos y pensamientos de la persona asociados a la conducta suicida y facilitarle su implicación en la toma de decisiones. En la entrevista se deben recoger datos objetivos, descriptivos y subjetivos donde se hayan incluidos la narrativa de la persona y los pensamientos e ideas de ésta, además esta entrevista se debe adecuar a los objetivos de la misma.

La entrevista es el pilar fundamental que nunca debe ser sustituida por escalas auto y heteroaplicadas, aunque éstas aporten información complementaria en la evaluación. La evaluación mediante instrumentos estandarizados nos ayudarán a complementar la información obtenida mediante la entrevista.

Algunos instrumentos útiles relacionados con suicidio son:

La Escala de Desesperanza de Beck (BHS)

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Escala de Evaluación del Suicidio (SUAS)

Escala de Intención Suicida (SIS)

Escala de Valoración de la depresión de Hamilton

Cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida (CCCS-18)

La Escala de Riesgo Suicida (Plutchik, 1989)

Aunque no validadas en España, también se recomiendan las escalas:

SAD Person Scale

Reasons for Living Scale

IS PATH WARM

En la valoración del paciente con varios intentos de suicidio, se recomienda evaluar las causas o precipitantes de cada uno de forma independiente.

En esta entrevista se evaluará principalmente:

- + El estado de la persona, intentos previos, hospitalización previa.
- + Tipo de intento de suicidio.
- + Antecedentes familiares, incluyendo historial de posibles abusos en la infancia.
- + Diagnóstico psiquiátrico, en caso de tenerlo se le pedirán informes anteriores y psicofármacos que haya tomado.
- + Síntomas específicos como desesperanza, falta de objetivos, ansiedad, agitación e ideación suicida, ideas de muerte recurrentes todos los días o la mayor parte del tiempo, así como eventos estresantes.
- + Toma de sustancias o abuso de ellas.
- + Factores de riesgo asociados como pueden ser enfermedades físicas, discapacidades, factores sociales y ambientales, antecedentes de suicidio en el entorno e historia familiar del suicidio.

Además, durante el desarrollo de la entrevista tendremos muy presente los signos o señales de alerta más habituales:

-Verbaliza directamente la idea o posibilidad de suicidarse, con frases como “la vida no merece la pena, lo que quisiera es morirme, para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto, deseo quitarme del medio”. Es posible que estas verbalizaciones en algunas personas sean menos completas por lo que se deberá mantener una especial atención cuando aparezcan otras sutiles como “esto no durará mucho, pronto aliviaré mi sufrimiento, dejaré de ser una carga”; así como las dirigidas hacia él mismo, el futuro o la vida tales como “no valgo para nada, esta vida no tiene sentido, estaríais mejor así, estoy cansado de luchar, quiero terminar con todo, las cosas no van a mejorar nunca”. En el desarrollo de la entrevista se debe prestar atención también a la ideación pasiva “me quiero ir de aquí” y a la ideación activa “me quiero matar”, resultando la segunda de mayor riesgo.

-Piensa a menudo en el suicidio y convirtiéndose esto en un pensamiento obsesivo no puede dejar de darle vueltas, cuando esto ocurre se debe diferenciar la posibilidad de suicidarse con el miedo a perder el control que aparece en ciertas neurosis específicamente en problemas de ansiedad u obsesión.

-Amenaza o se lo comenta a otras personas cercanas, lo cual se podría entender como una petición de auxilio. Es frecuente que la persona comente su insatisfacción y poca voluntad de vivir a otras personas más cercanas antes que al evaluador, por este motivo se convierte en una herramienta de gran utilidad obtener información adicional de amistades y familiares siempre que sea posible de la persona evaluada.

-Lleva a cabo determinados preparativos relacionados con su futura muerte, suele traducirse en conductas relacionadas con su desaparición como puede ser dejar testamento, cerrar asuntos, regalar objetos o bienes y ponerse en contacto con personas cercanas o familiares para despedirse.

