

**UNIVERSITAT
JAUME I**

Trabajo Fin de Grado

**Suicidio: especial mención a su perspectiva
de género y su aparición en la
Administración Pública**

Presentado por:

María Marí Julián

Tutor:

Sebastián Esparducer

Grado en Criminología y Seguridad

Curso académico 2019/20

ÍNDICE

1	<i>Resumen/Abstract</i>	1
2	<i>Extended summary</i>	2
3	<i>Introducción</i>	7
4	<i>Contexto histórico y cultural</i>	8
5	<i>Suicidio e ideación suicida</i>	11
5.1	Conceptualización	11
5.2	Proceso	13
5.3	Clasificación	14
5.4	Factores de riesgo	18
5.5	Epidemiología	23
5.6	Tratamiento jurídico	27
5.7	Instrumentos psicométricos de evaluación	28
6	<i>Perspectiva de género en el suicidio</i>	31
7	<i>Suicidio en el ámbito de la Administración pública</i>	35
7.1	Estrés y suicidio en el ámbito policial	37
7.2	Estudios consultados	39
7.3	Principales causas	42
8	<i>Conclusión</i>	43
9	<i>Bibliografía</i>	45

1 Resumen / Abstract

Resumen: Este trabajo tiene la finalidad de tratar uno de los temas que, aun a día de hoy, resulta un tabú en nuestra sociedad. Se trata del suicidio, un fenómeno considerado actualmente como un problema de salud a nivel mundial. Este trabajo trata de aportar al lector información sobre sus aspectos más básicos, comenzando con una perspectiva histórica de su concepción y haciendo hincapié en las diversas conceptualizaciones actuales. Se explicarán, además, sus fases y el proceso de la conducta suicida, junto con una explicación sobre los diversos factores de riesgo del suicidio. Se explicarán, asimismo, instrumentos útiles para la valoración del riesgo de suicidio y se aportará información sobre cuestiones jurídicas relevantes en nuestro país. Otro de los objetivos de este trabajo es abarcar el suicidio desde una perspectiva de género, tratando de explicar la disparidad de cifras que presentan los suicidios y los intentos de suicidio entre los hombres y las mujeres. Por último, se tratará de arrojar un poco de luz a la aparición del suicidio en el ámbito de la Administración Pública y, más concretamente, en su aparición en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, a consecuencia del considerable aumento del número de suicidios que ha sufrido en los últimos años la Policía Nacional y la Guardia Civil.

Palabras clave: Suicidio, proceso, factores, género, Administración.

Abstract: This work aims to deal with one of the issues that, even today, is a taboo in our society. It is suicide, a phenomenon currently considered a worldwide health problem. This work tries to provide the reader with information on its most basic aspects, starting with a historical perspective of its conception and emphasizing the various current conceptualizations. In addition, its phases and the process of suicidal behavior will be explained, along with an explanation of the various risk factors for suicide. Useful instruments for assessing suicide risk will also be explained, and information on relevant legal issues in our country will be provided. Another of the objectives of this work is to cover suicide from a gender perspective, trying to explain the disparity in the numbers of suicides and suicide attempts between men and women. Finally, it will try to shed a little light on the appearance of suicide in the field of Public Administration and, more specifically, on its appearance in the Security Forces and Corps, as a result of the considerable increase in the number of suicides that the National Police and the Civil Guard have suffered in recent years.

Key words: Suicide, process, factors, gender, Administration.

2 *Extended summary*

In our society, death has always been a taboo subject, so it is not surprising that suicide is a taboo subject too. Nevertheless, it is a very present phenomenon in our lives, since approximately in the world every 40 seconds a person takes his life. Suicide is not about religion, color, race, or economic status: it is a phenomenon that affects us all.

This work tries to explain some of the most essential aspects related to suicide in order to go deeper into the subject, and get us closer to its historical and social reality. The method used in this work has been to carry out a bibliographic review. To do this, various sources have been investigated such as articles from scientific journals, theses, documents produced by the Ministry of Health... in an attempt to cover the subject of suicide from various points of view.

First, a historical analysis is carried out about the different conceptions that suicide has had throughout history. This takes into account the perspective they had about this phenomenon in ancient societies, especially in Greece and Rome. In addition, the change that the conception of suicide underwent with the arrival of the first religions and, especially, Christianity is nuanced.

On the one hand, this religion (like most of the others) had the firm theory that it is God who provides us with life, so that humans are no one to decide when it ends. This line of thought is the same that appears in other religions, such as Islam.

On the other hand, the philosophical currents of the time also raise questions about suicide. Philosophers linked to religion maintained their penalization with the same argument as these, affirming that since life is a gift provided by God, we have no right to take it away from us. However, from the Middle Ages suicide obtained a decriminalization.

Since the French Revolution, philosophers like Hume or Voltaire gave rise to the possibility that the individual could decide for himself about the end of his own life. Thus, throughout this point, the evolution of the treatment of suicide is developed in detail, not only on a moral level but also on a legal level, to this day.

The following point is important in terms of the conceptualization of suicide today. Being a multidisciplinary phenomenon, various theories, concepts and nuances have

emerged that are difficult to encompass in one. However, the most relevant ones are offered to provide the reader with a basis on which to enter the subject.

After an analysis of fundamental terminology to understand this phenomenon (suicidal ideation, suicidal behavior, suicidal communication, parasuicide ...) it is about analyzing the parts of suicide and the process that leads a person to take their own life. These are the phases of suicide, consideration, ambivalence, and decision.

In addition, it is important to know the types of suicide that exist, since not all people decide to kill themselves in the same way, or for the same purpose. For this reason, a classification of the types of suicide is carried out according to the method used, the purpose or motivation, the intervention of third parties, sociology, the degree of planning and the result.

Also, it is interesting to know what are the possible causes that lead a person to commit suicide. Therefore, a compilation of the most important risk factors that influence this decision is offered. They are divided into individuals, family and contextual and others, such as sexual orientation and easy access to weapons, among others.

As far as individual risk factors are concerned, mental disorders stand out in the first place. The most relevant in terms of the possible appearance of suicidal behaviour or suicidal ideation are: depression, bipolar disorder, psychotic disorders, disorders derived from the use of alcohol and other substances, anxiety disorders, eating disorders and personality disorders. The other individual risk factors refer to psychological factors, previous suicide attempts or the presence of previous suicidal ideation, age (especially adolescence and old age), gender (as explained below), genetic and biological factors, and physical illness or disability.

Regarding the family and contextual risk factors, we will explain the family history of suicide, the presence of stressful life events (such as economic losses, dismissal, death of relatives...), the lack of social or family support, the socio-economic level, the social status, or the ethnicity or religion (since it is conditioned that belonging to a religious group is a protective factor). In addition, mention will be made within these factors of the "Werther Effect", explaining the importance of overexposure to suicide news.

Other risk factors that have been tried to be explained are the history of physical and/or sexual abuse, sexual orientation (as will be seen from a gender perspective),

harassment by peers (as is the case with bullying) and easy access to weapons or poisons, these being a precipitating factor for suicide.

In addition, a nuance is established with respect to a data provided by the World Health Organization regarding risk factors, which is that it states that 90% of people who had committed suicide had a mental disorder. Despite this figure being true, it is necessary to make a little reflection on this fact, since it is very easy for readers to assume that 90% of people with a mental disorder will end up committing suicide. For this reason, the text presents an article that tries to change this vision through arguments provided by different psychologists and psychiatrists.

After having analysed the risk factors for suicide, as well as the different types that exist and their phases, a series of psychometric instruments are offered that are useful for measuring the risk of suicidal behaviour or suicidal ideation. A classification is made between self-applied and hetero-applied scales.

In the first group are the Beck Hopelessness Scale (BHS) and the Beck Depression Inventory (BDI).

As for the heteroapplied scales, we see the most representative ones: SAD PERSONS, IS PATH WARM, the Scale for Suicide Ideation (SSI), Suicidal Intent Scale (SIS) and the Hamilton Rating Scale for Depression, (HRDS). The most representative items of each one of them are explained and a small summary of them is given.

In addition, an analysis of its legal treatment in Spain has been carried out. Although suicide is not punishable in our country, the intervention of third parties in it is illegal.

It has also been necessary to carry out an epidemiological analysis of suicide focused primarily on our country. In it, statistical graphs are explained that explain the suicides that have occurred in the last in Spain, taking into account that the most recent data are from 2018. In addition, this year's suicides by Communities are shown, to illustrate how it is spread this phenomenon in our country. In this way, ages and means employed are also analyzed, linking these two variables to the sex variable. The reason is to illustrate the differences that occur in suicides with respect to men and women, and that is that men commit suicide three times more than women but they try three times more than men.

From the studied data, it is seen that, regarding the means used, men have more to use hard methods such as hanging or strangulation; while women tend to use drug poisoning more frequently.

The differences between men and women in the suicidal aspect is one of the points that tries to deepen this work through a gender perspective. In this perspective, the aim is to offer an explanation for the diversity of data offered by the World Health Organization and the National Institute of Statistics. For this, a bibliographic review has been carried out in which an article that includes four lines of research has been essential.

The first of them refers to risk factors insofar as some affect men more and others women.

The second line of research tries to explain the phenomenon of suicide by associating it with people's self-perception of their own body, relating it to the appearance of Eating Disorders and all that this entails.

In the third line, a relationship is established between people's gender identity and suicide, referring to minorities who have suffered harassment or rejection by society for failing to fit into the generic standards of sexuality.

The last line of research refers to the conception of the female gender from a too existentialist basis such as motherhood, so that weight is attributed to women accompanied by a series of expectations and demands on the part of society.

Finally, this work aims to address the issue of suicide in the field of public administration, and specifically in the Security Forces, more specifically in the National Police and the Guardia Civil.

There is a general belief that the Public Administration has much better working conditions than other sectors and therefore presents less risk, but the truth is that it is an entity with too much rigidity and bureaucratic processes that result in stress for the worker, which leads to burnout syndrome.

It is an interesting issue since in recent years the number of suicides in both forces has increased considerably. For this reason, a study carried out by the Independent Union of the Local Police of Jaén is used as a starting point, in which illustrative graphs are presented on the appearance of suicides in both bodies.

As we know, the members of these police forces face daily stressful situations that could possibly lead to post-traumatic stress. This is the case of public disasters, scenes of much violence, seeing first hand the victims of an accident...

Some of the problems that come with this profession is the difficulty of not "taking your work to your home", that is being able to switch off when your shift ends. However, it is very difficult, and even more so if we add the difficulty this profession has in reconciling work and personal life because of the shifts, which can include working on weekends and holidays and also doing night shifts.

It's also made a mention of the added difficulty of the stigmatisation of mental health problems in the police forces, and also of society's expectations and idealisations of police officers and civilian guards, who are often seen as people who have to put their feelings aside when doing their job and that is sometimes impossible.

As conclusions we can draw the urgent need that our society has to give suicide the importance and gravity that it deserves. By carrying out awareness, treatment and prevention policies, we could contribute to fighting this cause of death, since it is preventable. It is necessary to make more accessible resources available to citizens and to eliminate the stigma that prevails in our society regarding mental disorders, since this only contributes to concealment and shame for those who are going through a crisis.

Second, approaching suicide from a gender perspective helps us understand the importance of gender stereotypes and roles in our society. Exercising a different education in boys and girls could explain the difference in data in suicides, since boys have been educated in such a way that you think that expressing feelings and emotions is wrong. Furthermore, the weight of society that falls on women can explain many of the suicides committed by women.

Finally, it is necessary to give visibility to the appearance of suicides in the Security Forces, since many times it seems to be a silenced topic and seeing it this way does not help its prevention and treatment. They must implement programs that allow the administrative and communication procedures in this sector to be made more flexible, as well as allowing for work-related reconciliation to reduce the levels of burnout that can derive from a job like that.

3 Introducción

La problemática del suicidio en nuestra sociedad resulta un tema prácticamente inabarcable. La muerte, en general, se ha tratado como un tabú en nuestra sociedad, por lo que no es de extrañar que el suicidio también lo sea. ¿Cómo puede una persona quitarse la vida? ¿Qué le ha llevado a hacerlo?

Estas son algunas de las preguntas que se tratan de responder a lo largo de este trabajo, una revisión bibliográfica que abarca el suicidio desde diferentes puntos de vista.

La Real Academia Española define la palabra “suicidio” como “acción y efecto de suicidarse” o “acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza”. Etimológicamente, la palabra “suicidio” está formada por dos términos provenientes del latín: *sui-* (de sí mismo, a sí mismo) y *-cidium* (acción de matar, derivada del verbo *caedere*).

Tal y como ya apuntaron diversos autores (García, Fonseca y García, 1993), el suicidio es un acto específicamente humano. Esta afirmación tiene su explicación en la necesidad de conocer qué es la vida y qué es la muerte para, en última instancia, determinar morir.

Se trata de un fenómeno que se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud pone de manifiesto que alrededor de 800.000 personas en el mundo se suicidan cada año, lo cual supone que, aproximadamente, cada 40 segundos una persona se quita la vida. No obstante, dichas cifras deben tenerse en cuenta considerando además los suicidios no consumados, puesto que las tentativas suponen el mayor factor de riesgo a nivel individual; así como aquellos suicidios no contabilizados al realizarse mediante una acción que pudiera resultar de calificación dudosa.

El presente trabajo trata de llevar a cabo un análisis de los aspectos más relevantes sobre del fenómeno del suicidio. Se hará hincapié en tratarlo desde una perspectiva de género debido a la disparidad de datos que arrojan la OMS y el INE en cuanto a los suicidios según hombres y mujeres y, además, tratará de arrojar un poco de luz acerca de la aparición del suicidio en la Administración Pública y, más concretamente, en el Cuerpo Nacional de Policía y en la Guardia Civil.

