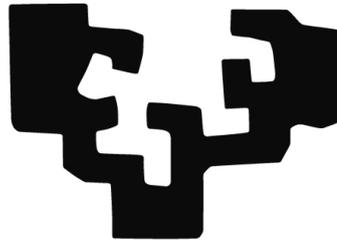


UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO / EUSKAL HERRIKO UNIBERTSITATEA

FACULTAD DE DERECHO

eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

GRADO EN CRIMINOLOGÍA.

CURSO ACADÉMICO 2014 - 2015

EL SUICIDIO

UNA PERSPECTIVA CRIMINOLÓGICA

Trabajo realizado por María Fernández Domaica

Trabajo dirigido por César San Juan Guillén

AGRADECIMIENTOS

Trabajo de Fin de Grado realizado por María Fernández Domaica

DNI: 44640964 – B

Teléfono: 628345487

Email: mfernandez191@ikasle.ehu.es

Trabajo de Fin de Grado dirigido por César San Juan Guillén

En agradecimiento a:

Universidad del País Vasco

Policía Foral de Navarra

César San Juan Guillén

Eduardo Sáinz de Murieta

Nahikari Sánchez Herrero

Leyre Leandro Abáigar

Gobierno de Navarra

Teléfono de la Esperanza

Fundación Argibide

Resumen

Este trabajo se centra en el suicidio debido al creciente interés surgido en los últimos años por su gran magnitud, lo que ha dado lugar a su percepción como un grave problema de salud pública. Es por ello que, con este trabajo, se trata de ampliar los conocimientos sobre el suicidio a nivel sociológico, psicológico, médico y legal, con el fin de crear una imagen lo más cercana posible a la realidad mundial y nacional del fenómeno. Para lograr este objetivo, ha sido necesaria tanto una revisión bibliográfica como un análisis estadístico. Además, el origen de este trabajo procede de una investigación del suicidio en Navarra, que culminó con la creación de un plan de prevención, incluido en el presente texto. Asimismo, se ha relacionado el suicidio con temas como la actual crisis económica y el efecto Werther, por un lado para determinar la incidencia real del primero, y por otro lado, para comprender el alcance y la influencia de la información aportada por los medios de comunicación y las redes sociales.

Palabras clave: Suicidio, factores, prevención, riesgo, vida, eutanasia, familia.

Abstract

This work focuses into suicide due to increasing interest emerged in the last few years for its large-scale, what has led to its perception as a severe public health issue. Therefore, with this work, it comes to expand knowledge about suicide to sociological, psychological, medical and legal level in order to create an image as close as possible to the national and global reality of the phenomenon. To achieve this goal, has been required both a literatura review as a statistical analysis. Furthermore, the origin of this work procede from a suicide investigation in Navarra, which culminated in the creation of a prevention plan, included herein. Also the suicide has been linked to issues such as the current economic crisis and the Werther effect, on the one hand to establish the actual incidence of the first, and on the other hand, to understand the scope and influence of the information provided by the media and social networks.

Key Words: Suicide, factors, prevention, risk, life, euthanasia, family.

ÍNDICE

Agradecimientos	3
Abstract.....	5
Lista de Figuras.....	9
Lista de Gráficos	9
PARTE I. APROXIMACIÓN TEÓRICA	13
1. Introducción.....	15
1.1. Objetivos.....	15
1.2. Importancia del estudio	15
1.3. Aproximación al concepto	21
2. Perspectivas teóricas	23
2.1. El suicidio desde la Sociología.....	23
2.2. El suicidio desde la Psicología.....	28
2.3. El marco jurídico-legal de los comportamientos suicidas	42
2.4. El suicidio y la Medicina Legal	55
3. Epidemiología del suicidio	58
3.1. Suicidios por edades.....	63
3.1.1. Suicidio infantil y juvenil	64
3.1.2. Suicidio en la edad adulta y en la tercera edad	69
3.2. Suicidio carcelario.....	71
PARTE II. ESTUDIO EMPÍRICO	81
1. Introducción.....	83
2. Evolución de los casos de suicidio en navarra.....	83
2.1. Comparación de suicidios entre España y Navarra por cada 100.000 habitantes.....	83
2.2. Cifra total de suicidios en Navarra	85
2.3. Suicidios en Navarra por partido judicial y población de los partidos judiciales.....	86
2.4. Suicidios totales en Navarra por género	88
2.5. Suicidios totales en Navarra por medio empleado	89
2.6. Medios empleados por género.....	91
2.7. Suicidios totales en Navarra por franjas de edad	92
2.8. Suicidios totales en Navarra por meses	96

3. Conclusiones: Una comparación entre España y la Comunidad Foral de Navarra	96
4. Perfil criminológico del suicida en Navarra	99
5. Plan de prevención.....	101
5.1. Guías e instituciones.....	101
5.1.1. Guía para familiares. Detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental	101
5.1.2. Guía de autoayuda. Prevención del suicidio ¿Qué puedo hacer?	103
5.1.3. Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares	104
5.1.4. Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y actuación ante conductas suicidas	105
5.1.5. Organización Mundial de la Salud.....	108
5.1.6. Teléfono de la Esperanza	111
5.2. Estructura del plan de prevención.....	113
5.2.1. Dar a conocer la existencia del fenómeno	113
5.2.2. Concienciación	116
5.2.3. Familiares y allegados	118
 PARTE III. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	 123
1. Conclusiones Generales.....	125
2. Discusión: Una aproximación criminológica al suicidio	130
 ANEXOS	 143
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 167

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Porcentaje de suicidios por nivel de ingresos de los países en 2012	17
Figura 2. La Teoría de la Desesperanza del suicidio	39
Figura 3. Tasa de suicidios por cada 100 000 habitantes para ambos sexos, 2012	61
Figura 4. Tasa de suicidios para mujeres por cada 100 000 habitantes, 2012	62
Figura 5. Tasa de suicidios para hombres por cada 100 000 habitantes, 2012	62
Figura 6. Proporción de suicidios hombre/mujer por cada 100 000 habitantes, 2012	63

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Evolución de casos de accidentes de tráfico y suicidios y lesiones autoinfligidas en España, 2000-2013	18
Gráfico 2. Proyección mundial de suicidios por grupos de edad para 2015 y 2030	20
Gráfico 3. Suicidios totales en España por métodos, 2005-2013	59
Gráfico 4. Porcentaje de suicidios por envenenamiento, ahorcadura, precipitación y otros para hombres y mujeres, de 2005 a 2013	59
Gráfico 5. Evolución de la tasa de suicidios nacional y por géneros, 2005-2013	60
Gráfico 6. Suicidios consumados en España del 2010 al 2013 por franjas de edad	64
Gráfico 7. Evolución de suicidios de jóvenes de 15 a 29 años en España, de 2000 a 2013	65
Gráfico 8. Fallecimientos por suicidios y por accidentes de tráfico en España en la población joven (10-30 años) desde el 2000 hasta el 2013	65
Gráfico 9. Evolución del porcentaje de jóvenes de 15 a 29 años fallecidos por suicidio dentro del grupo de jóvenes fallecidos por causas externas, de 2000 a 2013	66
Gráfico 10. Evolución de los suicidios en la edad adulta en España, de 2000 a 2013	69