-Reconoce sentirse solo, aislado y con la incapacidad de solucionarlo o aguantarlo, este sentimiento aparece de forma constante en forma de visión de túnel y sin posibilidad de solucionar dicha situación. Por ello es importante evaluar sus sentimientos de impotencia, indefensión, depresión y especialmente falta de esperanza.

-Pierde interés por obligaciones, aficiones, familia, amigos, trabajo y apariencia personal, la persona comienza a aislarse personal y socialmente, como se ha visto en anteriores suicidas, éstos dejan de ir al trabajo, a la universidad, salir los fines de semana, establecer contacto con amigos y familiares y suelen encerrarse en casa, en la evaluación se tendrá especialmente en cuenta estos indicadores conductuales.

-Está muy deprimido y mejora de forma repentina e inesperada. Al realizar la evaluación este momento es fundamental pues en dicha situación la persona puede sentirse con fuerzas suficientes para llevar a cabo su plan de suicidio.

-Aparece un cambio repentino en su conducta, evaluaremos aquellos cambios significativos donde se produzca un aumento de la irascibilidad, irritabilidad, ingesta de bebidas alcohólicas en cantidades superiores a las habituales y con una frecuencia inusual, aumento del consumo de tabaco u otras sustancias estupefacientes, calma o tranquilidad repentina cuando previamente han presentado gran agitación.

-Se observa u obtiene información de autolesiones, evaluando todas aquellas lesiones sean más o menos relevantes.

- Durante el desarrollo de la entrevista se procederá a mantener una constante comenzando con temas generales y progresivamente acercándonos a temas específicos lo que ayudará a evaluar múltiples aspectos de la persona incluyendo la situación psicopatológica (si la hubiera) en la que se pueda encontrar. A menudo la persona suicida se siente reconfortado al hablar con un evaluador sobre un tema que a él le asusta tanto, pero no debemos confiar en las súbitas e inesperadas mejorías ya que una mejoría inexplicable puede estar producida por el alivio que siente la persona tras decidir llevar a cabo el suicidio.

➤ Al interrogar al paciente se deben tener en cuenta diferentes objetivos en dicha exploración:

1. Cognición y afectividad.

-Ha dicho que se encuentra deprimido, acto seguido se le preguntara que significa estar deprimido y si son muchas las veces que tiene ganas de llorar.

-Cuando se siente deprimido hay que preguntarle que pensamientos le pasan por la mente y si logra resistir esos pensamientos.

-Si comenta que no duerme mucho, hay que preguntarle cuando no concilia el sueño, en qué piensa.

Posteriormente se le harán una serie de preguntas en base a las siguientes afirmaciones.

-Si le siguen gustando las cosas que hace.

-Si se siente útil en la vida que está llevando.

-Si se siente infeliz.

-Si se siente desesperado.

-Si se siente incapaz de enfrentar cada día.

-Si se siente en la vida como una carga.

-Si piensa resolver la situación que me ha descrito y como lo hará.

-Cuáles es el primer y último pensamiento del día.

2. Desesperanza ante el futuro

-Lo que cree que le depara el futuro.

-Cómo se vera, por ejemplo, dentro de tres meses.

-Si tiene esperanza de que las cosas van a mejorar.

-Si cree que ha agotado todas las posibilidades y nada podrá ayudarle.

-Si está convencido que su sufrimiento es insoportable y nunca terminará (conviene tener cuidado de no confirmar a la persona esta idea por muy negativa que sea su situación).

-Si tiene esperanzas de ser ayudado.

-Si siente que la vida perdió el sentido.

-Si ha llegado el punto de sentir que no merece la pena continuar en caso de que esta sea la manera en que van a ir las cosas.

-Si siente que la vida no merece vivirse.

-Si ha pensado que sería mejor morir.

-Si ha tenido pensamientos de terminar con su vida.

-Si alguna vez ha pensado en hacerse daño.

-Si son ideas pasajeras o persistentes.

-Si siente deseos de suicidarse.

### 3. Sentimiento de culpa

-Si cree que está causando algún perjuicio a sus familiares o amigos.