4 Contexto histórico y sociocultural

Puede afirmarse que el suicidio se trata de un hecho universal en el tiempo y en el espacio y la forma que tiene una sociedad concreta de concebirlo es un reflejo claro de los valores morales de ésta. (López García, Hinojal Fonseca, Bobes García, 1993, p. 311).

Si bien es cierto que este fenómeno es algo que ha venido apareciendo en todas las civilizaciones que conocemos, no en todas ellas se ha concebido de la misma forma. Su concepción ha ido variando en función de la vida en sociedad, de la cultura, de la religión o de la filosofía; y resulta interesante conocer *grosso modo* la evolución de esta problemática que a día de hoy se considera un problema de salud pública a nivel mundial. Un buen recopilatorio de los datos históricos que albergamos sobre el suicidio es el realizado por Daray, Grendas y Rebok para la Revista de Medicina de Buenos Aires (2016), por lo que los autores citados largo de este epígrafe han sido referenciados en primer lugar por éstos.

Una de las primeras pruebas que tenemos sobre la existencia de los comportamientos suicidas se trata de un papiro procedente de la civilización Egipcia de, aproximadamente, 4000 años de antigüedad. En él se aprecian diversos poemas que tratan de reflejar el estado depresivo de un individuo y sus ganas de poner fin a su vida. Estamos posiblemente ante la primera nota suicida de la humanidad, como lo redacta C. Tomas en "*First suicide note?*" (1980).

Respecto a la Antigua Grecia, apreciamos posiciones duales. En primer lugar, la Grecia Clásica consideraba el suicidio como un acto indigno y vergonzoso, llegando a realizarse amputaciones en el cadáver del suicida como muestra de humillación y desprecio hacia esta conducta. (López García, Hinojal Fonseca, Bobes García, 1993).

Esta idea en contra del suicidio fue reforzada por los pensamientos filosóficos del momento. Filósofos como Pitágoras y Platón lo rechazaban argumentando que el suicidio suponía una ofensa a los dioses, mientras que las razones que daba Aristóteles se basaban en la gran cobardía del individuo al no ser capaz de afrontar su propia vida. Estos argumentos filosóficos dieron pie a la regularización del suicidio a nivel legislativo, considerándolo un crimen y sancionando a aquellos que intentaban acabar con su vida sin éxito. No obstante, se consideró dejar fuera de ley a aquellos individuos que valoraban el suicidio como solución a una enfermedad terminal, por la vejez o por vergüenza. (Lykouras, 2013)

No obstante, en la Grecia Helenística se da un planteamiento filosófico diferente, ya que se relaciona el suicidio con la libertad humana. Así, las corrientes estoicas, epicúreas y cínicas defendían que el individuo podía decidir poner fin a su vida si consideraba que ésta se volvía insoportable, por lo que eran partidarias de despenalizar el suicidio. (Lykouras, 2013; Mcdonald, 2012).

En la antigua Roma los suicidios eran algo más frecuentes. Si bien es cierto que la sociedad, en general, los condenaba, eran aceptados los suicidios patrióticos, por amor, por honor, o causa de una enfermedad o de la vejez. (Acosta Artiles, 2004). Los principales motivos por los que los individuos romanos decidían poner fin a su vida eran la furia (personas consideradas dementes), la vejez, el dolor físico, la vergüenza y la desesperanza. (Lykouras, 2013). En términos legislativos, el suicidio estaba penado en los esclavos, por lo que se rebajaba el valor comercial de aquellos que habían intentado quitarse la vida. (Muelas, Ochoa Mangado, 2007).

Es importante destacar la influencia de los primeros cristianos hacia el final de la civilización Romana. Éstos condenaban tajantemente la conducta suicida, negando cristiana sepultura, eliminando los testamentos y confiscando las pertenencias del individuo que se hubiere suicidado.

Vemos cómo la influencia de la religión supuso una condena drástica al comportamiento suicida en las diferentes civilizaciones, tanto orientales como occidentales. En el caso del Cristianismo se asentó el rechazo al suicidio con la premisa de que la vida es un regalo divino, por lo que sólo Dios puede decidir cuándo ésta acaba. Ésta misma opinión prevalecía en el Judaísmo, Budismo, el Hinduismo y el Islam, siendo en esta última el suicidio un delito más grave que el homicidio. (López García, Hinojal Fonseca, Bobes García, 1993, p. 313).

Por ello vemos como la Grecia y Roma de la Edad moderna presentan, a partir del siglo V, una postura muy marcada en contra del suicidio. Concretamente fue a partir de año 452 cuando la Iglesia decidió hacer oficial su condena hacia el suicidio. Esas ideas fueron respaldadas por pensadores como San Agustín o Tomás de Aquino, defendiendo la idea de que el la vida de un hombre les corresponde a Dios, por lo que sólo éste podrá determinar su final. A consecuencia de estas creencias, la condena social y su penalización, ésta época vivió una significativa reducción del número de suicidios respecto de las anteriores. (Acosta Artiles, 2004). No obstante, conforme vamos acercándonos a la etapa del Renacimiento, se observa un trato penalmente más compasivo y menos criticado hacia el comportamiento suicida.

Fue en la Edad Moderna cuando el escritor inglés Sir Thomas Brown acuñó en 1642 el término “suicidio” empleándolo en una de sus obras (Barraclough, Shephred, 1994). Por otra parte, el término en español se empleó por primera vez en una de la obra “La falsa filosofía y el ateísmo” de Fray Fernando de Ceballos. (Sarró, 1984).

Siguiendo las líneas renacentistas, la Edad Moderna se caracteriza por una despenalización del suicidio y un empoderamiento de las ideas de la libertad y la razón. Concretamente, fue a partir de la Revolución Francesa y contando en el respaldo de filósofos como Voltaire y Hume cuando se estableció el derecho del individuo a decidir sobre su propia vida, formando esta decisión parte de la libertad humana (McDonald, 2012). Concretamente fue Hume quien más profundizó acerca de éstas ideas en su obra “Sobre el suicidio”, oponiéndose abiertamente a la creencia religiosa que consideraba el suicidio una ofensa a Dios. Explica que el hecho de que un individuo decida acabar con su vida no debe suponer ni supone una ofensa o una contradicción con lo divino, ya que el hombre puede decidir, como único poseedor de su vida, cuándo desea que ésta finalice. Asimismo, explica Hume, suicidarse no supone un desagravio para con la sociedad ya que no produce ningún perjuicio a ésta sino que, en todo caso, se deja de aportar. (Hume, citado por Daray, Grendas y Rebok, 2016).

Entrando en la Edad Contemporánea, vemos cómo a partir del siglo XIX las explicaciones médicas se abren paso ante los pensamientos religiosos y filosóficos. El origen de estas concepciones se debe al comienzo del estudio de las psicopatologías y los pequeños pero constantes avances científicos. (Berrios y Mohanna, 2012). Las escuelas psiquiátricas francesas desarrollan una tesis psiquiátrica en la que no conciben la aparición de la conducta suicida si no es ligada a la existencia de psicopatologías en el individuo (Ey, 2008), pensamiento que fue apoyado en parte por psiquiatras del resto de Europa, quienes afirmaban, además, que los factores biológicos y sociales tenían también influencia en el suicidio (Berrios y Mohanna, 2012).

Por otra parte, fue en 1897 cuando el sociólogo Émil Durkheim publicó su obra “El Suicidio”, obra que aún sigue teniendo peso en nuestros días. En ésta realiza un enfoque sociológico que trata de explicar la conducta suicida considerando la disgregación social y la integración del individuo en los diferentes grupos sociales. (Stagnaro, 2006). Durkheim distingue varios tipos de suicidio desde una perspectiva sociológica que vendrán explicados en los siguientes puntos del trabajo.

Desde este punto hasta la actualidad vemos la existencia de diversas explicaciones, nomenclaturas y terminologías realizadas por diversos autores para tratar de unificar conceptos, tarea que resulta prácticamente inabarcable debido a la multidisciplinariedad de la conducta suicida.

5 Suicidio e ideación suicida

El suicidio puede calificarse como un proceso multifactorial que ha dado pie a la creación de diversas teorías y modelos que tratan de explicar y abordar esta problemática. No obstante, a pesar de la infinidad de explicaciones existentes, vemos que éstas no distan mucho entre sí.

5.1 Conceptualización

Es necesario llevar a cabo un análisis de los distintos componentes que pertenecen al acto del suicidio. Para ello y, en primer lugar, cabe distinguir los términos de “ideación suicida” y “conducta suicida”. La Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, elaborada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012), define la conducta suicida como una conducta potencialmente lesiva en la que hay evidencia de que la persona desea infligirse daño y/o acabar con su vida, bien siendo esta última su única intención o bien aparentando esta intención alguna finalidad. La conducta suicida puede no provocar lesiones o causarlas con diferentes grados de gravedad. Se consideran también formas de conducta suicida las autolesiones, las conductas suicidas no determinadas y los intentos de suicidio (tanto las tentativas como los suicidios frustrados).

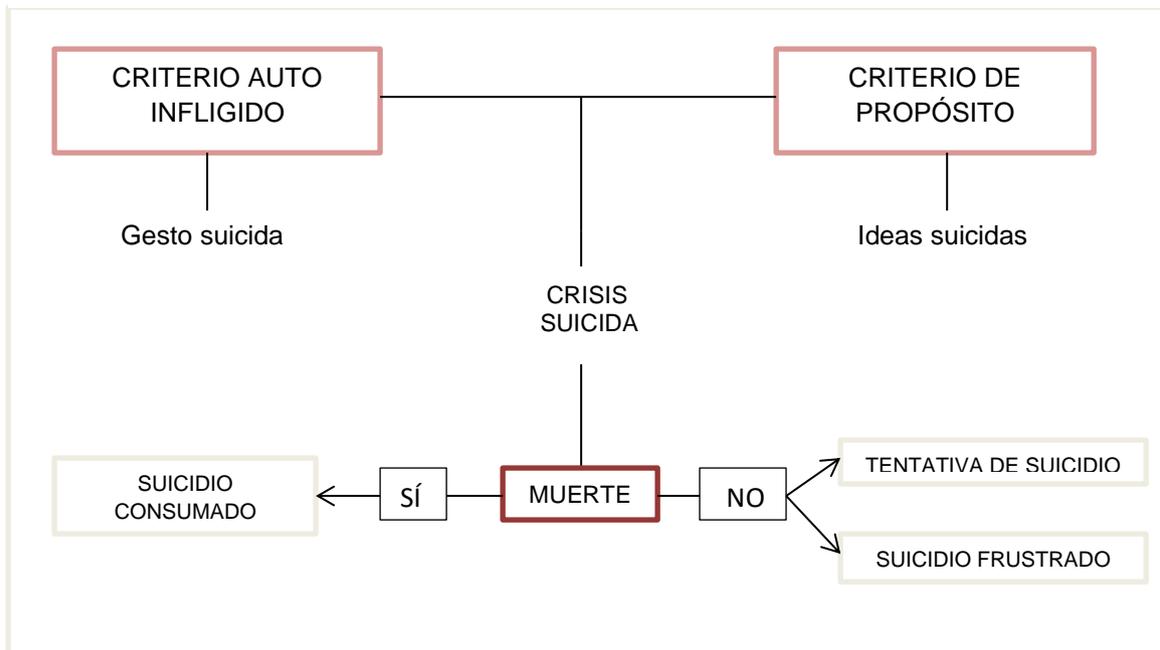
Por otra parte, aclara que la ideación suicida abarca el conjunto de pensamientos sobre el suicidio, es decir, opera a nivel cognitivo. En esta fase pueden llevarse a cabo planes sobre cómo acabar con la propia vida con mayor o menor intencionalidad, y no necesariamente desemboca en el suicidio. (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012)

La ideación suicida, explica Pérez Barreros (1993), comprende una amplia gama de pensamientos, siendo los más representativos:

- Deseo de morir (ideación suicida sin plantearse llevarlo a cabo)
- Representación suicida en la propia mente del sujeto
- Ideación suicida sin planteamiento de la acción concreta

- Ideación suicida con un plan indeterminado o inespecífico
- Ideación suicida con una organización completa (plan suicida)

Echévarri Gorricho (2010) propone un modelo esquemático (Esquema 1) para ilustrar los componentes básicos y el recorrido del acto suicida



Esquema 1: Componentes y recorrido de la conducta suicida

En él, Echévarri establece que el fenómeno del suicidio se compone de dos elementos fundamentales: el “criterio auto infligido” y el “criterio de propósito”. El primero hace referencia a los actos violentos llevados a cabo, y el segundo se refiere a la ideación suicida explicada anteriormente, es decir, al propósito de muerte. Uniendo ambos elementos se desembocará en una crisis suicida que llevará al acto del suicidio, provocando la muerte efectiva, logrando un suicidio consumado; o la supervivencia, tratándose entonces de un suicidio frustrado o de una tentativa de suicidio.

Es importante remarcar la diferencia que se establece entre estos dos últimos términos. El suicidio frustrado es aquel que no desembocó en la muerte por causas no previstas ajenas a la voluntad de la persona. En cambio, la tentativa de suicidio no conlleva a la muerte efectiva ya que el individuo no ha empleado los medios adecuados, puede ser por que exista una intención de morir lo suficientemente firme o que se hayan empleado métodos blandos (Echévarri, 2010)

Por otro lado, cabe definir también el término autolesión o “gesto suicida”. Es un término sinónimo a “parasuicidio”, acuñado por Kreitman y col. (1969) y hace referencia a las conductas que, aunque a priori puedan resultar suicidas, no tienen como finalidad última la muerte, sino que es un gesto de petición de ayuda o tiene como intención conseguir algún otro fin.