Gráfico 11. Evolución de los casos de suicidio en la tercera edad en España, de 2000 a 2013.....	70
Gráfico 12. Evolución de los motivos de fallecimiento en centros penitenciarios de España, de 1997 a 2013	72
Gráfico 13. Evolución de los casos de suicidios consumados en centros penitenciarios de España de 1996 a 2013	73
Gráfico 14. Porcentaje de muertes por motivo de fallecimiento en los centros penitenciarios de España, de 1997 a 2013.	74
Gráfico 15. Comparación evolutiva entre los casos de tentativas de suicidio y suicidios consumados en los centros penitenciarios españoles, de 1996 a 2006	74
Gráfico 16. Evolución de la tasa de suicidios por cada mil internos en los centros penitenciarios en España, de 2001 a 2013.....	75
Gráfico 17. Comparación del total de suicidios en España y en Navarra por cada 100.000 habitantes.....	84
Gráfico 18. Comparación del total de suicidios de hombres y mujeres en España y Navarra.	84
Gráfico 19. Número de los suicidios totales en Navarra, desde el año 2003 hasta el 2012.	86
Gráfico 20. Población de cada partido judicial y suicidios de cada partido judicial, desde el 2003 hasta el 2012 en Navarra.....	87
Gráfico 21. Fallecidos por partido judicial y porcentaje de fallecidos por suicidio por partido judicial desde el 2003 hasta el 2012 en Navarra.	87
Gráfico 22. Suicidios totales en Navarra, por género, desde el 2003 hasta el 2012	88
Gráfico 23. Suicidios totales en Navarra de 2003 a 2012, por medio empleado ..	90
Gráfico 24. Evolución de las metodologías empleadas por años, desde el 2003 hasta el 2012 en Navarra.....	90
Gráfico 25. Medios más empleados para suicidios desde 2003 hasta 2012 en Navarra, diferenciando los géneros	92
Gráfico 26. Suicidios totales en Navarra por franja de edad y género, de 2003 a 2012.....	93
Gráfico 27. Suicidios en las franjas de edad de los 11 a los 20 y de los 91 a los 100, por género, desde el 2003 hasta el 2012 en Navarra.....	93
Gráfico 28. Suicidios totales en Navarra. Evolución de las franjas de edad de mayor riesgo del género masculino, de 2003 a 2012.....	94

Gráfico 29. Suicidios totales en Navarra. Evolución de la franja de edad de mayor riesgo del género femenino, de 2003 a 2012	95
Gráfico 30. Suicidios totales en Navarra por meses y género, de 2003 a 2012	96
Gráfico 31. Porcentaje de suicidios por nacionalidad a nivel estatal	100
Gráfico 32. Población estatal por nacionalidad	100

PARTE I: APROXIMACIÓN TEÓRICA

1. INTRODUCCIÓN

1.1. OBJETIVOS

Los objetivos de este trabajo deben subdividirse, pues por un lado están los objetivos del trabajo de fin de grado en sí, y por otro lado los del proyecto de investigación de las prácticas externas.

El objetivo general del trabajo de fin de grado es el de aumentar la comprensión del fenómeno del suicidio. Y los objetivos específicos son:

- Conocer la situación actual del suicidio a nivel mundial y nacional.
- Estudiar la relación entre la presente crisis económica y el suicidio.
- Estudiar la importancia del efecto Werther.
- Estudiar los suicidios en el ámbito penitenciario.
- Plantear mejoras.

Además el estudio estadístico¹ permite verificar toda la información obtenida.

Los objetivos del proyecto de investigación son: La creación de una propuesta de prevención del suicidio desde la perspectiva criminológica, la elaboración de una descripción evolutiva de los suicidios en Navarra, la creación de un perfil criminológico del suicida en Navarra y el planteamiento de mejoras.

1.2. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

El suicidio, proviene del latín *sui* (de sí mismo) y *caedere* (matar). Es la *“acción y efecto de suicidarse”* o *“la acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza”*, según la Real Academia Española.

¹ Aviso: Tras la creación del Observatorio de Suicidio por la Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio, los datos que se logren a partir de ahora serán un reflejo más realista del alcance del fenómeno en vista de la colaboración obtenida con el Instituto Anatómico Forense de Madrid. De hecho, el propio INE avisa que los datos del 2013 no son “estrictamente comparables” a años anteriores por haber podido acceder a dichos datos, pero en este estudio, y dado que siempre va a haber cifra negra independientemente del fenómeno que se estudie, los datos extraídos del INE son orientativos y servirán para tratar de acercarnos a la realidad de este fenómeno en España. Lo mismo pasa con los datos de la Organización Mundial de la Salud, ya que no se recogen en todos los países del mundo, y no se recogen de igual manera, por lo que siendo conscientes de este hecho se deberán tratar los datos como una aproximación a la realidad.

Se trata de un fenómeno mundial que se ha producido en todas las culturas a lo largo de la historia. En ciertas épocas y culturas incluso ha sido vista como tradición, de hecho, en Japón se preveía la posibilidad de acabar con la propia vida voluntariamente con el fin de conservar el honor.

En ocasiones el suicidio se ha empleado como arma, como es el caso de los suicidios terroristas, es decir, aquellos casos en los que una persona se inmola con el fin de acabar con aquellos que estén a su alrededor para mandar un mensaje. Por lo general se trata de personas que forman parte de un grupo extremista religioso. Echeburúa y de Corral (2004) señalan la sorprendente inhibición del instinto de supervivencia y apuntan como causa del mismo a un *“adoctrinamiento intenso y un entorno socio-político favorecedor”*. Los individuos que optan por llevar a cabo estos actos tienden a ser varones jóvenes y solteros, sin cargas familiares, sin trabajo, con estudios y muy muy aferrados a sus creencias religiosas, suelen tener un concepto nacionalista extremo de apego a la propia tierra y están vinculados a organizaciones islámicas, además, la situación política de opresión y el contagio emocional de otros terroristas suicidas cercanos sirven como impulso. Indican asimismo que, en el caso del Islam, el terrorista suicida se considera un *elegido*, cuyo sacrificio se verá recompensado con *“la vida eterna en el paraíso, permiso para ver de cerca el rostro de Alá y los privilegios que lleva aparejado el martirio”*. Es más, la propia comunidad cercana al mártir lo ve como tal, y su familia es felicitada por dicho sacrificio.