-Si cree que estarían mejor si no estuviera y el porqué.

-Si se siente culpable por algo.

-Si siente vergüenza.

Se debe tener siempre presente en la evaluación que las personas depresivas suelen atribuirse las desgracias actuales y futuras de todos sus seres queridos y pueden llegar a considerar que estarían mejor sin él.

#### 4. Motivo principal

-Se le preguntará porque ha pensado en suicidarse.

Durante el transcurso de la evaluación puede que la persona responda a esta pregunta y sea el motivo que sea nunca se debe minimizar, si la persona nos transmite una única respuesta de que sólo le gustaría morir, conviene clarificar si quiere escapar de algún tipo de situación, responsabilidad o de si su malestar se trata de un tiempo determinado o por el contrario quiere radicalmente terminar con su vida. Indagar el motivo teniendo siempre presente posibles llamadas de atención, manifestaciones de ira, gravedad de sus problemas, petición de ayuda oculta e incluso venganza de alguien y el significado que será fundamental para poder orientar la posterior intervención.

- Otro de los puntos importantes dentro de la evaluación consiste en explorar la gravedad de la ideación suicida. Para ello valoraremos las siguientes escalas:
  - Frecuencia, para determinar la frecuencia se le preguntará si piensa todos los días en quitarse la vida, se sugiere una frecuencia elevada para evitar en lo posible que se sienta avergonzado y pueda dar un valor menor de lo real.
  - Duración, para evaluar la duración utilizaremos una escala de intensidad de los pensamientos suicidas, esta escala tomará como valores de referencia del 0 al 10, siendo 0 ninguna intensidad y 10 extremadamente intensos.
  - Control de las ideas, para ello también utilizaremos una escala en la que se medirá la aceptación de los pensamientos en su vida, tomando como valores de referencia de 0 a 10 donde 0 significará ninguna molestia y 10 extremadamente molestos, para ello realizaremos preguntas del tipo ¿hasta qué punto le interfieren en su vida diaria? ¿son pensamientos que puede quitar de la cabeza o no?

Para culminar con este capítulo voy a señalar otros aspectos que deberán ser tenidos en cuenta:

1. Cualquier amenaza de suicidio deberá ser evaluada como realizable en principio, ya que incluso algunas de las que se realizan con fines manipulativos tienen un riesgo latente.

2. La conducta del evaluador ha de ser siempre empática, estable, evitando juicios (aunque sean no verbales), personales, intentando comprender la situación en la que se encuentra la persona y como ha llegado a ella, mostrando atención e interés, lo cual ayudará a inferir en el paciente una sensación de seguridad y control de la situación, que facilitará la intervención.
3. En la intervención se buscarán objetivos satisfactorios que puedan a corto o largo plazo que pueda alcanzar el paciente tanto a corto como a largo plazo.
4. Si la situación se presenta de forma desbordable e incontrolable en el paciente será necesario valorar el ingreso involuntario de éste conforme a la legislación vigente (artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil), teniendo siempre en cuenta que la vuelta al domicilio de un paciente tras una hospitalización por intento autolítico exige que se adopten medidas de seguridad durante los 6 primeros meses desde el intento por el riesgo de recaída.

Cuando el riesgo suicida es alto, se hace efectivo realizar pequeños pactos donde el evaluador se debe comprometer a apoyarles, respetarles incluso en sus ideas suicidas, a cambio de que la persona se comprometa a que antes de suicidarse hablará con él, este pacto funciona porque no se pretende convencerles de que no lo hagan de forma directa sino lo que se transmite es un sentimiento de que no están solos, para ello es recomendable que el evaluador pueda disponer de algún método para que la persona le pueda localizar así como facilitarle un listado de personas a las que poder llamar.