Otro término que resulta necesario definir es el de “comunicación suicida”. Se trata de un estrato intermedio entre la ideación suicida y la conducta suicida y no causa lesiones. Hace referencia al acto interpersonal de transmitir a un tercero los deseos de cometer el suicidio. La comunicación suicida se presenta de dos formas:

- Amenaza suicida: comunicación verbal o no verbal que da a entender que el individuo llevará a cabo una conducta suicida próximamente.
- Plan suicida: comunicación que lleva aparejada la propuesta de un plan o método concreto para llevarlo a cabo (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012).

5.2 Proceso

Habiendo ya analizado los diferentes componentes de la conducta suicida, cabe definir cuál es el proceso que entraña el acto del suicidio.

A esto trata de responder Poldinger (citando en Calvo, F. J. H., 2015), describiendo las tres fases por las que pasa un individuo antes de quitarse la vida. Así:

1ª- Consideración:

La persona considera que poner fin a su vida podría ser una posible vía de escape a una situación dolorosa por la que está atravesando. Se considera que, en esta primera fase, los medios de comunicación puede jugar un papel fundamental, ya que dar excesiva información sobre personas que se han quitado la vida, los medios que han empleado para ello, etc., puede resultar contraproducente en tanto en cuanto esta información haga nacer a otras personas la idea de suicidarse también. Es lo que se denomina “efecto Werther”, término acuñado por David Phillips en 1974 para dar nombre al efecto imitativo de la conducta suicida.

2ª- Ambivalencia:

Es en esta fase, afirma Poldinger, la persona se debate entre sus tendencias constructivas y sus tendencias destructivas. Se trata de un debate vital en el que la persona se plantea si realmente quitarse la vida es la solución a sus problemas o si, por el contrario, podría encontrar otra solución. Esta fase tiene una duración variable en función de la persona (incluso podría no darse en el caso de sujetos extremadamente impulsivos) y es el momento en el que la persona lleva a cabo avisos de suicidio y llamadas de socorro, motivo por el cual la actuación psicológica y psiquiátrica es fundamental en este estadio.

3ª- Decisión:

Si las tendencias autodestructivas que sacaba a la luz el apartado anterior han predominado, esta es la fase en la que la persona ha decidido poner fin a su vida. Es posible que ya haya llevado a cabo un plan para conseguirlo, y es importante saber que, cuanto más detallado sea el plan, mayor riesgo de conseguir una muerte efectiva. En esta fase pueden aparecer escenarios como alegría repentina o despedidas.

5.3 Clasificación

Puesto que no todos los suicidios se cometen bajo las mismas circunstancias y con la misma finalidad, la psicología forense ha llevado a cabo una clasificación en atención a diferentes criterios. De esta forma, diversos autores como Enrique Rojas en su ensayo *Estudios sobre el suicidio* (1978) exponen una amplia clasificación de las diferentes tipologías de suicidio. Citado por Castellero Mimenza, se exponen a continuación las clasificaciones más relevantes:

1. Según la motivación o finalidad:
 - a) Suicidio “llamada de atención” o “grito de ayuda”: se trata de una forma de pedir ayuda ante hechos que parecen sobreponerse a la persona y ésta se siente incapaz de controlar, por lo que el deseo de morir no necesariamente ha de ser fuerte e irreversible. Es posible que tenga por finalidad la manipulación.
 - b) Suicidio como huida: varios autores como la psicóloga Secades afirman que la mayoría de suicidios no tienen como finalidad la muerte, sino dejar de sufrir. Este tipo de suicidio es el más representativo de esta afirmación, pues la finalidad en sí no es la muerte sino eliminar un problema que causa

excesivo dolor o angustia y, para ello, la única solución factible que valora la persona es quitarse la vida.

- c) Suicidio con finalidad de muerte: a diferencia del apartado anterior, este tipo de suicidio ha tenido como finalidad buscar la propia muerte efectiva, por lo que suele haberse realizado una planificación detallada de su ejecución.
- d) Suicidio finalista: la motivación no es acabar con la vida, sino conseguir un objetivo en concreto. Para ello, se finge o aparenta la conducta suicida.
- e) Suicidio por venganza: la finalidad es provocar daño a terceros, por ejemplo, en forma de sentimiento de culpabilidad.

1. Según el método empleado:

- a) Métodos blandos: consiste en conseguir la muerte tratando de rebajar el nivel de sufrimiento al mínimo, pasando incluso por una fase de adormecimiento previo. Para ello es frecuente la ingesta abusiva de medicamentos. Asimismo, al tener un mecanismo de acción lento, es más sencillo intervenir y revertir la decisión mediante voluntad propia o con intervención médica.
- b) Métodos duros: requieren una participación activa de la persona, a diferencia de los métodos blandos. Se trata de una figura más violenta del suicidio cuyos métodos podrían ser el ahorcamiento, el uso de armas, precipitación al vacío, quemaduras, etc. Suele ser irreversible y, en caso de serlo, es probable que existan secuelas físicas posteriores.
- c) Métodos extraños: este método está relacionado con la existencia de conductas psicóticas. Es un método especialmente cruel que provoca gran sufrimiento a aquel que lo lleva a cabo, por lo que la persona no sólo busca la muerte, sino también sentir el sufrimiento previo que ésta conlleva. Algunos ejemplos son la intoxicación por sustancias corrosivas, amputaciones, prácticas caníbales...
- d) Métodos enmascarados: la intención de este tipo de muerte es tratar de que su determinación pueda confundirse con una muerte natural, accidental o un homicidio. Es común que se persiga una finalidad determinada, como inculpar a un tercero de la propia muerte o que un familiar cobre un seguro de vida.

2. Según la sociología:

Se trata de la primera sistematización del suicidio, realizada por el sociólogo Durkheim en su obra "El suicidio" de 1897, en la que expone que los tipos de suicidio en función de la regulación social son:

- a) Suicidio egoísta: el individuo no tolera la dinámica de la vida social ni se siente integrado en ella por lo que tiene escasos intereses sociales. Por ello, la determinación de morir se ve impulsada por el sentimiento de soledad que abrumba a la persona o, como explican López García et. al. (1993) a causa de enfermedades duras de sobrellevar o la vivencia del fallecimiento de un ser querido.
- b) Suicidio altruista: es una tipología totalmente opuesta a la anterior, ya que en este caso la persona valora más al grupo en general que al individuo en particular. La persona está extremadamente ligada a estas creencias grupales y piensa que con su muerte puede favorecer o compensar al grupo de alguna forma. Tienen especial importancia los valores del grupo y el individuo, como es el caso de los suicidios patrióticos.
- c) Suicidio anómico: se produce en las personas que han sufrido una fuerte crisis en sus valores y se encuentran perdidos y desorientados. Está relacionado con lo variable e inestable de la sociedad. La persona finalmente siente que ha perdido su identidad.
- d) Suicidio fatalista: se concibe como una forma de huida a una situación de extrema presión y control que provoca en el individuo un sentimiento extremo de opresión e impotencia.

3. Según el grado de planificación:

- a) Suicidio accidental: la persona no tenía intención de morir pero accidentalmente dio lugar a una situación que le provocó la muerte.
- b) Suicidio premeditado: aquí el individuo tiene intención de acabar con su vida, generalmente debido a una situación que le hacía sentir una ansiedad o desesperanza intensa. Antes de cometer el suicidio el sujeto puede experimentar episodios de alegría y calma, a consecuencia de saber que ya ha planeado cómo acabar con su vida y posteriormente lo llevará a cabo.

- c) Suicidio impulsivo: este tipo de suicidio se caracteriza por la falta de planificación. Se da durante episodios de fuerte ansiedad, fases maníacas o episodios similares; en las que el individuo está especialmente activado, ansioso y desesperado.

4. Según el resultado:

- a) Autólisis no suicida: el individuo busca provocarse daño a sí mismo pero sin tener como finalidad última causar su muerte, si bien puede derivar en ésta en función de la gravedad de la autoagresión.
- b) Tentativa de suicidio: no se consigue la muerte efectiva a consecuencia de un fallo en el plan. Puede ser indicativo de que el individuo no ha determinado acabar con su vida de forma imperativa, y por ello no existe un criterio autoinfligido letal.
- c) Suicidio frustrado: aunque también puede darse un fallo en el criterio autoinfligido al usarse un método blando, es más común que la muerte no se dé a causa de una rápida intervención de los sanitarios o de un tercero.
- d) Suicidio consumado: el individuo ha conseguido provocar su muerte efectiva.

5. Según la implicación de terceros:

- a) Suicidio colectivo: notorio en ámbitos sectáreos, hace referencia al acuerdo que al que llegan un grupo de personas para quitarse la vida.
- b) Suicidio ampliado: el individuo decide suicidarse pero no sin antes acabar con la vida de un entorno próximo como amigos y familiares. Lo considera necesario por varios motivos, como evitar el sufrimiento de sus allegados una vez éste haya cometido el suicidio o la compasión.
- c) Suicidio asistido: también conocido como eutanasia, se trata de una intervención autorizada por parte de un facultativo para dar muerte a una persona que así lo demanda al padecer una enfermedad irreversible. Puede también ser autorizado por los allegados del individuo, en caso de que éste no pueda manifestar su decisión.
- d) Suicidio inducido: aquél que se comete al haberse encontrado presionado, animado o inducido de una u otra forma por parte de un tercero.

5.4 Factores de riesgo

El estudio llevado a cabo por la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (elaborado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad) realiza un amplio estudio de la conducta suicida, incluyendo una clasificación de los factores de riesgo que pueden derivar en ésta, con la finalidad de facilitar su entendimiento y prevención.

La aparición de uno o varios factores de riesgo están muy relacionados con la aparición de la conducta suicida, por lo que podría establecerse que, a mayor número de factores presentes, mayor probabilidad de desarrollar esta conducta. Esta clasificación se realizó en base a diversos estudios, y pueden dividirse en factores modificables (como problemas de salud física o trastornos mentales) o inmodificables (los relativos a factores de edad, sexo, etc.) Si bien no todos tienen el mismo peso, la clasificación es la siguiente:

5.4.1 Factores individuales

1. Trastornos mentales
 - a) Depresión: se considera el trastorno más relacionado con el suicidio, ya que las personas que la padecen tienen un riesgo 20 veces más alto con respecto a las personas que no.
 - b) Trastorno Bipolar: se determina que entre un 25 y un 50% de las personas que sufren trastorno bipolar han realizado al menos un intento de suicidio.
 - c) Trastornos Psicóticos: aunque este trastorno es relativamente poco frecuente en la población, un 25-50% de las personas esquizofrénicas han presentado al menos un intento de suicidio.
 - d) Trastornos por abuso de alcohol y otras sustancias: es, además, un factor precipitante del suicidio. Se estima de uno de cada cuatro personas que han cometido suicidio han presentado abuso de alcohol u otras sustancias.
 - e) Trastornos de Ansiedad: pese a que el trastorno de ansiedad no se ha demostrado como un factor de riesgo independiente, está relacionado con la aparición de ideación suicida y tentativas de suicidio.
 - f) Trastornos de Alimentación: sobretodo en el sexo femenino, la anorexia se ha relacionado como un factor de riesgo de suicidio especialmente durante el final de la adolescencia.
 - g) Trastornos de personalidad: resultan especialmente relevantes el trastorno de personalidad antisocial y el límite.

2. Factores psicológicos: algunos rasgos psicológicos que suponen un factor de riesgo considerable son la impulsividad, el pensamiento dicotómico, el perfeccionismo, la rigidez cognitiva o la desesperanza, siendo esta última la más determinante.
3. Intentos previos de suicidios e ideación suicida: los intentos previos en el factor de riesgo más determinante, si bien el riesgo aumenta especialmente durante el primer año tras el intento. En cuanto a la ideación, el riesgo va disminuyendo en el tiempo si no se ha llevado a cabo ningún intento ni plan de suicidio.
4. Edad: especialmente durante la adolescencia y la edad avanzada.
5. Sexo: los hombres presentan una mayor tasa de suicidios consumados, mientras que las mujeres tienen un riesgo elevado de intentos de suicidio.
6. Factores genéticos y biológicos: se encontraron bajos niveles de serotonina en el líquido cefalorraquídeo de las víctimas del suicidio, hormona clave en el control de impulsos. Además, el estudio de Genis Mendoza y Tovilla-Zarae (2012) afirma que se da una relación de base genética en las conductas suicidas relacionadas con la actividad serotoninérgica.
7. Enfermedad física o discapacidad: aunque rara vez se produce un suicidio sólo a consecuencia de una enfermedad física, sí que es un factor que se encuentra relacionado, especialmente cuando se trata de dolores crónicos, desfiguraciones o mal pronóstico de la enfermedad y se da, sobre todo, en personas de edad avanzada.

5.4.2 Factores familiares y contextuales

1. Antecedentes familiares de suicidio: se da mayor riesgo cuando se trata de la muerte de un familiar de primer grado, y afecta sobre todo al sexo femenino.
2. Eventos vitales estresantes: actúan como factor precipitante. Se trata de situaciones que pueden resultar desencadenantes en la toma de decisión, por ejemplo: divorcios, pérdidas económicas, despidos, muerte de allegados o problemas legales.
3. Factores sociofamiliares y ambientales:
 - a) Apoyo familiar: se da un mayor riesgo en personas solteras, divorciadas, separadas o viudas, que viven solos y/o presentan escaso apoyo sociofamiliar. Es más notorio en los hombres durante los primeros meses de finalizar una relación. Además, existe una mayor probabilidad de presentar conductas suicidas en caso de tener una familia desestructurada o pertenecer a una familia monoparental (Ruiz y Orly, 2006; citado en Nogales, 2011).