Actualmente se considera como un problema de salud pública. Las causas que dan lugar al suicidio son múltiples y abarcan todos los ámbitos imaginables, desde los sociales, hasta los psicológicos y psiquiátricos, ambientales e incluso culturales.

Según la Organización Mundial de la Salud (2014), en torno a 804 000 casos se dieron en 2012, suponiendo una tasa de 11.4 por cada 100 000 habitantes (15 para hombres y 8 para mujeres).

Hoy en día, a nivel mundial, también se estima que en torno a un millón de personas fallecen por suicidio al año, y se prevé que estas cifras aumentarán en medio millón más para 2020. Esto supone que en el mundo fallece una persona por suicidio cada 40 segundos. Y, a pesar de que únicamente se pueden hacer estimaciones, los intentos de suicidio podrían multiplicarse por 20 (World Health Organization, 2014).

Según las proyecciones de la OMS para el 2030, los casos de suicidio superarán el millón, de los cuales más de la mitad serán hombres, cuyos casos duplican casi a los de mujeres, siendo el grupo de mayor riesgo en los hombres el que abarca de los 30 a

los 49 años (supone un 33% de los suicidios masculinos) y en el caso de las mujeres las edades de mayor riesgo son aquellas que se encuentran entre los 30 y los 69 (casi un 54% de los casos).

En cuanto a los ingresos, los países con un mayor número de suicidios son aquellos que tienen ingresos medios-bajos, seguidos de los países con ingresos medios-altos.

En la figura 1 se muestra el porcentaje de suicidios por nivel de ingresos de los países en 2012. Si juntamos los países de ingresos bajos y medios, el porcentaje de los suicidios totales es del 75%, sumando un 25% los casos de los países de ingresos altos. En las proyecciones realizadas por la OMS para 2015 y 2030 estos porcentajes se mantienen bastante similares (entorno al 80% los países de ingresos bajos y medios).

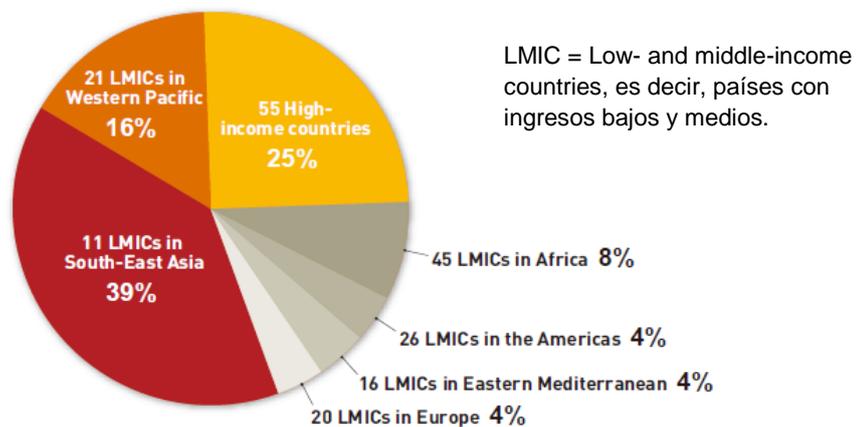


Figura 1. Fuente (World Health Organization, 2014, pág. 18). Porcentaje de suicidios por nivel de ingreso de los países en 2012.

De hecho, se calcula que en los países ricos o con ingresos altos mueren 3.5 veces más hombres que mujeres, mientras que en los países con ingresos bajos y medios, la proporción de suicidios por género es de 1.6 hombres por cada mujer. Otro dato de interés es la tasa, pues en los países de bajos y medios ingresos la de los hombres es de 13.7 puntos, ligeramente inferior a la global (15), pero en los países ricos esta cifra aumenta en 6.2 puntos, alcanzando los 19.9. La tasa de mujeres sin embargo, es inferior a la global (8) para los países de ingresos altos (5.7) y levemente superior para los países de ingresos medios y bajos (8.7) (World Health Organization, 2014).

Se ha constatado gracias a los datos de la OMS (2014), que en los países de ingresos altos los suicidios para ambos sexos suponen el 80% de las muertes violentas, mientras que en los países de ingresos medios y bajos el porcentaje se reduce a algo más del 50%.

A pesar de que en nuestro país las cifras no son alarmantes, pues hasta 2013 la tasa de suicidios por cada 100.000 habitantes no había alcanzado los 8 puntos, (lo que es bastante poco contando con que en el mundo la tasa ronda los 12 puntos), el suicidio se ha convertido desde hace varios años en la segunda causa de muerte no natural, por debajo de los accidentes de tráfico. En algunas comunidades autónomas, como Navarra, ha llegado incluso a liderar las lista de causas de defunciones por causas externas, aunque esto no es más que el resultado de la disminución de fallecidos por accidentes de tráfico.

En España, las causas externas de mortalidad están dentro de las 10 primeras causas de muerte (suponiendo entorno al 3.7% de las muertes anuales desde el 2009), incluyéndose en esta categoría las caídas accidentales, los suicidios y los accidentes de tráfico, entre otros. Desde el 2000 hasta el 2006 eran la quinta causa, desde el 2007 hasta el 2009 eran la sexta, y a partir de ahí hasta el 2013 la séptima, según datos del INE.

Dentro de dicha categoría, los accidentes de tráfico se ubicaban en la primera posición desde el 2000 hasta el 2008, seguido por los suicidios y las lesiones autoinfligidas. A partir de ese año, los suicidios se posicionaron los primeros. De hecho, según datos del INE, en el 2013 la primera causa de muerte no natural eran los suicidios, seguidos por las caídas accidentales, los ahogamientos, sumersiones y sofocaciones accidentales, otros accidentes y accidentes de tráfico.