Si la intervención se produce después del intento de suicidio es fundamental buscar la causa, ya que a veces pueden aparecer muchas ideas irracionales del tipo “soy un cobarde” etc... Se hace imprescindible después de sufrir un intento autolítico para su recuperación que desarrollen rutinas donde se establezcan horarios de comidas horarios de sueño y realización de actividades regulares. Uno de los hábitos o rutinas que favorecen el cambio es la realización de deportes o actividades donde tengan que interactuar con otras personas, es conveniente redirigirles hacia actividades como pueden ser la realización de teatro no profesional, inclusión en grupos de montaña, deportes que previamente hayan manifestado gustarles, etc...



Considero fundamental trabajar con una base en la que la persona entienda que la vida es un suspiro, por lo tanto y teniendo en cuenta que el suicidio es una solución eterna a la que se puede recurrir en cualquier momento, porqué no dejar esta posibilidad en un cajón guardado bajo llave y seguir en el suspiro utilizando otros cajones “Juan Manuel Neira Villar”.

Ante la existencia de esta ideación suicida, es importante que el evaluador mantenga varias citas semanales y debiendo estructurarles los días hasta la próxima sesión, se tendrá en cuenta también eliminar todos aquellos objetos (armas, medicación y actividades, cazar, conducir, trabajo con el arma) que puedan actuar como estímulo discriminativo de la respuesta suicida.

En resumen, cuando exista un alto riesgo de suicidio en la persona, se debe elaborar un programa antisuicidio exhaustivo en el que se incluirán estímulos discriminativos para que realicen actividades y a la vez se eliminarán aquellos otros estímulos relacionados con el acto del suicidio.



### **Prevencción del Suicidio en la Policía Nacional.**

De forma general se ha de decir que la Organización Mundial de la Salud declaró que no se pueden prevenir todos los suicidios, pero sí gran parte de ellos, este organismo propuso una serie de medidas como: limitar el acceso a los medios para cometer el suicidio, someter a tratamiento especializado a las personas con trastornos mentales, realizar un seguimiento de pacientes con antecedentes suicidas y prestar una atención especial en personas con depresiones profundas, ideas suicidas o que hayan expresado su deseo de morir.

En referencia al suicidio policial, algunos expertos señalan que el manejo de emociones en entornos tan desfavorables requiere de un entrenamiento específico y continuado, para lo cual se hace necesario la realización de cursos que conlleven una preparación teórica y práctica en los cuales se den herramientas a los funcionarios para el manejo del estrés policial.

Uno de los instrumentos que puede servir para este plan preventivo es el documento publicado por el departamento de salud mental y abuso de sustancias de la Organización Mundial de la Salud, prevención del suicidio.

En el campo de la prevención de la conducta suicida se deben armonizar 4 factores: cambios en la organización, que atenúen situaciones laborales estresantes, relativizar los problemas de salud mental y favorecer la búsqueda de ayuda de los afectados, detección anticipada a posibles trastornos de salud mental o problemas emocionales e intervención y tratamiento apropiado.

Dentro de la prevención de riesgos laborales hay que reseñar que los problemas de salud mental de los trabajadores inciden de forma negativa en la productividad de las organizaciones y por consiguiente deben fomentarse medidas de ayuda a los empleados que sufran algún tipo de problema que afecte a su situación emocional y lograr que estos pierdan el temor a ser estigmatizados o a no poder alcanzar sus aspiraciones profesionales.

En la prevención del suicidio a nivel policial se debe hacer una prevención selectiva sobre aquellos policías que presenten o hayan presentado signos de riesgo, considerándose las bajas por depresión así como los intentos previos de suicidio, además y en referencia a los últimos casos que se están dando dentro de esta prevención se debe tener en cuenta las opiniones de

aquellos otros policías que estén cercanos a los funcionarios que puedan padecer alguna psicopatología o que en un momento puntual se encuentre con una situación límite que pueda producir un desbarajuste en su personalidad como es en el caso de separaciones o pérdidas cercanas. Por todo ello y en aras de una mejor prevención se debe incorporar en los materiales docentes guías que apoyen esta evaluación, además teniendo en cuenta el aumento de uso de las nuevas tecnologías será importante considerar éstas y todas aquellas redes sociales donde se pueda extraer información de cara a la prevención.