- b) Nivel socioeconómico, educativo y laboral: especialmente situaciones de pobreza y pérdida de empleo, siendo este último además un evento estresante. Vega Piñero (2002) (Citado en Nogales, 2011) afirma que las conductas suicidas son más frecuentes en personas con dificultades económicas ya que, además, estos bajos ingresos están relacionados con la aparición de trastornos como depresión y ansiedad. No obstante, Piñero plantea que el fenómeno del suicidio está presente en ambos extremos del nivel económico: tanto un nivel muy bajo como uno muy alto. Por otra parte, el nivel económico resulta un factor importante en tanto en cuanto se ha demostrado que a mayor nivel educativo, menor tasa de suicidio (Vega Piñero et. al., 2002; citado en Nogales, 2011). Afirma Piñero que la profesión también puede resultar de riesgo en profesiones relacionadas con enfermedades o comportamientos sociales negativos (como los sanitarios) debido al estrés laboral, así como profesiones que requieren gran trabajo físico durante un elevado número de horas, con remuneración baja y escasos días libres.
 - c) Status social: la pérdida de status social se presenta como un factor de riesgo, ya que adaptarse a un nuevo estilo de vida más bajo puede traer aparejado episodios depresivos y ansiosos. (Ruiz Pérez y Orly, 2006; citado en Nogales, 2011)
 - d) Etnia y religión: la pertenencia a una religión o comunidad se muestran como factores de protección debido al sentimiento de pertinencia y fe, las personas ateas tienen tasas más elevadas de suicidio.
4. Exposición (efecto Werther): el exceso de información puede suscitar o animar a cierto grupo de personas más susceptibles a cometer suicidio en un determinado momento.

5.4.3. Otros factores

1. Historia de abusos físicos y/o sexuales: los estudios afirman el incremento de riesgo en personas que han sufrido abusos especialmente en la infancia, así como en mujeres víctimas de violencia de género.
2. Orientación sexual: aunque no hay evidencias muy amplias, parece darse sobre todo en homosexuales jóvenes.
3. Acoso por parte de iguales: sobre todo durante la adolescencia, este factor puede actuar además como factor precipitante.
4. Fácil acceso a armas o tóxicos: también como factor precipitante, esta disposición puede acelerar el paso de la ideación suicida a su comisión.

Si bien esta clasificación está basada en un análisis de diversos factores que incluyen esferas individuales, familiares y sociales, es necesario hacer un apunte en lo que a factores individuales (más concretamente, la existencia de trastornos mentales) respecta.

Se trata de plasmar una crítica llevada a cabo por diversos autores (García-Haro et. al., 2020) sobre la afirmación de la OMS en 2014 de que el 90% de los suicidios se deben a un trastorno mental. Estos autores explican que dicha afirmación se ha asumido mediante un sesgo cognitivo-social que ha tratado a los trastornos mentales como factor inequívoco y explicativo de la conducta suicida.

Aun resultando cierta dicha cifra que expone que el 90% de las personas que han cometido suicidio padecían un trastorno mental, este sesgo cognitivo implica que se pueda presuponer que, primero, el 90% de las personas que sufren un trastorno mental van a suicidarse y, segundo, que este trastorno sea la causa fundamentalísima de tal cifra de suicidios. No obstante, la mayoría de personas con psicopatologías clínicas no presentan conductas suicidas (García-Haro et. al., 2020).

Por ello, no analizar debidamente datos como el que proporcionó la OMS lleva a la sociedad a asumir una psicopatología como una “causa” del suicidio, a pesar de que no sea causa suficiente ni necesaria para desembocar en él (Insel y Cuthbert, 2015; citados en García-Haro et. al., 2020), de forma que se tome como un factor explicativo lo que es, en realidad, un factor de riesgo (Franklin et. al., 2017; citado en García-Haro et. al., 2020). Una comparación para tratar de eliminar ésta asociación directa de la psicopatología como causa del suicidio se puede llevar al terreno oncológico. Así, que un paciente diagnosticado de cáncer o una enfermedad terminal decida terminar con su vida no implica que dicha enfermedad sea la causa del suicidio, sino que sería más bien un factor precipitante (Calati et.al., 2018; Díaz-Frutos et. al., 2016; citado en García-Haro et. al., 2020), de forma que la causa última del suicidio sería tratar de atajar el sufrimiento que éste va a conllevar, ya que puede vivirse como una pérdida de los proyectos de vida del paciente. Nos encontramos aquí ante un “suicidio racional” (Siegel, 1986; citado en García-Haro et. al., 2020) que implicaría llevar a cabo un balance vital para determinar si, en estas concretas circunstancias, valdría la pena seguir con vida.

Otro ejemplo que proponen los autores para defender su crítica se trataría del caso de un hombre mayor diagnosticado con depresión desde hace 20 años al que recientemente le diagnostican un cáncer terminal, y se suicida poco tiempo después. Vemos aquí que, a pesar de padecer depresión, el factor precipitante por el que

decidió quitarse la vida fue el cáncer y no la psicopatología previa con la que llevaba 20 años conviviendo (García-Haro et. al., 2020).

Se critica por ello que el porcentaje facilitado por la OMS ha plasmado una “naturalización biomédica del suicidio” lo que deja a un lado factores como los anteriormente mencionados y explica la conducta suicida como un síntoma o manifestación última de un trastorno mental.

Explican los autores que por experiencia en contexto clínico, las conductas suicidas no se dan únicamente a causa de los síntomas y manifestaciones que causan los trastornos mentales, sino más a causa de otros factores contextuales como: problemas en el entorno con una solución que se presenta difícil, la desmoralización y estigmatización que supone para el paciente ser conocedor de su enfermedad y, por último, los efectos adversos del tratamiento que, aun consiguiendo paliar síntomas de la enfermedad (ciclo del sueño, apetito...) pueden impedir que su vida se desarrolle con mínima normalidad al ser demasiado agresivos e invalidantes, como presentar deterioro en la memoria o desarrollar alteraciones afectivas a causa de algunos neurolépticos. Son estos efectos los que pueden provocar en el paciente una sensación de pérdida de control sobre su propia vida que conlleva sentimientos de desesperanza y sintomatología depresiva.

Otra de las cuestiones que plantean los autores se trata de los suicidios registrados como tal a causa de una enfermedad mental, pero cuya calificación como “suicidio” resulta dudosa. Se refieren a aquellos suicidios o intentos de suicidio provocados a causa de alteraciones conductuales provocadas por un trastorno mental, como sería el caso de un delirio auditivo causado por la esquizofrenia que insta al paciente a saltar por la ventana. Los autores remarcan que en este acto, la existencia de la intencionalidad de querer quitarse la vida es dudosa, por lo que faltaría uno de los elementos principales de la conducta suicida. Estos suicidios carentes de implicación emocional se denominan “pseudosuicidios”. Subrayan por ello la necesidad de que existan elementos que permitan determinar a posteriori la intencionalidad de la conducta para poder calificarlo debidamente como suicidio. (García-Haro et. al., 2020)

Por ello, es necesario tratar la conducta suicida como el fenómeno multidisciplinario que es, teniendo en cuenta todos sus elementos y no reducirlo únicamente a factores médicos sin tener en cuenta los demás factores, que han resultado ser tan determinantes como el padecimiento de una enfermedad mental.

5.5 Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud afirma que más de 800.000 personas se quitan la vida cada año, lo cual supone un suicidio cada 40 segundos. Expone, además, que el 75% de estos suicidios tienen lugar en países de ingresos bajos y medios.

Acotando este fenómeno a nivel nacional, el suicidio se presenta como la primera causa de muerte no natural en España, suponiendo más del doble de muertes a causa de accidentes de tráfico. A lo largo de este siglo se han producido más de 50.000 suicidios en España (Observatorio del Suicidio en España, 2014). La media que nos arrojan las estadísticas recogidas en los últimos años¹ es de más de 3.500 suicidios anuales, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística (en adelante INE).

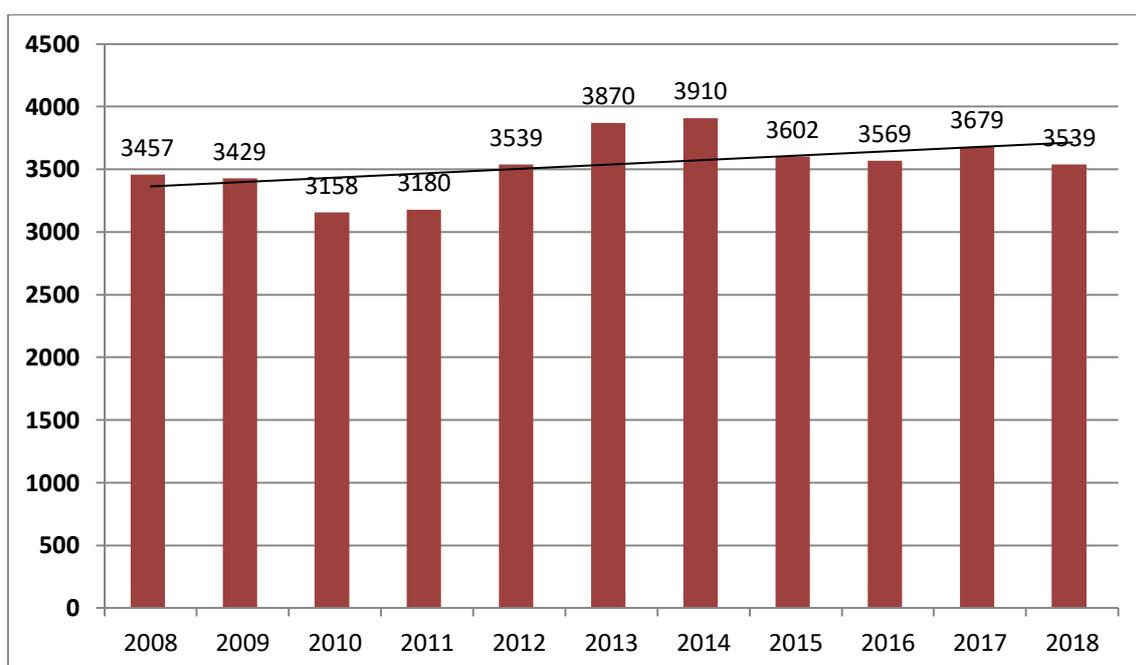


Gráfico 1 Suicidios en la Población española²

Once años atrás a partir de los datos más recientes proporcionados por el INE, vemos una línea de tendencia ascendente en relación con el número de suicidios en nuestro país (gráfico 1). Esto supone que, durante el período de tiempo estudiado, una media de 3.539 personas se quitan la vida al año en España, media que se traduce en, aproximadamente, 9 suicidios cada día.

En 2014 se anotó un máximo histórico de suicidios en España, aumentando un 1% respecto al año 2013, donde las cifras fueron ya notablemente elevadas. Este

¹ Los datos más actuales en este ámbito reflejados en el INE son del año 2018, publicados en diciembre de 2019

² Fuente: elaboración propia a partir del INE (2019)

porcentaje se traduce en 40 fallecidos más, tratándose de 27 hombres (incremento del 0.9% respecto a 2013) y 13 mujeres (aumento del 1,4% respecto al año anterior) (Observatorio del Suicidio en España, 2014).

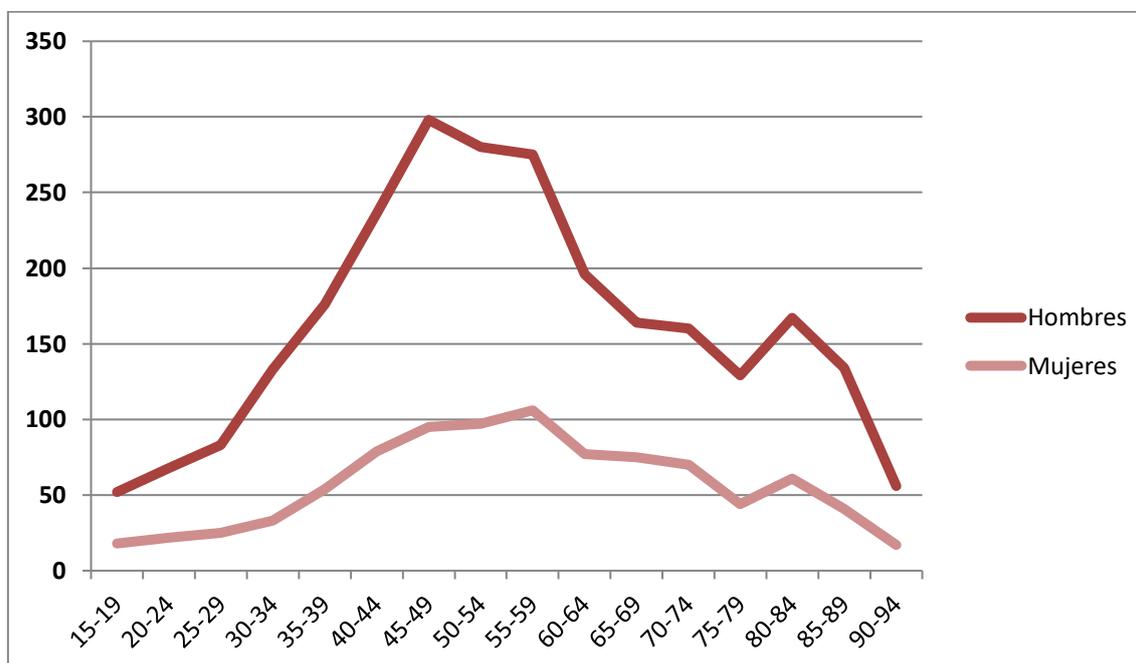


Gráfico 2: Suicidios por edad y sexo en España en 2018³

La OMS puso de manifiesto que la tasa de suicidios en hombres es significativamente mayor que en las mujeres. El INE, por su parte, estableció una proporción indicando que los hombres se suicidan tres veces más.