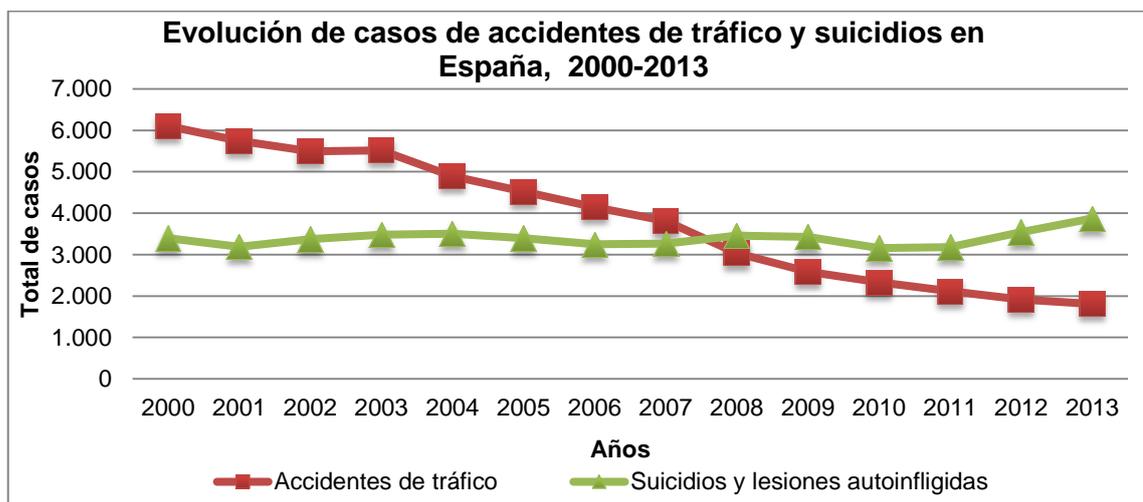


Gráfico 1. Evolución de casos de accidentes de tráfico y suicidios y lesiones autoinfligidas en España, 2000-2013.

En el gráfico 1 puede observarse la evolución de las causas externas de mortalidad, los accidentes de tráfico y los suicidios y lesiones autoinfligidas. Tal y como se ha señalado en los párrafos anteriores, se visualiza con claridad esa tendencia a la baja constante en los casos de accidentes de tráfico, mientras que las cifras de suicidio

tienden a mantenerse en el tiempo (con cierto aumento), siendo esta la razón principal por la que se ha posicionado en primer lugar dentro de estas causas. Según el Observatorio del Suicidio (2015), los accidentes de tráfico han disminuido en torno al 70%, mientras que los suicidios han supuesto un aumento del 14%.

Esta reducción de los accidentes de tráfico, bien podría ser por las campañas de sensibilización que llevan años realizándose, y por tanto han surtido efecto en la población. Así como la mayor severidad de la normativa y las sanciones viales, la educación en materia vial en los centros escolares, el aumento y la mejora de los controles policiales, y, por último, la mayor eficacia de los sistemas de seguridad de los vehículos.

Es decir, se podría suponer que si se emplease tiempo en crear campañas de concienciación sobre el suicidio, tal y como sucede con otras áreas de gran afectación social (drogas, violencia de género, tráfico...), así como una mayor preocupación e intervención desde distintos ámbitos de la administración (educación, sanidad, seguridad...), estos casos podrían verse disminuidos.

Además, hay que tener en cuenta que estadísticamente existen accidentes de tráfico recogidos como tales, pero que se sospecha que podrían ser suicidios, por lo cual, al ser una mera duda no se recogen como conductas autolíticas.

En conclusión, el margen existente entre los casos de accidentes de tráfico y de suicidios podría ser mayor, incluso, a lo que las estadísticas reflejan.

Asimismo, se habla de un crecimiento en los casos de suicidio de adolescentes y ancianos, lo cual debería llevar a un mayor análisis de estas franjas de edad, dada su vulnerabilidad. Incluso la OMS (2014) posiciona el suicidio como segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años de edad, después de los accidentes de tráfico. En las personas de entre 30 y 49 años el suicidio se ubica en la quinta posición en la lista de causas de muerte.

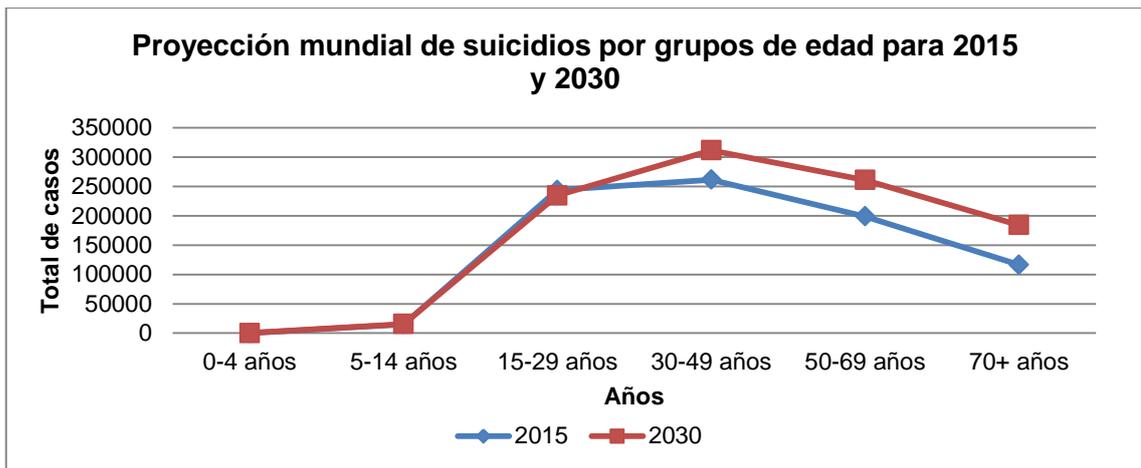


Gráfico 2. Proyección mundial de suicidios por grupos de edad para 2015 y 2030.

El gráfico muestra las proyecciones de suicidios por grupos de edad para 2015 y 2030, según datos de la OMS. Así pues, además de observar que los grupos de edad que presentan un mayor riesgo son los que abarcan de los 15 a los 49 años, se prevé un significativo aumento desde el 2015 hasta el 2030 de los 30 años en adelante.

En cuanto a los métodos, la intoxicación por pesticidas, el ahorcamiento y las armas de fuego tienden a ser los más usados de forma general, pero esto varía con el país, la edad y el género. Se remarca la importancia del ambiente a la hora de seleccionar los métodos de suicidio, por ejemplo en ciudades donde la mayoría de la gente vive en pisos muy elevados los suicidios tienden a darse por precipitación, o los pesticidas tienden a usarse más en zonas rurales donde la agricultura como forma de vida está muy arraigada (World Health Organization, 2014).

Además, antes de finalizar esta introducción me gustaría resaltar un dato realmente impactante a nivel nacional, y es que en el 2013 se dieron 70 veces más casos de suicidio que de violencia de género, siendo éste último un fenómeno de gran envergadura por el que se están creando tantas campañas de sensibilización y programas. Así pues, se hace más que fundamental ver el suicidio como un **PROBLEMA SOCIAL** en mayúsculas y por el que deberían tomarse más medidas.