Además se considera necesario en interés de una prevención terciaria establecer programas de ayuda a policías que se encuentran ya afectados por un suicidio y realizar un seguimiento de estos.

Otro de los factores a tener en cuenta en la prevención son los cambios laborales, donde se debe luchar por establecer programas para la salud y el bienestar que actúen contra el estrés que estos generan, dentro de estos cambios también se pueden dar diferentes tipos de situaciones como: la ambigüedad de roles donde el trabajador tiene información inadecuada o confusa acerca de cómo debe realizar el trabajo, conflicto de roles en el que el trabajador experimenta exigencias conflictivas o presión para comportarse en formas que causan inconformidad, trabajo en exceso o falta de habilidades necesarias para realizar la tarea, estructuras administrativas autoritarias que no incluyan a los trabajadores en la solución de los problemas y toma de decisiones, cultura organizacional que fomenta la hostilidad, el favoritismo o competencia innecesaria, riesgo de salud física, seguridad, o exposición a sustancias nocivas y por último discriminación o acoso sexual o emocional.

Otro factor de prevención que debe situarse en la primera línea de trabajo es la mejora de las aptitudes o habilidades en los mandos policiales para la detección de psicopatologías o ideaciones de conducta suicida entre sus subordinados, en este sentido se hace necesario la implantación de programas y cursos de formación entre todo el colectivo policial, tendente sobre todo a eliminar el estigma que representa el padecer algún tipo de problema de salud mental.

Entre las últimas líneas que se deben incorporar de prevención hay 2 que no deben faltar como son la ayuda telefónica y la ayuda vía internet, hasta este momento éstas se están llevando a cabo por organizaciones no gubernamentales de acción social y cooperación, siendo necesario la incorporación de alguna figura de la organización que coordinase dichas ayudas.

En la prevención psicosocial de salud mental en el trabajo y en relación directa con la prevención del suicidio se apunta la conveniencia de llevar a cabo actuaciones directas que evalúen y administren el tratamiento más adecuado a los funcionarios.



## Conclusiones

Llegados a este punto del trabajo es hora de hacer alguna reflexión sobre las ideas fundamentales que se pueden extraer en torno a la prevención del suicidio.

El suicidio es un fenómeno que se puede dar en cualquier ámbito laboral con repercusiones tanto para el trabajador, como para la familia y su organización de trabajo según comprobamos en los estudios revisados, siendo posible ampliar las técnicas de prevención para disminuir este fenómeno y sus consecuencias.

Las causas que conllevan al suicidio son múltiples, dándose con mayor frecuencia, en el ámbito estudiado de la policía; el desgaste mental, horarios, difícil conciliación familiar, separaciones matrimoniales, riesgos de portar armas de fuego etc, por lo que las medidas de prevención más efectivas irán encaminadas a disminuir o eliminar dichos riesgos.

El trabajo de investigación informa de los factores de mayor riesgo en los trabajadores a la hora de la prevención del suicidio, entre esos factores personales, se desprende que debe hacerse hincapié sobre todo en haber tenido intentos previos de dicha conducta, antecedentes de depresión, antecedentes familiares, abuso de drogas o alcohol sobre todo cuando correlaciona con patrones de personalidad histriónica o personas impulsivas, padecimiento de una enfermedad física grave y finalmente si habían sido víctimas de abusos sexuales en la infancia o violencia de género.

De cara a la detección de la conducta que presenta el suicida antes de realizar el acto, se desprende de la investigación que es importante señalar variaciones tales como; los procesos emocionales con cambios bruscos en su estado de ánimo, especialmente tristeza durante un largo periodo de tiempo y los días previos al acto felicidad injustificada, aislamiento, entrega de pertenencias valiosas sin motivo aparente a allegados, redacción de notas de despedida y incremento en el consumo de alcohol o sustancias estupefacientes.