El estudio sobre los datos del último año proporcionado por el INE (gráfica 2) nos muestra una clara diferencia entre ambos sexos. Esta diferencia se presenta de forma más notoria en personas de mediana edad entre 40 y 60 años; mientras que a edades más tempranas (15-19 años) y más avanzadas (90-94 años) la diferencia es algo más leve.

En cuanto al rango de edad, vemos que entre los 45 y los 49 años se da un aumento notable en el número de suicidios de hombres, que prosigue hasta los 59 años. A partir de esta edad, se ve un descenso paulatino hasta volver a alcanzar un repunte en la franja de edad entre 80 y 84 años.

³ Fuente: elaboración propia a partir del INE (2019)

Las mujeres presentan una tendencia similar a la de los hombres, aunque en éstas se muestra la mayor tasa de suicidios unos años más tarde, entre los 55 y los 59 años, sufriendo también un repunte entre los 70 y 74 y entre los 80 y los 84 años.

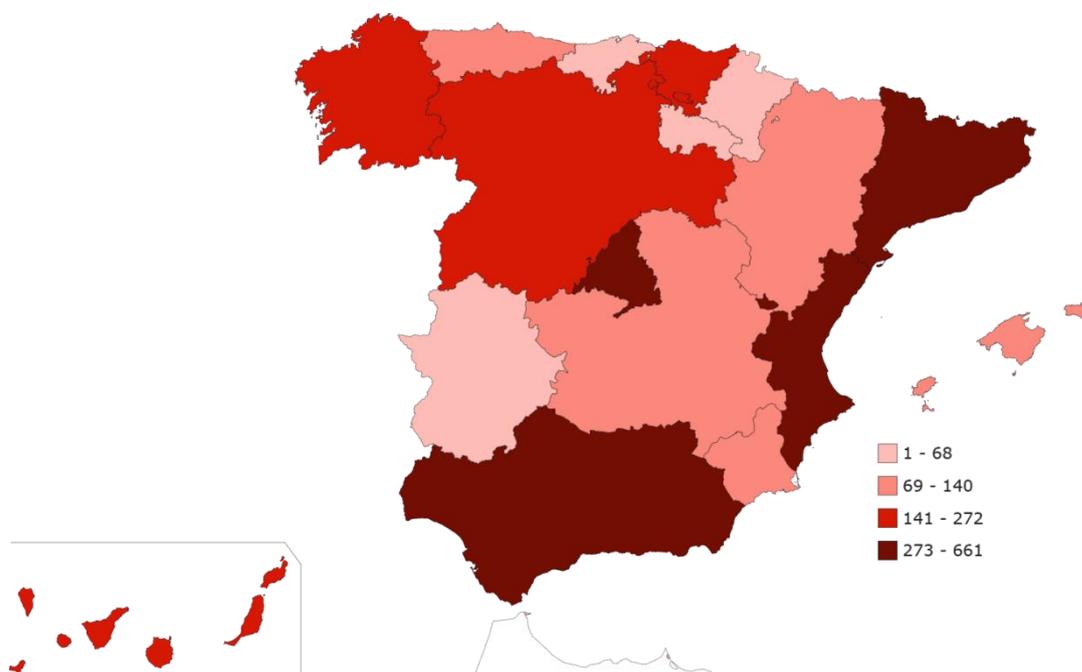


Ilustración 1: Distribución de suicidios en España por Comunidades Autónomas 2018⁴

La distribución del fenómeno del suicidio por Comunidades Autónomas en nuestro país en el año 2018 (Ilustración 1) muestra un fuerte impacto de defunciones por esta causa Madrid, Andalucía, la Comunidad Valenciana y Cataluña. De cerca les siguen las comunidades de Galicia, Castilla y León, el País Vasco y, a nivel insular, las Islas Canarias. Murcia, Castilla-La Mancha, Asturias, las Islas Baleares y Aragón ocupan el penúltimo puesto, mientras que las tasas más bajas de suicidio en España en este año se dieron en Extremadura, Cantabria, La Rioja y Navarra.

En cuanto al método empleado, el INE nos ofrece una clasificación de los mismos en 2018 (tablas 1 y 2). La tabla 1 muestra los medios empleados relacionados con intoxicaciones y envenenamientos, mientras que en la tabla 2 aparece una lista de los métodos lesivos más empleados.

⁴ Fuente: INE, 2019

Medio empleado	Hombres	Mujeres	Total
Analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos	1	2	3
Drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticos	19	20	39
Narcóticos y psicodislépticos	2	2	4
Otras drogas y medicamentos	131	107	238
Alcohol	3	2	5
Disolventes orgánicos e hidrocarburos	1	0	1
Otros gases y vapores	35	6	41
Plaguicidas	13	1	14
Otros productos químicos nocivos	36	32	68
Total	241	172	413

Tabla 1: Intoxicaciones y envenenamientos (2018)⁵

En cuanto a los medios causantes de intoxicaciones y envenenamiento, vemos que el más utilizado es el uso de las demás drogas y medicamentos diferentes a las que se especifican en la tabla. En segundo lugar se encuentran otros productos químicos nocivos y, en tercer lugar, el uso de drogas antiepilépticas, sedantes e hipnóticos.

Cabe destacar que en este estudio, el número de personas fallecidas por estos métodos ha sido siempre superior en hombres que en mujeres, a excepción de las dos primeras categorías de la tabla 1: Analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos; y las drogas antiepilépticas, sedantes e hipnóticos.

Medio empleado	Hombres	Mujeres	Total
Ahorcamiento, estrangulación, sofocación	1.387	265	1.652
Ahogamiento y sumersión	46	36	82
Arma de fuego corta	16	1	27
Rifle, escopeta y arma de fuego larga	53	2	55
Otras armas de fuego no especificadas	83	5	88
Fuego, humo y llamas	9	4	13
Objetos cortantes	55	18	73
Objetos romos	1	0	1
Precipitación desde lugares elevados	549	348	897
Colocarse ante un objeto/vehículo en movimiento	51	16	67
Colisión intencionada con vehículo de motor	9	4	13
Lesión por otros medios especificados	6	1	7
Lesión por otros medios no especificados	103	48	151
Total	2378	748	3.126

Tabla 1: Medios causantes de lesión externa (2018)⁶

⁵ Fuente: elaboración propia a partir del INE (2019)

En cuanto al medio empleado en referencia a la clasificación que se muestra en la tabla 2, el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación ocupa el primer puesto, con 1.652 suicidios llevados a cabo por este método. La precipitación desde lugares elevados presenta 897 muertes y, en tercer lugar, se encuentran las lesiones por otros medios no especificados.

La diferencia según sexo del método empleado es notoria. En los métodos que suponen una intoxicación o envenenamiento, apenas hay diferencia entre el número de hombres y mujeres, habiendo solo 69 hombres más que se suicidaron mediante estos métodos. No obstante, en los medios que suponen lesiones físicas hay una diferencia muy clara, siendo 1630 hombres más que mujeres los que optaron por ese tipo de método.

Con estos datos recogidos en 2018 puede establecerse una predisposición más fuerte por parte de los hombres a emplear medios considerados más duros a la hora de cometer el suicidio, prefiriendo las mujeres la intoxicación medicamentosa.

5.6 Tratamiento jurídico

En la actualidad, más de 25 países tienen vigentes penas y castigo específicos a aplicar en casos de intento de suicidio, así como al menos otros 10 países islámicos que también castigan dichos intentos en virtud de la aplicación de la Sharia (ley islámica). Las penas previstas para el intento de suicidio varían desde sanciones pecuniarias, pasando por períodos de encarcelamiento hasta la cadena perpetua (Organización Mundial de la Salud, 2014).

No obstante, la OMS afirma que debe tenerse en cuenta que esta penalización de la conducta suicida conlleva un mayor temor a exteriorizar la ideación por miedo a un posible castigo, por lo que el número de avisos demandantes de ayuda desciende. Por ello se da una falsa sensación de que la penalización del suicidio disminuye su tasa.

En nuestro país el derecho a la vida se recoge como fundamental en el artículo 15 de la Constitución Española. Si bien es cierto que España no contempla penas para los intentos de suicidio, sí existe penalización cuando son terceras personas las que intervienen de una u otra forma en dicho acto.

⁶ Fuente: elaboración propia a partir del INE (2019)

Así, el Código Penal recoge en su artículo 143.1 penas de prisión de cuatro a ocho años para el delito de inducción al suicidio. Se entiende que existe inducción cuando es el tercero quien ha hecho nacer al individuo la idea de suicidarse, resultando que sin dicha intervención, el individuo no habría decidido quitarse la vida.

Por otra parte, el apartado 2 del artículo 143 hace referencia a la cooperación necesaria. Aquí ya existe en el individuo la idea de querer acabar con su vida, y es el tercero el encargado de proporcionarle medios para que llegue a tal fin. Estos medios pueden ser tanto físicos como psicológicos, es decir, basta para incurrir en cooperación necesaria el aconsejar al individuo formas o medios para hacerlo; pero es condición necesaria que la persona que ha decidido suicidarse lo haga por ella misma, siendo el tercero un facilitador de medios que no interviene en el acto. (SAP Girona 184/2001 de 23 de marzo). Las penas previstas para la cooperación necesaria al suicidio varían en función de si la persona ha llegado a poner fin a su vida o no, siendo en el primer caso prisión de seis a diez años y, en el segundo, de dos a cinco.

No obstante, el apartado 4 del artículo 143 del Código Penal prevé una atenuación de la pena cuando la cooperación necesaria haya sido a causa de la petición "*expresa, seria e inequívoca*" de la víctima, encontrándose ésta sufriendo "*una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar*".

5.7 Instrumentos psicométricos de evaluación

En la actualidad existe un gran número de escalas cuya finalidad es detectar la presencia de uno o varios factores de riesgo que puedan conllevar la aparición de conductas suicidas. Así, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en la Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) lleva a cabo una recopilación de los instrumentos psicométricos de evaluación más representativos, utilizando para ello para ello información proporcionada por diversos autores que se verán en el desarrollo de este epígrafe a modo de referencias secundarias.

Los cuestionarios se dividen en autoaplicados, en caso de que el individuo realice el cuestionario y pueda evaluarse a sí mismo; y heteroaplicados, siendo un facultativo quien evalúa los resultados del mismo.

5.7.1 Escalas autoaplicadas

Escala de desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS)

La BHS (Beck et. al., 1975) tiene como finalidad evaluar el pesimismo del paciente, así como la negatividad de expectativas hacia el futuro y su grado de desesperanza. Consta de 20 preguntas a contestar mediante el método “verdadero/falso”, en el que cada respuesta puntúa 0 o 1. Por lo tanto, la puntuación obtendría un máximo de 20 punto, considerándose a partir de 9 que existe riesgo de suicidio.

Escala de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

Este inventario consta de dos versiones: BDI-I y BDI-II. Se trata de un cuestionario con 21 ítems a responder en método likert⁷ cuya finalidad es medir el nivel y la gravedad de la depresión (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, COP, s/f). Se trata, además, del quinto test más utilizado por psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Ésta escala contiene un ítem reflejado en 4 opciones de respuesta cuya finalidad es medir una posible intencionalidad suicida. Éstas respuestas son: 1) “No tengo pensamientos de hacerme daño”; 2) “Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo”; 3) “Me gustaría quitarme la vida”; 4) “Me mataría si pudiera” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012).

5.7.2 Escalas heteroaplicadas

SAD PERSONS

Llevada a cabo por Patterson et. al. (1983), el nombre de esta escala proviene de la unión de las iniciales de los ítems que la componen (tabla 2).

<i>Sex</i>	Hombre
<i>Age</i>	<20 ó >45 años
<i>Depression</i>	Presencia de depresión
<i>Previous Attempt</i>	Intento previo de suicidio
<i>Ethanol Abuse</i>	Abuso de alcohol
<i>Rational thinking loss</i>	Ausencia de pensamiento racional
<i>Social support lacking</i>	Apoyo social inadecuado
<i>Organized Plan for suicide</i>	Plan de suicidio elaborado

⁷ Método empleado en escalas y cuestionarios en el que se mide el grado de acuerdo o desacuerdo en el que se encuentra el encuestado con, generalmente, niveles del 1 al 5.

<i>No spouse</i>	Sin pareja
<i>Sickness</i>	Problemas de salud

Tabla 2: Ítems Escala SAD PERSONS⁸

Se deberá valorar la presencia o ausencia de cada ítem puntuando 1 o 0 respectivamente. La puntuación total obtenida se valorará:

- 0-2: Bajo riesgo
- 3-4: Riesgo moderado, necesidad de seguimiento ambulatorio
- 5-6: Riesgo alto, se recomienda ingreso
- 7-10: Precisa ingreso

IS PATH WARM

Se trata de otra escala (Berman, 2006) cuyo nombre está también formado por el acrónimo que forman las iniciales de sus ítems (tabla 3).

<i>Ideation</i>	Ideación suicida
<i>Substance abuse</i>	Abuso de sustancias
<i>Purposelessness</i>	Falta de propósitos
<i>Anger</i>	Agresividad incontrolada
<i>Trapped</i>	Sensación de estar atrapado
<i>Hopelessness</i>	Desesperanza
<i>Withdrawing</i>	Reducción del contacto con familiares y amigos
<i>Anxiety</i>	Ansiedad o agitación
<i>Recklessness</i>	Llevar a cabo actividades de riesgo sin considerar sus consecuencias
<i>Mood</i>	Cambios en el estado de ánimo

Tabla 3: Ítems escala IS PATH WARM⁹

Se trata de un instrumento de valoración especialmente útil para detectar el riesgo de suicidio inmediato, ya que los ítems que valora suelen estar presentes en los meses previos al intento (Juhnke, Granello y Lebrón-Striker, 2007).