Teniendo en cuenta los párrafos anteriores se puede deducir fácilmente la gravedad del fenómeno. Se trata de una situación que afecta mundialmente y que se presenta cada vez más en grupos de personas jóvenes. Es por ello que realizar un estudio sobre el suicidio, abarcándolo desde distintas perspectivas es más que recomendable, porque la comprensión es la clave para la prevención y para la erradicación del estigma que en muchos casos está asociado a estas conductas.

1.3. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO

En la actualidad, se tiene una concepción del suicidio como un fenómeno de causas individuales, sociales y ambientales.

Además, para llegar al suicidio se debe haber pasado primero por la ideación, entendida esta como pensamientos autodestructivos de acabar con la propia vida. Existen diversos grados dependiendo de hasta qué punto tenga planeado la persona el suicidio. Por supuesto, cada grado implica un mayor riesgo.

Hay personas con ideación suicida pero sin plantearse la acción, es decir, son personas que quieren acabar con su propia vida pero no han pensado en cómo lograr dicho objetivo.

También están las personas con ideación suicida con un método inespecífico o indeterminado. Son sujetos que desean acabar con su vida y emplean o piensan en usar varios métodos sin decantarse por uno de ellos. La diferencia con el primero es que éste conoce diversas maneras de matarse pero aún no ha decidido cuál emplear.

Después están los individuos con ideación suicida con un método específico pero no planificado. Estas personas desean acabar con su propia vida y saben qué método van a usar, pero no han decidido el momento ni el lugar para ello.

Por último están las personas que ya han organizado un plan suicida. En estos casos la persona expresa deseos de matarse, sabe cómo lo hará, dónde, en qué momento y demás. Tiene todos los detalles planeados (Pérez Barrero., s.f).

En cuanto a la terminología para las conductas suicidas, existe un afán común por crear una terminología unificada. Actualmente son dos las terminologías más empleadas, por un lado la de la CDC o National Center for Injury, Prevention and Control, y, por otro lado, la de Silverman et al (Gobierno de Navarra, 2014).

El CDC diferencia entre violencia autoinfligida, intentos de suicidio, otros comportamientos suicidas y el suicidio.

La violencia autoinfligida se entiende como el comportamiento autodirigido y deliberado hacia uno mismo que causa lesiones, o la posibilidad de lesiones. No se incluyen actividades de alto riesgo que no son reconocidas por el individuo como destinadas a dañarse.

Esta violencia puede clasificarse como suicida o no suicida. La suicida implica que no existen pruebas implícitas o explícitas de las intenciones suicidas de dicho comportamiento, y la suicida supone que sí existen evidencias implícitas o explícitas de la intención suicida de dichos actos.

El intento de suicidio puede ser indeterminado, intento de suicidio en sí o intento de suicidio interrumpido. El indeterminado se da cuando no está claro en base a la evidencia de la que se dispone. El intento de suicidio es un comportamiento perjudicial, no fatal, autodirigido, con cualquier intención de morir como resultado de dicha conducta, y que puede producir o no lesión. El último intento de suicidio, el interrumpido, se produce cuando un tercero ajeno o uno mismo provocan la interrupción del comportamiento autodirigido antes de la lesión fatal.

Con otros comportamientos suicidas, incluidos los actos preparatorios, se hace referencia a todos aquellos hechos previos al intento de suicidio que sirven para realizarlo, por ejemplo el método (comprar la cuerda o el arma...), el lugar (encontrar la ubicación donde se realizará el intento) o la preparación de la propia muerte (despedirse de personas, regalar objetos, escribir una nota...).

El suicidio es la muerte causada por el comportamiento lesivo autodirigido, con intención de morir como resultado de la conducta. Es decir, es el resultado de un intento de suicidio consumado.

Silverman et al., por otro lado, diferencian entre ideación suicida, comunicación suicida y conducta suicida.

La ideación es el pensamiento sobre el suicidio.

La comunicación es el acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos e intenciones de acabar con la propia vida. La comunicación es un punto intermedio entre la ideación y la conducta suicida. Pueden ser comunicaciones verbales o no verbales, que pueden tener intención pero no producen lesiones. Existen dos tipos: la amenaza suicida, que es interpersonal verbal o no verbal y que podría predecir una posible conducta suicida en un futuro cercano; y el plan suicida, que es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.

La conducta suicida se entiende como aquella en la que existe alguna intención de morir. Mientras que la autolesión o gesto suicida es aquel en el que no hay intención de morir aunque pueda perseguir alguna finalidad. Define también la conducta suicida

no determinada como aquella en la que existe algún grado de intencionalidad suicida. Se incluyen como conducta suicida el intento de suicidio y el suicidio.

2. PERSPECTIVAS TEÓRICAS

El suicidio es un fenómeno que se ha estudiado en incontables ocasiones desde diversas perspectivas como la psicológica, sociológica, jurídica y médico-legal. Por ello, mi intención es la de intentar abarcar estos ámbitos con el fin de lograr una comprensión lo más amplia posible.

2.1. EL SUICIDIO DESDE LA SOCIOLOGÍA

Comenzando desde un aspecto sociológico, sin duda alguna, la obra de Durkheim “El suicidio”, de 1897, es y fue una de las más influyentes.

Para este autor el hombre es fundamentalmente un ser social, que ha sobrevivido a lo largo de la historia viviendo y colaborando con sus semejantes, y que tiene arraigada la necesidad de pertenecer a una comunidad. Entendiendo como “comunidad”, además del conjunto de individuos, un ente que existe por sí mismo y tiene poder. Ésta comunidad es la que permite la organización para la existencia de los individuos, creando y manteniendo normas y valores necesarios para que dicha organización sea suficientemente firme y sirva como apoyo. De hecho, las personas necesitan tanto la comunidad como la individualidad, en otras palabras, necesitan creer en una existencia real y especial de comunidad y formar parte de ella, así como tener normas y reglas de la comunidad como soporte. Y por otro lado, necesitan ser ellos mismos, y creer en su propia identidad, tanto como individuo como comunidad (Bille-Brahe, 2000).

Durkheim entendía el suicidio, tal y como señala Pinto Rodríguez (2006), como *“todos aquellos casos en los que la muerte de una persona es el resultado directo o indirecto de su propia acción y la víctima sabe que su propia acción producirá ese resultado”*.

En su obra *Le suicide* se relaciona el suicidio con la sociedad, por lo que la variación en las tasas del fenómeno tendrían como explicación causas sociales. Así *“no se suicidarían los individuos, sino la sociedad a través de ciertos individuos”* (Giner Jiménez, 2010). Es decir, mientras que el suicidio sería el resultado de factores y circunstancias individuales, la frecuencia del suicidio depende del estado moral y

psicológico de la sociedad. Esto supone que las oscilaciones en dicha frecuencia sólo pueden ser explicadas por el hecho de que ciertas condiciones sociales desalientan a las personas a reaccionar ante los problemas y el dolor tratando de eliminarlos, y en su lugar se eliminan ellos mismos (Bille-Brahe, 2000).