Otro reto de cara a la prevención tras los estudios analizados fue considerar importante aclarar ciertos errores o conceptos erróneos asociados a la conducta suicida, de cara a que todos los trabajadores los conozcan, entre ellos la creencia de que el que se quiere matar no lo dice, teniendo en cuenta que de cada 10 personas que se suicidaron, 9 manifestaron claramente su propósito, otro error que describí y que además pone en peligro aumentar la

estigmatización del problema es pensar que todo el que se suicida es un enfermo mental, los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo, lo que sí está claro es que se padece un sufrimiento interior. Además de estos errores, existen otros que afectan directamente al suicida, como tener visión de túnel donde solo atienden a la parcela negativa de la realidad en la que viven, magnificación de los problemas, pensamiento extremista, personalización, recompensa adivina y abstracción selectiva donde como explico en el trabajo la persona solo considera los fracasos en su vida.

En cuanto a la perspectiva de futuro de cara a la prevención del suicidio, se deja claro el papel fundamental de los medios de comunicación, dejando ver en mi trabajo que estos pueden ayudar a su prevención y a minimizar el riesgo de contagio proporcionando una información concisa, no siendo repetitivos, porque como ocurre en otras problemáticas de nuestra sociedad actual, la exposición prolongada puede incrementar la posibilidad de contagio en personas vulnerables. A la hora de comunicar un suicidio deben tener en cuenta que este es resultado de muchos factores, por lo que no se deben dar explicaciones simplistas, como ha pasado en una de las recientes noticias que sucedió en Madrid con el suicidio de un policía nacional, donde se llegó a difundir en una portada de un diario digital, “un policía se suicida por un ataque de cuernos”, además deben considerar que detrás de cada suicida quedan unos supervivientes entre los que se incluyen familiares y personas allegadas que deben superar un duelo y que representan también a un grupo de riesgo en la prevención del suicidio al haber tenido a alguien cercano que lo ha realizado o intentado.

En relación a los familiares o personas allegadas al suicida, en mi trabajo aclaro las dos formas de trabajar la prevención, una de ellas es ante el peligro de tener alguien cercano que considera suicidarse y otra, una vez se ha producido el suicidio, como afrontarlo y prevenir un posible contagio, principalmente señale su recolocación emocional con el suicida para que el superviviente continúe vinculado con el fallecido, pero de un modo que no le impida seguir viviendo, trabajando emociones tan fuertes y con tanta repercusión en nuestro sistema autoinmune como la culpa, la frustración y la ira.

Todo lo anterior desemboca en la necesidad de una intervención en la prevención común del suicidio, mediante el cumplimiento de unas pautas generales, empezando por la entrevista como pilar fundamental, hasta la recuperación de la persona. Durante la entrevista se hace imprescindible la importancia de generar un clima tranquilo donde se favorezca la comunicación de la sintomatología, sentimientos y pensamientos de la persona asociados a la conducta suicida, adecuándose esta al objetivo de la misma y teniendo claro en todo momento por parte del evaluador, no tener reparos a la hora de realizar preguntas relacionadas con dicha conducta. Además es conveniente el uso de algunas de las escalas de evaluación que son de uso complementario a la entrevista, como la escala de desesperanza de Beck, escala de intención suicida etc.

En la parte epidemiológica de las conductas suicidas una de las hipótesis iniciales conllevaba saber si había existido un aumento significativo de los suicidios en la población española y en la población de la organización a la cual pertenezco, pudiendo afirmar que en la población general si ha habido un aumento significativo de los suicidios llegando a superar el número de muertes no naturales en accidentes de tráfico, sin embargo en mi organización esto no se ha producido y por lo tanto no han aumentado en correlación con la población española en general.

Otro de los estudios era saber si dentro de mi organización la posesión de armas de fuego como factor de riesgo en el suicidio era importante, claramente los datos nos muestran que más del 85% de los suicidios utilizaron este medio para quitarse la vida, por lo cual en la prevención de estos, una de las medidas fundamentales es la retirada del arma.

Al estudiar la variable de la edad, observamos que el tramo comprendido entre los 50 y 58 años es el que cuenta con un notable porcentaje de suicidios mayor.