⁸ Fuente: Patterson et. al., (1983) citado por Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012)

⁹ Fuente: Berman (2006) citado Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012

Escala de ideación suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI)

Elaborada por Beck, se trata de una escala diseñada para realizarse en el marco de una entrevista semiestructurada y cuya finalidad es detectar y evaluar los pensamientos suicidas en el momento actual o en momentos anteriores (Beck, Kovacs y Weissman, 1974). Contiene 19 ítems divididos en 4 secciones: 1) “actitud hacia la vida y hacia la muerte”; 2) “Características de la ideación suicida”; 3) “Características de la tentativa” y 4) “Preparativos realizados” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012).

Escala de intencionalidad suicida (Suicide Intent Scale, SIS)

Tiene como objetivo medir la gravedad y relevancia de la conducta suicida en el momento, habiendo pasado el paciente por un intento de suicidio previo. (Beck, Morris y Beck, 1974). Está formada por 15 ítems, puntuando 0/1/2 cada uno, divididos en dos apartados. El primero de ellos está formado por los primeros 8 ítems y mide las circunstancias objetivas que acompañan al intento de suicidio (grado de planificación, medidas de encubrimiento, etc.) y los últimos 7 ítems tratan las percepciones subjetivas sobre el intento de suicidio (letalidad del método, posibilidad de ser rescatado, etc). (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012).

Escala de valoración de la depresión de Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression, HRDS)

A pesar de ser una escala cuyo objetivo es valorar la gravedad de los síntomas de la depresión (Hamilton, 1960), contiene ítems diseñados para detectar y medir la presencia de ideación o conductas suicidas. Son: 0) “Ausente”; 1) “Le parece que la vida no vale la pena ser vivida”; 2) “Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse”; 3) “Ideas o amenazas de suicidio”; 4) “Intentos de suicidio” (Hamilton, 1960).

6 Perspectiva de género

Diversos estudios realizados por la OMS revelan que en la mayoría de países, las tasas de muerte por suicidio en los hombres son significativamente mayores que en las mujeres. No obstante, llama la atención que El Instituto Nacional de Estadística ponga de manifiesto que, aunque los hombres lleven a cabo un suicidio consumado aproximadamente tres veces más que las mujeres, éstas lo intenten el triple que los

hombres. Esta diferencia entre género también se refleja en el medio empleado para cometer el suicidio. Las últimas estadísticas arrojadas por el INE (expuestas en el epígrafe de epidemiología) muestran una clara predisposición por parte de las mujeres a emplear métodos que suponen intoxicaciones o envenenamientos. Por su parte, los hombres presentan más tendencia al uso de métodos causantes de lesiones físicas, como la ahorcadura o el estrangulamiento. Resulta por ello necesario arrojar un poco de luz sobre el fenómeno del suicidio desde una perspectiva de género, de forma que se pueda conocer las posibles causas de esta disparidad.

Para ello es fundamental llevar a cabo una distinción terminológica que servirá de base para fundamental el desarrollo de este punto.

En primer lugar, la OMS define el sexo como el conjunto de características biológicas y cromosómicas que dan lugar a una anatomía y fisiología determinadas. El género, en cambio, es definido como un constructo social e histórico que establece los comportamientos y atributos que se consideran apropiados para los hombres y para las mujeres. Así pues, la construcción del género ha dado lugar a la creación de distintos roles de género (masculino-femenino) en base a los que se ha educado a los niños y niñas para encajar en los estereotipos.

El objetivo de este apartado revisar hasta qué punto tienen relación estos roles de género con la fenomenología del suicidio según el sexo, es decir, tratar de saber por qué las mujeres presentan el triple de intentos de suicidio que los hombres y por qué éstos lo consuman usando métodos más letales.

Así pues, Barroso Martínez (2019) recopiló diversos estudios para tratar de comprender el suicidio desde una perspectiva de género como un fenómeno social, por lo que los autores que aparecen en este epígrafe han sido citado primeramente por él.

En esta recopilación vemos que siguen cuatro líneas de investigación: 1) Las que tratan de diferenciar los diferentes factores de riesgo de los hombres y de las mujeres; 2) La relación de los sentimientos que albergan hombres y mujeres en relación con su propio cuerpo con el suicidio; 3) La relación del suicidio con personas del colectivo LGTB+; 4) La relación del suicidio con algunos roles de género que se han considerado esenciales, como la maternidad.

La primera línea de investigación muestra la relación de la conducta suicida de las mujeres con la posible historia de abusos físicos, sexuales y psicológicos tanto en el ámbito familiar durante la infancia como en posibles relaciones de violencia de género

en la adolescencia y edad adulta (Clements-Nolle, Marx, Katz, 2005). En muchos casos, el suicidio se ve como una salida antes estas situaciones de abuso y violencia de género, el estrés que ocasiona la doble jornada laboral (trabajar en casa a parte del trabajo remunerado, situación que no se ha visto lo suficientemente reconocida) y la dependencia económica del hombre en muchos casos (UNICEF, 2012; López y Leyva, 2012). Debe considerarse, además de éstos factores, que la sociedad históricamente patriarcal ha dejado a las mujeres fuera de la participación en la esfera pública y ha asociado sus fuentes de supuesto bienestar al cuidado de los hijos, de la casa y a la complacencia del hombre (Lagarde y de Los Ríos, 2005; Lamas, 2000).

En cuanto a los hombres, algunos de los factores de riesgo estudiados son: el consumo de alcohol fundamentalmente como método de evasión de los problemas (Ovalle Borrego y Santana, 2013), la impulsividad, las discusiones familiares y un nivel de ingresos bajo, al haberse atribuido al hombre el rol de protector y de sustento para la familia (Arias y Blanco, 2010).

Uno de los motivos que fundamenta el hecho de que los hombres se suiciden más pero que las mujeres lo intenten más veces, se basa en la educación en base al rol social hacia los hombres. “Los hombres no lloran” es una de las frases que más han escuchado los niños durante su infancia y que, de una u otra forma, les condiciona a la hora de tratar de afrontar sus problemas futuros de manera individual sin demandar ayuda, al considerarse esto último de “personas débiles”. Por ello, al llegar a la edad adulta, muchos tienen dificultades a la hora de reconocer que se encuentran en una fase depresiva para la que necesitan ayuda, hecho al que si se le suma una etapa de ingresos bajos, puede aparecer una crisis de identidad masculina, ya que la represión emocional y la manutención económica de la familia se le han presentado como dos pilares fundamentales en la vida de un hombre (Burín, 2007).

La segunda línea de investigación trata de establecer un enlace entre la autoimagen corporal que presentan hombres y mujeres con la conducta suicida. Se ha determinado que la autoestima a nivel físico es un promotor de insatisfacción muy alto en mujeres, si bien la comparativa establecida entre el propio cuerpo y el cuerpo ideal varía según la cultura y el momento histórico. (Kim, 2008; Guadarrama et. al, 2014). La Fundación Instituto de Trastornos Alimentarios (FITA) explica el 70% de adolescentes no se sienten a gusto con su cuerpo y que seis de cada diez mujeres afirman que serían más felices presentando mayor delgadez.

En este punto cabe hacer hincapié en la delgada línea que separa la afirmación anterior con el comienzo de conductas que pueden derivar en un trastorno de la

conducta alimentaria ya que, como se mostró anteriormente, supone un factor de riesgo individual.

Según la FITA, la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (en adelante TCA) se da mayormente en mujeres (90%). La explicación se da tanto por factores biológicos, según muestran diversos estudios como el de Procopio y Mariott en 2007 o Colbert (et. al) en 2008; como por factores relacionados con los estereotipos del cuerpo femenino en las diferentes sociedades.

No obstante, debe tenerse en cuenta que la baja cifra que presentan los hombres en el padecimiento de TCA puede verse justificada por la menor detección de casos. Así, vemos que la estigmatización que podría sufrir un hombre al reconocer que sufre una enfermedad considerada de mujeres podría suponer una crisis de identidad masculina que conllevarse no querer pedir ayuda, por lo que los datos no quedarían debidamente registrados (Andersen, 1985; Morgan, 2008; citados en Torner, 2018). Además, al no presentar evidencias físicas atribuibles a un TCA, como la amenorrea en las mujeres, sería más difícil su diagnóstico (De la Serna, 2001; citado en Torner, 2018).

Por otra parte, debe tenerse en cuenta que, según la FITA, la mayoría de los pacientes diagnosticados con trastornos de la conducta alimentaria presentan, además, otras patologías como depresión, ansiedad o abuso de alcohol y otras sustancias; todo lo cual suponen factores de riesgo de suicidio añadidos a la problemática.

Por último, en esta segunda línea de investigación es necesario concluir que en las personas con TCA y, sobre todo, en los adolescentes, existe una fuerte tendencia a la ideación suicida y las conductas autolesivas (Varela-Basteiro et.al. 2017).

El tercer grupo de estudios realizados para enfocar el suicidio desde una perspectiva de género se centra en las vivencias de las personas con orientación sexual o identidad de género diferentes a las consideradas normativas. A lo largo de la historia y aún en nuestros días, muchas personas homosexuales o con disforia de género han presentado sentimientos de vergüenza, culpabilidad, temor o inadecuación por su condición. En consecuencia, han tendido a aislarse a causa de la falta de sentimiento de pertenencia como individuo social y han desistido en buscar ayuda; lo cual ha repercutido de forma negativa en su entorno académico, familiar o laboral. Esta situación ha dado lugar a inferir de aquí los intentos de suicidios de este colectivo (Clements-Nolle, Marx, Katz 2006; Montoya et. al., 2015).

No obstante, algunos autores han criticado este tipo de estudios argumentando que el grupo de individuos estudiado es excesivamente concreto para relacionarlo con un

fenómeno como el suicidio, por lo que han propuesto apoyar dichos estudios con la Teoría del Estrés de las Minorías (Lu, LeBlanc y Frost, 2018).

Esta Teoría del Estrés de las Minorías defiende la idea de que los problemas de salud de los colectivos minoritarios (como las personas con una orientación sexual o una identidad de género minoritarias), como es el suicidio, se debe en gran parte a la violencia y discriminación, tanto social como institucional, que vienen sufriendo a lo largo de la historia. Explican además que la sociedad está permitiendo perpetuar estas formas de violencia hacia dichos colectivos. Por ello, se explica el suicidio a través de éstos sentimientos de discriminación, inadaptación y rechazo por parte de la sociedad en varias esferas como la interpersonal, institucional, laboral o la académica que fomentan, además, el sentimiento de auto rechazo y desesperanza. (Martin-Storey, Fromme; 2017 y Eisenberg et. al., 2017).

El último grupo de estudios establece una relación entre las conductas suicidas con algunas atribuciones al género que se han considerado fundamentales. Por ello hay que comprender que el género, como construcción social, trae aparejados diferentes estereotipos o ideas que han de cumplirse si no se quiere ser juzgado o etiquetado; como por ejemplo el rol de la mujer: ha de ser deseable, femenina, afectuosa, asistente del hogar, cuidadosa con el hombre y, además, madre (Lagarde y de los Rios, 2005; Lamas, 2000).

Por ello se establece como ejemplo el caso de reducir la feminidad a la maternidad, a ser capaz de engendrar y criar hijos. Esta problemática conlleva que la mujer se vea socialmente presionada para ejercer un rol reproductivo, lo cual tiene efectos negativos para aquellas mujeres con embarazos no deseados, aquellas que han abortado, aquellas que no pueden concebir por infertilidad o aquellas que simplemente no contemplan la maternidad como algo esencial en su vida (Lamas, 2000; Rojas Nova 1994; Suárez Serrano s/f).

7 Suicidio en el ámbito de la Administración Pública

El fenómeno del suicidio está presente en múltiples aspectos de nuestras vidas. En el ámbito profesional es sabido que cada empleo conlleva una serie de riesgos que, más allá de los intrínsecos a éstos, pueden provocar problemas de salud a nivel psicológico y social. Los empleos integrados en el seno de la Administración Pública no son una excepción.

No obstante, existe una creencia generalizada de que la Administración Pública está sometida a riesgos laborales mínimos, ya que éstos se dan fundamentalmente en profesiones relacionadas con la construcción, la industria química o trabajos similares. Pero nada más lejos de la realidad. Los suicidios y las tentativas de suicidio en el ámbito de la Administración Pública han crecido en los últimos años, siendo los cuerpos policiales lo más afectados por este fenómeno y, especialmente, la Guardia Civil, donde el índice de suicidios es notablemente superior a la media de la población trabajadora (Peragon Garrido, 2019?).

En términos generales, la Administración Pública está caracterizada por una fuerte rigidez sustentada por los principios de jerarquía y burocracia. Además de otros compañeros de profesión y superiores jerárquicos los empleados se encuentran, en muchos casos, en contacto directo y permanente con personas que demandan sus servicios, lo cual requiere implicación, entrega, y empatía.

Pero aparte de los requerimientos concretos de este ámbito laboral, existen una serie de deficiencias en cuanto a su organización cuyo receptor inmediato es el trabajador. Se trata de la escasa definición de los objetivos organizativos, la escasez de recursos, la excesiva rigidez de las estructuras jerárquicas o la mala distribución de la cantidad de trabajo que implica en ocasiones hallarse sobrecargado o, por el contrario, desocupado. Las consecuencias detectadas a priori de esta problemática son la falta de motivación e implicación, sensación de monotonía y actitudes negativas frente al trabajo. Son estos problemas los que pueden desembocar en problemas serios de salud para los trabajadores (López, 2007; citado en Pegaron Garrido, 2019?).