Durkheim realiza una diferencia entre los factores extrasociales, donde se encuentran los estados psicopáticos, los estados psicológicos normales (donde estudia el suicidio en relación a la raza y la herencia), los factores cósmicos (tienen que ver con el clima y las temperaturas de las épocas del año) y la imitación (a la cual me referiré más adelante en el apartado “Discusión: Una aproximación criminológica al suicidio” pág. 128).

Con estados psicopáticos, se refiere a la manía, la melancolía, la obsesión, la impulsividad y el alcoholismo. El suicidio maniático sería aquel que se produce como respuesta a una serie de alucinaciones o delirios. El suicidio melancólico sería lo más próximo a los síntomas depresivos de hoy en día. El suicidio obsesivo tiene que ver con que la persona tiene la idea de muerte fijada en su mente, sin necesidad de tener ninguna razón para ello. En cuanto al suicidio impulsivo o automático, es aquel que se da en un momento, sin necesidad de tener la idea fijada previamente ni por un delirio, es decir, la idea aparece repentinamente y la persona la ejecuta. Por último, hace referencia al alcoholismo como factor que promueve estas acciones.

Con respecto a las estaciones del año, Durkheim, afirma que son los meses de enero a julio los que cuentan con una mayor cifra de suicidios, pero, esto no tiene que ver con la temperatura, sino con la intensidad de la vida social, que resulta más fácil que en invierno, volvemos por tanto a la importancia del factor social para explicar el suicidio. Esta intensidad de la vida social tiene que ver con los momentos de actividad social, como es el caso de la vida laboral. Por tanto, en los meses calurosos, donde los días son más largos y las personas aprovechan para realizar más actividades sociales, pues los meses fríos suponen una mayor reclusión, es cuando se dan más suicidios.

Es a partir de este punto en el que decide realizar una clasificación de los suicidios, teniendo en cuenta el equilibrio entre la integración social de la persona (es decir, a relación del individuo con su comunidad) y el grado de control social (se refiere al control que la comunidad ejerce sobre el individuo). Así pues estableció la siguiente tipología:

- El suicidio egoísta: sucede en sociedades en las que no existe una fuerte integración, la persona opta por una decisión individual sin considerar al colectivo. Tal y como señala Gimer Jiménez (2010), este tipo de suicidios es más frecuente en sociedades que fomentan el individualismo. Además Durkheim señala que la religión sirve como factor protector porque constituye una sociedad.
- El suicidio altruista: se da cuando las personas viven en sociedades muy integradas, en las cuales el colectivo es más importante que el individuo. Un ejemplo serían las personas bomba o kamikazes.
- El suicidio anómico: se produce cuando la sociedad tiene una regulación muy débil, al no haber normas la gente pierde referentes a seguir. Algunos ejemplos serían las épocas de guerras o de crisis económicas. Sin embargo, Durkheim establece que las crisis no aumentan los suicidios porque produzcan pobreza, sino porque por su naturaleza suponen una *“perturbación de orden colectivo”* (Durkheim, 2004, pág. 134).
- El suicidio fatalista: Durkheim apenas hace referencia a este tipo de suicidio porque señala que no reviste una gran importancia por la escasez de casos. Sin embargo, dice ser la contraposición al suicidio anómico, es decir, se trata de un tipo de suicidio que concurre en sociedades en las que la regulación es muy fuerte y la persona se ve desbordada por las normas. Un claro ejemplo serían los suicidios durante una dictadura.

Por último, este autor señala que en toda sociedad conviven en cierta forma el egoísmo, el altruismo y la anomia, compensándose unas con otras, sin embargo, cuando una de las ramas toma demasiada intensidad es cuando se daría lugar a una sociedad suicidógena. Esta intensidad se basa en tres aspectos:

- a) La naturaleza de los individuos que componen la sociedad.
- b) La manera en qué están asociados, o dicho de otro modo, la naturaleza de la organización social.
- c) Los acontecimientos transitorios que perturban el funcionamiento de la vida colectiva (ej. Crisis económicas, guerras, etc.).

El modelo de aprobación del suicidio de Agnew (1998, citado por Villalobos Galvis, 2009), establece que las personas pueden llegar a tener una actitud positiva hacia el

acto del suicidio, lo que daría lugar a un mayor riesgo. No sólo eso sino que el autor señala por un lado, que el individuo tendría menos dificultades para acabar con su propia vida si se rodea de personas que aprueban el suicidio, y por otro lado, que esa influencia que los demás ejercen sobre el individuo puede ser útil para prevenir el suicidio.

Así pues, se basa en tres factores: El estrés y la capacidad de afrontamiento, el control social y el aprendizaje social.

De esta manera, en relación a la tensión, la aprobación del suicidio dependerá del nivel de tensión de las personas y de sus capacidades de afrontamiento. Cuando los individuos se ven desbordados y son incapaces de resolver los problemas por las vías legítimas, tienden a emplear soluciones desviadas, como el suicidio. Agnew (1998) comenta que ciertos factores complican dicha capacidad de afrontamiento, como por ejemplo patrones de pensamiento rígido, habilidades de resolución de problemas limitados, baja autoestima, escaso apoyo social, locus de control externo², abuso de drogas o alcohol y trastornos mentales. Además, indica que la depresión y la desesperanza que contribuyen al suicidio pueden desarrollarse como consecuencia de esta incapacidad de hacer frente al estrés.

En cuanto a la socialización o aprendizaje social, supone una de las variables más importantes al hablar de percepciones y creencias que el individuo ha adquirido. Por ello, existe la posibilidad de que la percepción positiva o negativa del suicidio dependa en gran medida de este aprendizaje social. Al igual que Agnew (1998, citado por Villalobos Galvis, 2009) señaló la importante influencia que tienen los actos suicidas en el entorno familiar, hoy en día se contempla como uno de los factores de riesgo más relevantes y aparece en todos los estudios, guías y programas de prevención sobre el tema. El hecho de que un familiar haya optado por esta vía da lugar a que un individuo de su entorno, en el momento de socialización, perciba el suicidio como una forma de afrontamiento adecuada ante los problemas.