Teniendo en cuenta el área geográfica se puede observar de los resultados, que existe una variable influyente en la determinación suicida, los resultados muestran que existen tres ciudades que son Barcelona, Valencia y Madrid que acumulan más suicidios en comparación con otras ciudades, quizás en otros estudios se podrían considerar variables como el clima, horas de sol, etc...pero en este caso lo que nos indica la tabla es que hay mayor tasa de suicidios en ciudades grandes con mayor población.

Otra de las conclusiones en aras de la prevención que podemos extraer, es que el intento de suicidio se hace más latente en personas que han tenido intentos previos, que tienen antecedentes familiares de suicidio, que padecen enfermedades mentales, que han abusado de drogas o alcohol, perfiles más impulsivos e histriónicos y que han tenido antecedentes de abuso sexual en la infancia.

Para concluir, se me ocurre realizar una reflexión unida a la prevención del suicidio, creo que no es posible predecir el suicidio en su totalidad pero fijándonos en aquellos factores que he descrito a lo largo de mi trabajo y teniendo en cuenta todas las medidas de prevención también descritas, sí podemos evitar que se produzcan muchos de ellos, además de sensibilizar a todos los trabajadores y de esta forma intentar eliminar el estigma de dicha fenomenología.





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Durkheim, E.: El Suicidio, 1917, Ed. Akal
- Guerra, Jesús; Lerma, Ana y Haranburu, Mikel (2010). Técnicas psicológicas de rescate en intentos de suicidio. *Emergencias* 2010, 22(5), 381-383
- Jaspers, K.T.: La filosofía desde el punto de vista de la existencia, Ed. S.L. Fondo de Cultura Económica de España, 1981
- Williams, J. Mark G., and Pollock, Leslei R. (2000). The psychology of suicidal behavior. En Keith Hawton and Kees van Heerigen (Eds), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 79-93). Chichester, Reino Unido: John Wiley and Sons
- Martí Amengual, G.: “El suicidio consumado en las Islas Baleares”, (Autor-Editor), Barcelona, 1982
- Williams, J. Mark G., and Pollock, Leslei R. (2001). Psychological aspects of the suicidal process. En Kees van Heeringer (Ed.), *Understanding suicidal behavior* (pp. 76-93). Chichester: John Wiley & Sons
- Ramsden, E.: El animal suicida: ciencia y naturaleza de la autodestrucción”, Ed. Past & Present, 2014
- Pollock, Leslie R. and Williams, J. Mark G. (2011). Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall (Internet). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 386-396
- Sarró, B. y De La Cruz, C.: “Los suicidios”, Ed. Martínez Roca, Barcelona, 1991
- O’ Connor, Rory C. (2003). Suicidal Behavior as a Cry of Pain: Test of a Psychological Model. *Archives of Suicide Research*, 7: 297-308
- Venceslá Martínez, José Fernando; Moriana Elvira, Juan Antonio (2002). Conducta autolítica y parasuicida. Características sociodemográficas en población infantojuvenil de ámbito rural. *Revista Asociación Española Neuropsiquiátrica*

## INDICE

Resumen.....	Página 2-3
Introducción.....	Página 4-5
Justificación.....	Página 6
Objetivos.....	Página 7
Cuerpo del Proyecto.....	Página 8
Aspectos Generales del suicidio desde la prevención de riesgos laborales.....	Página 9-13
Epidemiología de las conductas suicidas .....	Página 14-20
Factores precipitantes y factores de protección en la valoración del suicidio .....	Página 21-23
Tipos de suicidio e intervención específica .....	Página 24-27
Tratamiento y prevención con las personas allegadas al suicida.....	Página 28-30
Errores cognitivos de los suicidas a tener en cuenta en la evaluación .....	Página 31-32
Intervención en la prevención común del suicidio .....	Página 33-41

Prevencción del suicidio en la

Policía Nacional.....Página 42-44

Conclusiones.....Página 45-48

Referencias Bibliográficas.....Página 49