Estos problemas de salud se deben a factores intangibles que ponen en riesgo la salud psicológica de los trabajadores. La duración de la jornada laboral y su distribución, las dificultades de comunicación con superiores, el ritmo de trabajo, la formación, la información... son elementos que componen un desorden organizacional cuya consecuencia más directa en el trabajador es el estrés: uno de los problemas de salud más frecuentes en el ámbito laboral (Plaza Baonza, 2007; citado en Pegaron Garrido, 2019?).

El estrés laboral no sólo se trata de un problema de salud para el trabajador, sino que se incardina además en los factores de riesgo del suicidio. Éste estrés tiene diversas manifestaciones, siendo el *burnout*¹⁰ una de las más conocidas en la actualidad. Se trata de un síndrome clínico que conlleva agotamiento emocional, despersonalización

¹⁰ "Síndrome de estar quemado" (OMS)

y baja realización personal (Martínez Plaza, 2010; citado en Pegaron Garrido, 2019?). Estos altos niveles de exigencia psicológica que preceden al burnout, así como escasa libertad de decisión y apoyo en el trabajo, junto a la realización de una tarea inadecuada con el estrés que esto conlleva, pueden ser indicadores de una depresión próxima (Lacovides y col., 2003; citado en Pegaron Garrido, 2019?).

7.1 Estrés y suicidio en el ámbito policial

Los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad constituyen un sector de la población especialmente expuesto y sensible a situaciones desencadenantes de estrés, ya que muchas de las situaciones a las que han de enfrentarse son impredecibles, poco estructuradas y muy significativas (Ruiz Ramírez, 2002; citado por García Castro, 2015).

Estas fuentes de estrés en el ámbito policial son múltiples y varían en función del puesto desempeñado, la zona o la época del año¹¹. Estos estresores pueden dividirse en dos grandes grupos: los relativos a la propia actividad y los relacionados con la organización. En el primer grupo encontramos situaciones estresantes intrínsecas a la actividad policial, como es el impacto emocional recibido al hallarse de continuo tratando problemas ajenos. Del segundo grupo formarían parte problemas como la escasez de personal y la sobrecarga de trabajo que ésta conlleva, el horario a turnos y la incertidumbre de que lo que puede ocurrir en cada uno, la dificultad de conciliar la vida laboral con la personal, la insuficiencia de recursos o el escaso apoyo de los superiores.

En cuanto a los problemas inherentes a la misma profesión, debe señalarse que la policía es uno de los colectivos con más probabilidades de padecer episodios de estrés postraumático. Este se da a causa de problemas y situaciones extremas a las que se enfrenta el policía y con las que habitualmente no se encuentra, como amenazas terroristas, accidentes múltiples, víctimas de corta edad... Todas estas situaciones, susceptibles de generar en la persona episodios de estrés postraumático, pueden evocarse mediante recuerdos, imágenes intrusivas o sueños, y generar en el policía actitudes de evitación y miedo (García Castro, 2015).

Las manifestaciones del estrés son diversas y abarcan desde el padecimiento de un estado de fatiga hasta la aparición de patologías a consecuencia de la cronicidad del estrés. Agotamiento físico y mental, ansiedad, desánimo, abuso de alcohol u otras

¹¹ Refrente a la estacionalidad, resultan periodos de excesivo trabajo y otros de relativa calma (García Castro, 2015).

drogas, conflictos interpersonales e incluso el suicidio son algunas de las consecuencias asociadas al padecimiento de estrés crónico. Éstas se traducen en desajustes en la misma organización, pudiendo incrementar el número de accidentes laborales, el absentismo laboral, el aumento de quejas por parte de los ciudadanos o empeorando el clima laboral. (García Castro, 2015).

A causa de todos estos factores, explica el policía Peragón Garrido, no es de extrañar que las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad tengan una tasa de suicidios notablemente elevada. En el mundo anglosajón se han llevado a cabo diversos estudios y modelos explicativos acerca de los factores más influyentes de esta profesión en el suicidio.

Uno de estos estudios es el realizado por John M. Violanti. Éste se centra en defender el pensamiento dicotómico (“todo o nada”, “blanco o negro”) que desarrollan los agentes de seguridad durante su formación. Afirma que éste tipo de pensamiento se extrapola también a otros ámbitos de la vida del policía, lo cual puede resultar determinante a la hora de tomar la decisión de quitarse la vida al no valorar otras opciones. También explica Violanti que la continua exposición del policía a situaciones difíciles junto con los posibles desajustes del horario de sueño conllevaría una despersonalización del individuo, lo cual traería aparejado una sensación de aislamiento que puede propiciar la conducta suicida.

Otro de los riesgos en este ámbito sería el momento en el que, tras la formación, el policía comienza a enfrentarse a problemas y situaciones inherentes a su profesión sin cumplir sus propias expectativas. Explica Violanti que éste es el momento en el que el individuo deja de percibirse como “superhéroe” y pasa a un sentimiento de indefensión y desesperanza que supone un factor de riesgo. También explica que el miedo del policía a separarse de su subcultura policial podría propiciar la conducta suicida. Es el caso de los policías a los que se le retira el arma (signo identitario y de pertenencia a su profesión) a causa de una enfermedad incompatible con las funciones que venía desarrollando.

Por último, dice Violanti que el hecho de que el policía haya sido seleccionado por disponer de un perfil psicológico poco propenso a sufrir trastornos y con resiliencia, puede generar en el policía una falsa sensación de no necesitar ayuda cuando se presentan las primeras fases de la conducta suicida, o en los momentos previos.

Por otra parte, estudios realizados por Cantor, Tyman y Slater, afirman que el porte diario de un arma de fuego funcionaría como factor precipitante dándose situaciones personales como una ruptura sentimental.

Otros estudios realizados por la policía noruega establecen que los policías que presentan *burnout* sin pareja, y con relaciones sociales deterioradas presentan mayor nivel de ideación suicida. También existen teorías que afirman que la exposición continuada a la violencia puede constituir un factor desencadenante al suicidio (Peragon Garrido, 2019?).

7.2 Estudios consultados

En el volumen 3 del manual de Prevención del Suicidio en el Ámbito policial se han estudiado y analizado los suicidios llevados a cabo por diversos cuerpos policiales entre los años 2000 y 2017, ambos incluidos. Durante este período de tiempo la Institución policial fue sometida a varios cambios, como reducciones salariales, disminución de días para asuntos propios y las elevadas plazas convocadas para la oposición al Cuerpo Nacional de Policía. Además, durante estos años se vivió una de las mayores crisis económicas en España (Peragon Garrido, 2018?).

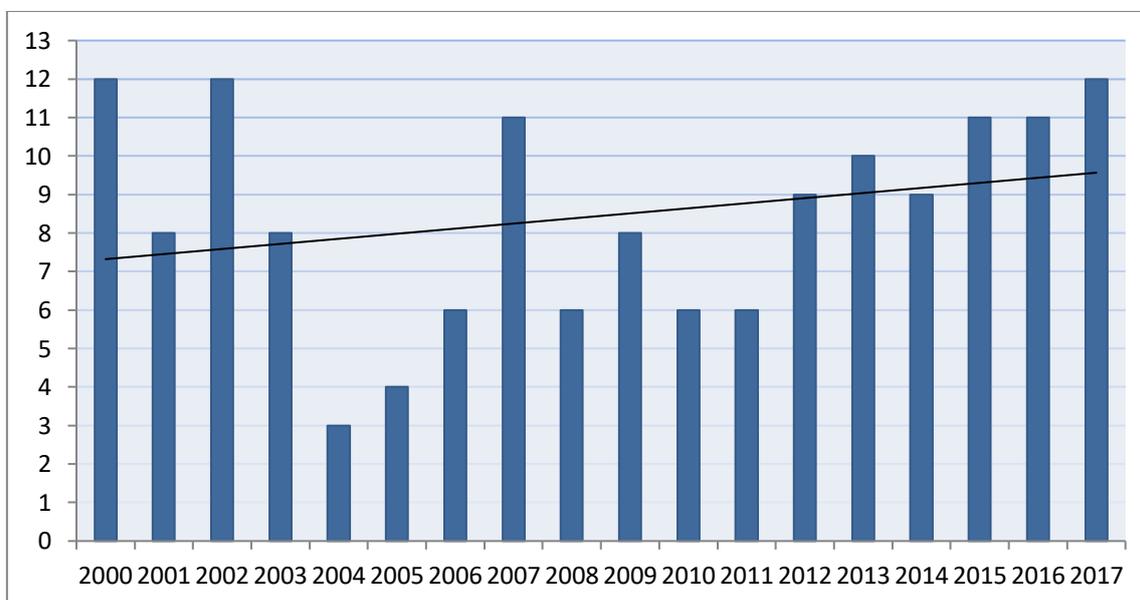


Gráfico 3 Suicidios miembros CNP¹²

¹² Fuente: Elaboración propia a partir de Peragon Garrido, 2019

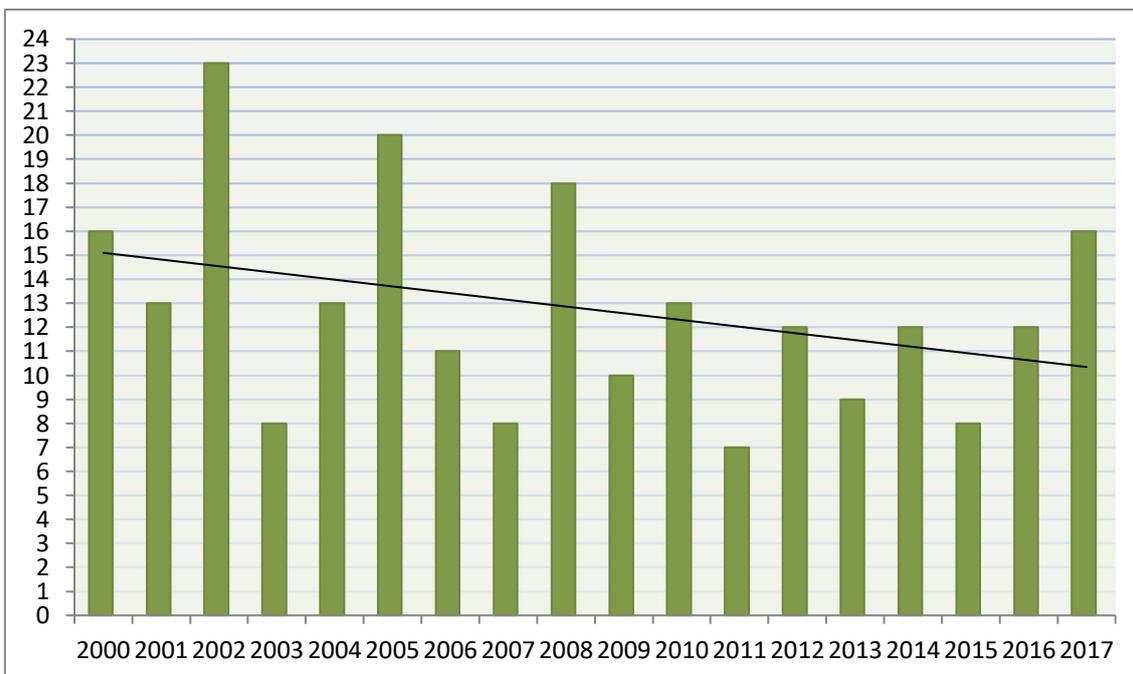


Gráfico 4 Suicidios miembros Guardia Civil¹³

En los 18 años sobre los que se realizó el estudio, se muestra un total de 152 miembros del Cuerpo Nacional de Policía (en adelante CNP) fallecidos por suicidio, frente a 229 fallecidos entre los miembros de la Guardia Civil. A pesar de la diferencia de datos, ha de tenerse en cuenta que, dado que el número de efectivos del CNP fue menor, la proporción de suicidios es más alta en esta institución. El estudio explica que, según cifras oficiales, en este período de tiempo en España se suicidaron aproximadamente 8 personas (7,68) por cada 100.000 habitantes. En el CNP, en ese mismo período se suicidó al menos de un policía (0,704) por cada 1.000. Puede afirmarse que la tasa de suicidios policiales es 9 veces mayor que los que presenta el resto de la población española.

En cuanto a los efectivos del CNP fallecidos por suicidio, el estudio revela que más de un 94% fueron hombres, dato que no ha de interpretarse sin considerar que el número de mujeres es menor.

Comparando ambos gráficos vemos que, aunque la línea de tendencia de los suicidios en la Guardia Civil sea descendente, los últimos tres años sobre los que se realizó el estudio tienen una curva con tendencia positiva. Por otra parte, es en 2002 cuando se da el mayor número de suicidios en ambos cuerpos de seguridad. Los sucesos

¹³ Fuente: Elaboración propia a partir de Peragon Garrido, 2019

acaecidos en ese año con más trascendencia para las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad serían la reforma de la Ley de Enjuiciamiento Criminal que permitiría la realización de juicios rápidos, y un incremento de la delincuencia de aproximadamente un 16%.