Como último punto de este modelo encontramos el control social. Dependiendo de la intensidad del mismo los individuos presentarán una mayor o menor aprobación ante el suicidio. De esta manera las personas con un bajo control social son más propensas al suicidio, porque se trata de personas con unos vínculos sociales débiles y es

² Consiste en la creencia de que los éxitos o fracasos de cada uno dependen de causas externas, lo que provoca que el individuo no se percibe como responsable de las cosas que le pasen, sino que interviene la suerte, el azar, el destino o las decisiones de otras personas.

probable que perciban tener escasas razones para seguir viviendo, por lo que el acto suicida se apreciaría como menos negativo.

Existen otros tipos de clasificaciones como los de Jousset y Moureau de Tours, o los de Baelcher.

Los primeros, tal y como expone Pinto Rodríguez (2006) establecen cuatro tipologías, todas basadas en la locura: El suicidio maniático, es el suicidio se produce como resultado de alucinaciones, está relacionado con la manía; el suicidio melancólico, como consecuencia de una depresión extrema, la ideación también puede aparecer por alucinaciones, pero en este caso son ideas muy estables; el suicidio obsesivo, en este caso la idea aparece poco a poco en el individuo hasta volverse una idea constante; y por último, el suicidio impulsivo, la idea aparece de forma repentina y se actúa de la misma forma.

Giner Jiménez (2010) explica cómo Baelcher clasifica los suicidios según la finalidad de los mismos, dando lugar a los siguientes tipos:

- Suicidio escapista: Se busca escapar de algo. Es frecuente en personas melancólicas, depresivas y esquizofrénicas.
- Suicidio agresivo: La finalidad accesoria es la de perjudicar a otro. En esta tipología se encuentran los pasionales, los histéricos y los psicópatas.
- Suicidio oblato: Se realiza como un sacrificio, con el que se busca llegar a un nivel moral superior.
- Suicidio lúdico: Se entiende como un juego, en el que la persona confía en la actuación de Dios o del azar para que decida su destino (vivir o morir).

Para Mäkinen (citado por Bille-Brahe, 2000) el suicidio debe entenderse como un fenómeno esencialmente cultural. De hecho, para este autor, las leyes referentes al suicidio, las actitudes culturales hacia el mismo y la religión, intervienen en un sistema normativo-cultural, creando así patrones de ideas que las personas usan para evaluar sus conductas y sus actos.

Asimismo, establece que la cultura se crea mediante la convivencia de las personas. Se entendería como un conjunto de ideas, hábitos, pensamientos, tradiciones, normas y valores que se manifiestan como el patrón cultural de un grupo específico de personas que viven juntas, en una comunidad concreta y en un momento concreto. Incluyendo en este patrón tanto la visión y las creencias que se tienen sobre la vida y la muerte, como las actitudes hacia la autoagresión deliberada.

El proceso por el cual se crean y se mantienen los múltiples elementos de una comunidad constituye un factor relevante en tanto en cuanto se basan en un consenso o se ejecuta por un control social estricto.

De esta forma, Mäkinen afirma que los patrones culturales no deben analizarse basándose únicamente en el aspecto estructural de la sociedad, incluyendo aquí la clase, la política, la distribución del poder, la religión, etc.

Este factor cultural puede observarse claramente en los países musulmanes donde el suicidio es condenado abiertamente, lo cual está prohibido de forma explícita en el Corán. También existen actitudes contradictorias hacia el suicidio en culturas asiáticas, por lo que en algunos casos se acepta y en otros no. Estas contradicciones afectan sobre todo a las mujeres, pues, tal y como exponen Millner y De Leo (2010) los factores más comunes relacionados con el suicidio en dichas regiones tienen que ver con los matrimonios arreglados, las reivindicaciones de la dote y la desigualdad de derechos, que son aspectos culturales.

2.2. EL SUICIDIO DESDE LA PSICOLOGÍA

Visto cómo se entiende el suicidio sociológicamente, pasamos a una perspectiva psicológica. Lo primero que debe entenderse es que el suicidio es un fenómeno multicausal, no existe un único motivo por el cual las personas deciden poner fin a su vida. De hecho, estos factores pueden ser personales, familiares, sociales y ambientales, dando lugar a un gran cúmulo de situaciones de riesgo. Antes de enumerar dichos factores procederé a comentar los diversos informes y estudios realizados por distintas entidades, organizaciones y profesionales para ampliar el conocimiento sobre los mismos.

En una entrevista realizada a Francisco Santolaya y Manuel Berdullas (INFOCOP, 2007) se expone que se pueden diferenciar tres franjas de edad en lo que respecta al acto del suicidio, en cada una de las cuales los factores externos e internos son diferentes:

- Jóvenes: Esta franja abarcaría de los 15 a los 24 años.
- Adultos: Esta etapa va desde los 25 a los 64.
- Ancianos: Esta franja abarca de los 65 en adelante.

- Los jóvenes tienen como factores internos las vivencias emocionales negativas intensas resultantes de la pérdida de un referente afectivo importante, problemas en cuanto a la identidad sexual, baja autoestima, timidez y aislamiento, antecedentes de abuso sexual en edades tempranas, alto nivel de autoexigencia, anticipación y vivencia de las experiencias con resultado negativo acentuadas, inicio al consumo de drogas al comienzo de la adolescencia y presencia de algún trastorno mental.

En cuanto a los factores externos encontramos las expectativas y exigencias del núcleo familiar excesivas o exageradas, haciendo caso omiso de las aptitudes del joven y del momento evolutivo en que se encuentra, desestructuración familiar temprana, pérdida de un referente afectivo importante, intentos o suicidio de personas cercanas y excesiva culpabilización (INFOCOP, 2007).

Los adultos cuentan con los mismos factores internos que los jóvenes, pues estos no desaparecen si no son resueltos, asumidos o superados. Sin embargo los factores externos aumentan, debiendo tener en cuenta los factores estresantes como divorcios, muertes de familiares cercanos, pérdida del trabajo y demás (INFOCOP, 2007).

Por último, los ancianos cuentan con una serie de factores internos como las enfermedades físicas y el dolor, la pérdida de la autoestima, la desesperanza y los trastornos del estado de ánimo. Además los factores externos pasan a ser la jubilación, el aislamiento familiar y social, la pérdida de la pareja y los amigos cercanos, la dificultad para establecer nuevas relaciones y demás (INFOCOP, 2007).

En otro informe de la World Federation of Mental Health (2006) se señalaron diversos factores de riesgo según la franja de edad.

- En la niñez, aunque no existe una extensa cantidad de casos, concurre un mayor riesgo cuando: Hay una enfermedad mental (sobre todo la depresión), la pérdidas recientes de un ser querido, la violencia sufrida, la ruptura de lazos familiares, intentos de suicidios previos, suicidios en el entorno familiar, hospitalización psiquiátrica previa, aislamiento social, acceso a armas en el hogar, abuso de alcohol y drogas, y por último, la exposición a la violencia en el hogar u otro entorno del menor.