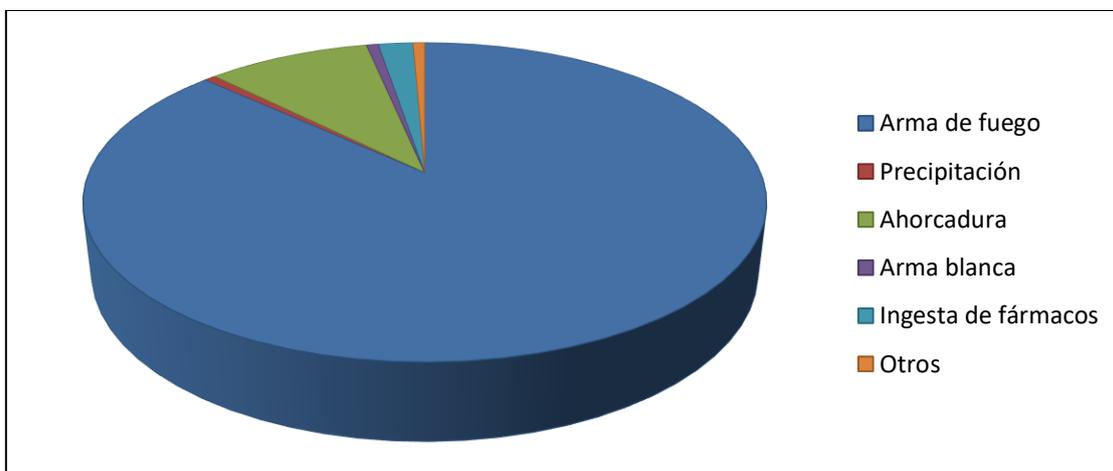


Gráfico 5: Medio Empleado¹⁴

En cuanto al medio empleado, el arma de fuego representa la mayor parte de los casos con un 86,84%, seguido de la ahorcadura, que presenta un 9,21%. En tercer lugar encontraríamos la ingesta de fármacos, con un 1,97% y, por último, las precipitaciones, el uso de armas blancas y otros métodos no determinados.

En cuanto a la variable de edad, el estudio muestra que el suicidio se dio con mayor prevalencia entre los 30 y los 35 años, representando un 21,71%. Llama la atención el tramo de edad entre 24 y 29 años, que representa un 11,84%, tratándose de miembros policiales relativamente jóvenes que, afirma Peragón Garrido, han pasado por una ardua fase de oposición para finalmente acabar consiguiendo una plaza en su trabajo deseado. El estudio concluye que la media de edad en los suicidios ha sido de 42 años.

Por otra parte, se observó que el mayor número de fallecimientos policiales se dio en la Escala Básica, disminuyendo en número conforme más alta es la categoría. Debe tenerse en cuenta nuevamente la proporción, pues la Escala Básica consta de más efectivos que otras escalas superiores.

Éste estudio no pudo recabar suficientes datos acerca de las circunstancias personales de los efectivos que decidieron quitarse la vida, por lo que no puede

¹⁴ Fuente: Elaboración propia a partir de Peragon Garrido, 2019

llevarse a cabo un análisis profundo de dichas circunstancias (Peragón Garrido, 2019?).

7.3 Causas principales

La Asociación Sindical de Policía de Andalucía concluye este estudio aportando cinco causas principales que pueden resultar un factor de riesgo en el suicidio policial:

La primera de ellas se trata de la actividad inherente al trabajo policial. Ha referencia principalmente al estrés y la presión a la que se ve sometido un miembro de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en el día a día, viviendo en primera persona situaciones de violencia como asesinatos, robos u agresiones, así como la dificultad que entraña ser capaz de separar esas imágenes una vez el efectivo finaliza su jornada laboral.

El segundo factor de riesgo es la dificultad de conciliar la vida laboral con la familiar, a causa de los constantes cambios de turno así como los turnos nocturnos o de fin de semana, todo lo cual añade trabas a la hora de establecer una rutina con la pareja y/o los hijos.

La tercera causa hace referencia al factor geográfico. El estudio pone de manifiesto que en las policías autonómicas o locales, la tasa de suicidios es mucho más baja que la que de la Policía Nacional o la Guardia Civil.

En cuarto lugar, la estigmatización. El estudio afirma que es las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad los signos de debilidad como la depresión se encuentran muy estigmatizados, tanto por parte de los compañeros como por parte de los superiores.

Por último, como factor de riesgo y precipitante se encuentra la posesión de un arma de fuego. Así, se ha mostrado que el 86,84% de los medios empleados en el suicidio ha sido un arma de fuego.

8 Conclusiones

PRIMERA

El suicidio es una causa de muerte prevenible. Habiendo revisado las diferentes fases y factores de riesgo, es necesario llevar a cabo políticas de prevención que tengan como finalidad reducir el número de fallecidos por esta causa. Es además de vital importancia llevar a cabo programas de concienciación para tratar de des-estigmatizar los problemas de salud mental, y no únicamente los trastornos, sino sentimientos u emociones que pueden derivar en crisis vitales temporales. Junto a esta des-estigmatización, debe hacerse hincapié en implantar más sistemas y métodos fácilmente accesibles que permitan a las personas acudir a ellos en cualquier momento sin sentirse señalados o diferentes. Para ello debe partirse de la premisa de que el suicidio es un fenómeno que afecta a la sociedad en general, por lo que es necesario lograr una concienciación general en la que se otorgue a este fenómeno la relevancia y gravedad que verdaderamente alberga.

SEGUNDA

Para enfocar el suicidio desde una perspectiva de género es necesario dar la relevancia que merece al papel de la sociedad. El hecho de que los hombres se suiciden más que las mujeres puede tener como base la educación. Es bien sabido que la sociedad ha cargado el papel del hombre y la mujer con miles de roles y estereotipos a cumplir desde nuestra niñez. La educación que se ha brindado a los niños ha estado plagada de restricciones en cuanto a expresión emocional. “Los niños no lloran” o “llorar es de débiles” son algunas de las expresiones más resonadas en los niños, aparte de ser criados en el papel de persona fuerte, futuro cabeza de familia, frío e independiente. Todos estos factores inculcan a los niños valores que en la edad adulta les dificulta la tarea de expresar (e, incluso, reconocer) sus sentimientos o pedir ayuda, ya que puede poner en duda su masculinidad o su valía como hombre. Esta puede ser una de las razones por las que las que los hombres se suicidan el triple que las mujeres, aunque éstas lo intenten tres veces más. El papel de la mujer también resulta complicado en este aspecto. El género femenino está también cargado de estereotipos que necesario cumplimiento a no ser que quieras exponerte a críticas constantes de la sociedad. Más allá de ese problema (que resultaría también inabarcable) existe una serie de riesgos prácticamente inherentes al género femenino en nuestra sociedad. Acoso sexual, agresión sexual, relaciones de violencia de

género, invisibilidad laboral en cuanto a méritos, carga familiar y del hogar... No es sencillo lidiar con los problemas que supone ser mujer en nuestra sociedad, a pesar de los cambios que se están llevando a cabo poco a poco.

Es de extrema necesidad educar, tanto a los niños como a las niñas, en inteligencia emocional. Deben aprender a vivir, a sentir y a comunicar todas sus emociones, sin restar importancia a ninguna de ellas.

TERCERA

Además de implantar políticas de prevención y tratamiento del suicidio en la sociedad en general, no debemos olvidar aquellos colectivos de riesgo. Es el caso de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. Lamentablemente, a pesar del gran número de suicidios que acontecen en estos cuerpos, parecen un tema silenciado. No debe caerse en las expectativas que señalan a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad como personas capaces de afrontar cualquier cosa que les suceda ya que, ante todo, son humanos. Si bien es cierto que han logrado superar las entrevistas psicológicas previas al acceso a los cuerpos, en el presente trabajo se ve la cantidad de factores de riesgo que rodean a las personas. Lo duro de los sucesos que puede presenciar un policía, sumándole la dificultad de conciliación laboral-familiar, la extrema rigidez que entraña la Administración Pública, la estigmatización que suponen los problemas de salud mental especialmente en estos cuerpos y el fácil acceso a armas, trae como resultado un número de suicidios alarmante tanto en el Cuerpo Nacional de Policía como en la Guardia Civil. Resulta por ello necesario no sólo dar visibilidad a la presencia del suicidio en este ámbito, sino tratarlo exhaustivamente a nivel interno implantando, además de recursos psicológicos, medidas que permitan flexibilizar los procesos de comunicación y administración que entrañan a la Administración Pública, así como mejoras que permitan una mayor conciliación del trabajo con la vida personal.

9 Bibliografía

Barrero, S. A. P., 1993. El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, vol. 15 (2) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251999000200013&script=sci_arttext&tlng=pt

Besteiro, O. V., Troncoso, E. S., Vicente, V. R., Santisteban, M. C., Roselló, G. C., Costa, R. C., Roig, M. C., Costa, J. L. M., Abadia, M. D., 2017. Ideación suicida y conductas autolesivas en adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Actas españolas de psiquiatría*. Vol 45 (4) pp. 163, 164. Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/19/108/ESP/19-108-ESP-157-66-616839.pdf>

Calvo, F. J. H., 2015. *Prevención del suicidio*, Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/51868/1/5301479570.pdf>

Castro, T. G., 2015. El estrés policial. *Seguridad y salud en el trabajo*, Issue 84, pp. 15-20. Disponible en: <https://www.diba.cat/documents/467843/58064690/el-estres-policial-en-revista-insht-84-oct-2015.pdf/4da81d38-9a65-46f9-9bdf-3d5b76a31f7f>

Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de diciembre de 1978. Núm 311. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229> (Consultado el 3 de marzo de 2020)

Daray, F. M., Grendas, L., Rebok, F., 2016. Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 73 (3), pp. 205-209. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/12457/15367>

García, M. B. L, Fonseca, R. H., García, J. B., 1993. El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, Issue 3, pp. 309-320. Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/read/14473439/el-suicidio-aspectos-conceptuales-doctrinales->

García-Haro, J., García-Pascual, H., González, M., Barrio-Martínez, S., García-Pascual, R., 2020. Suicidio y trastorno mental: una crítica necesaria. *Papeles del Psicólogo*, 41 (1), pp. 25-40. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pub/36/>

Garrido, P. J. P., 2018?. *Prevención del suicidio en el ámbito policial vol. 1*. Jaén. Sindicato Independiente de Policía de Andalucía. Disponible en: <https://es.calameo.com/read/001702329d4938b204925>

Garrido, P. J. P., 2019?. *Prevención del suicidio en el ámbito policial vol. 3*. Jaén. Sindicato Independiente de Policía de Andalucía. Disponible en: <https://es.calameo.com/read/00170232986d4a342f4e6>

Gorricho, A. E., 2010. Concepto y clasificación de la conducta suicida. [pdf] s.l. Disponible en: [file:///C:/Users/Propietario/Downloads/TEMA%201%20\(8\).pdf](file:///C:/Users/Propietario/Downloads/TEMA%201%20(8).pdf)

INE, 2019. *Defunciones según la Causa de Muerte en 2018*, [pdf] s.l. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en https://www.ine.es/prensa/edcm_2018.pdf (Consultado el 1 de abril de 2020)

INE, 2019. *Instituto Nacional de Estadística*. Defunciones según la Causa de Muerte 2018.> Resultados nacionales. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2018/&file=01001.px#!tabs-tabla> (Consultado el 1 de abril de 2020)

INE, 2019. *Instituto Nacional de Estadística*. Defunciones según la Causa de Muerte 2018> Resultados nacionales. Distribución de suicidios en España por Comunidad Autónoma. Disponible en: https://www.ine.es/dyns/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175 (Consultado el 1 de abril de 2020)

INE, 2019. *Instituto Nacional de Estadística*. Defunciones según la Causa de Muerte 2018> Resultados nacionales. Distribución de los suicidios por medio empleado y sexo. Resultados Nacionales. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2018/I0/&file=05007.px#!tabs-tabla> (Consultado el 1 de abril de 2020)

INE, 2019. *Instituto Nacional de Estadística*. Defunciones según la Causa de Muerte 2018> Resultados nacionales. Suicidios en la población Española. Disponible en: https://www.ine.es/dyns/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175 (Consultado el 1 de abril de 2020)

INE, 2019. *Instituto Nacional de Estadística*. Defunciones según la Causa de Muerte 2018> Resultados nacionales. Suicidios por edad y sexo. Resultados nacionales. Disponible en:

<https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2018/I0/&file=05001.px#!tabs-tabla>
(Consultado el 1 de abril de 2020)

Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código penal. *Boletín Oficial del Estado*, 24 de noviembre de 1995. Núm 281. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf> (Consultado el 6 de marzo de 2020)

Luna, M., 2006. *Riesgos Psicosociales en los Empleados de la Administración Pública en la Comunidad de Madrid*. [pdf] Madrid. Comisiones Obreras de Madrid . Disponible en:
http://www2.fsc.ccoo.es/comunes/recursos/111/doc170221_SECTOR_ADMON.AUTONOMICA.pdf

Martínez, A. A. B., 2019. Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 36 (135), pp. 51-62. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/17078/16949>

Mimenza, O. C., n.d. Los 26 tipos de suicidio según diferentes criterios. *Psicología y Mente*, [en línea] Disponible en: <https://psicologiaymente.com/clinica/tipos-de-suicidio>
(Consultado el 4 de abril de 2020)

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. [pdf] s.l. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Galicia. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf (Consultado el 14 de marzo de 2020)

Nogales, J. M. C., 2011. Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias. *Gazeta de antropología* [e-journal] vol. 27 (2). Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G27_33JoseManuel_Corpas_Nogales.html

Observatorio del Suicidio en España, 2014. *Suicidio España 2014*. Madrid: Fundación Salud Mental España para la Prevención de los Trastornos Mentales y el Suicidio. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio/> (Consultado el 14 de marzo de 2020)

Organización Mundial de la Salud, 2019. *Suicidio*. Organización Mundial de la Salud Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (Consultado el 20 de marzo de 2020)

Plaza, C. A. M., 2010. El estrés laboral como factor de riesgo del suicidio (III). *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, Issue 76, pp. 36, 37. Disponible en: <http://pdfs.wke.es/6/4/8/1/pd0000056481.pdf>

Torner, M. G., 2018. Trastornos de la Conducta Alimentaria ¿afectan menos a los hombres? *Ita, especialistas en salud mental* [en línea] Disponible en: <https://itasaludmental.com/blog/link/63> (Consultado el 5 de abril de 2020)