- En la adolescencia, actualmente etapa en la que van aumentando mundialmente las cifras de suicidios consumados, los factores de riesgo están relacionados con trastornos mentales como la depresión o la esquizofrenia. Un aspecto muy relevante es que este grupo de edad es que tienden a pensar, planificar e intentar suicidarse sin buscar ayuda previa, y tampoco suelen comunicar sus intenciones.
- En el caso de los adultos diferencian entre las mujeres y los hombres.
 - Las mujeres adultas tienen un mayor riesgo de intentar cometer suicidio si existe un historial de depresión u otros trastornos mentales, un historial de abuso sexual o físico, historial familiar de trastornos mentales o suicidio, entorno familiar problemático, vivir sola, no tener niños en el hogar, tener enfermedades físicas, estar desempleada, tener acceso a armas u otros medios letales en el hogar.
 - Los hombres adultos, por otro lado, además de ser el género protagonista en las cifras de suicidios consumados, raramente buscan ayuda para la depresión. Se cree que quizás esta sea la clave para esa amplia diferencia entre los suicidios de hombres y mujeres. Aunque también se apunta a la agresividad del acto y a que los hombres son más agresivos que las mujeres. Y desde luego, se puede afirmar que el género masculino tiende a emplear métodos más letales.
- Por último, un grupo de edad con cifras muy elevadas son los ancianos. Los factores que aumentan el riesgo de cometer estas acciones son la depresión, el dolor o enfermedad física, vivir solo, los sentimientos de desesperanza y de culpa, el aislamiento social, haber perdido a la pareja, etc.

Asimismo, Sonia María Gómez Pardiñas (2013) expone los siguientes datos sobre los factores de riesgo:

- El diagnóstico de trastorno psiquiátrico mayor está presente en más del 90% de las personas con intentos de suicidio, y en un 95% de los que han llevado a cabo un suicidio consumado. La comorbilidad, además, intensifica el riesgo. Indica además el aumento del riesgo los días posteriores a una hospitalización psiquiátrica, de hecho según una revisión sistemática de J. Pirkis y P. Burgess

(1998 citado en Gómez Pardiñas, 2013) algo menos de la mitad de los pacientes que cometían suicidio habían sido ingresados en el año anterior.

- Los sentimientos de desesperanza perduran incluso si los síntomas de la depresión van desapareciendo. Es decir, es posible que una persona que está mostrando mejoría en cuanto a su depresión, se suicide, porque se mantiene ese sentimiento. Si se combina esta desesperanza con la impulsividad y el abuso de sustancias, el riesgo aumenta enormemente.
- Un historial de intentos de suicidio previos también forma parte de la larga lista de factores de riesgo, aumentando 5 o 6 veces las posibilidades de reincidir. De hecho, la mitad de los fallecidos por suicidio ya habían realizado alguna tentativa.
- En cuanto a la edad, parecen presentar una mayor incidencia las personas de mayor edad, pero, los intentos de suicidio son predominantes en los adultos jóvenes, y dentro de este grupo se dan más intentos en las mujeres que en los hombres, pero éstos últimos suponen la mayor parte de las cifras de suicidios consumados.
- Además parece que el estado civil puede ser otro factor de riesgo, presentando una mayor peligrosidad los solteros, a continuación los viudos, los separados o divorciados y los casados. Aunque en último lugar se encuentran los casados con hijos.
- Asimismo, el desempleo y la escasa cualificación suponen un mayor riesgo suicida.
- Las enfermedades físicas también tienen cabida en esta lista, sobre todo aquellas que implican un dolor constante para la persona o las que implican una situación terminal.
- En cuanto al historial familiar. Los abusos en la infancia son un factor de riesgo bastante importante. Y, con respecto a la genética, no queda claro si lo que se hereda es el componente del trastorno o del suicidio. Pero, lo que sí es

evidente es que existe un mayor riesgo cuando algún miembro de la familia ha fallecido por suicidio.

- Por último, existen otra serie de factores como la accesibilidad a los medios para cometer el suicidio, la soledad, la pérdida de algún ser querido, la violencia y la coacción política, vivir en zonas rurales, o ser parte del colectivo LGTB (Lesbianas, gais, transexuales y bisexuales).

Con respecto a este último punto, la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales, recogía en un informe de resultados sobre el acoso escolar homofóbico y riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes LGB (2012), las siguientes conclusiones:

Primero, que el bullying homofóbico, que es un tipo de acoso que se da en la adolescencia que tiene como “causa” la orientación sexual de la persona, puede desencadenar unas consecuencias tan graves como son la ideación y el intento de suicidio. Además, de todos los encuestados entorno al 43% llegaron a plantearse el suicidio, pensamiento que ha persistido durante largo tiempo en más de la mitad de ellos. En cuanto a la planificación, el 40% de los que pensaron en suicidarse lo planearon con detalle y el 41% sin detalle, es decir, entorno al 35% de los jóvenes encuestados víctimas de bullying homofóbico planearon el suicidio. Por último, un 22% realizaron una tentativa, y el 18% lo intentaron más de una vez, lo que supone que 232 jóvenes encuestados trataron de cometer suicidio.

En otro artículo, King et al. (2008), citado por Hass et al. (2011), señala que ocurren más intentos suicidas en hombres gais/bisexuales que en mujeres lesbianas/bisexuales, lo cual muestra una clara diferencia con el resto de la población, donde la tasa de intentos de suicidio de mujeres supera ampliamente (3:1) a la tasa masculina, tal y como exponen Kessler, Borges y Walters (1999), citado por Hass et al. (2011).

Además, la depresión, los trastornos de ansiedad y los trastornos por consumo de sustancias, están 1.5 veces más presentes en la población LGB en comparación con la población heterosexual (King et al., 2008, citado por Hass et al., 2011), en esta línea es destacable la diferencia de patrones de género que hay entre la población LGB y el resto de la población en su conjunto, en relación a los diferentes trastornos, presentándose unas tasas más altas de depresión y trastornos de pánico en hombres homosexuales/bisexuales, y tasas más altas de trastornos por consumo de sustancias en mujeres lesbianas/bisexuales.

Una de las razones por las que la tasa de suicidio en la población LGB es superior a la de la población en general, es el estigma social, los prejuicios y la discriminación asociada a esta orientación sexual minoritaria (Cochran, Mays & Sullivan, 2003; de Graaf et al., 2006; King et al., 2008; Mays & Cochran, 2001; McCabe, Bostwick, Hughes, West & Boyd, 2010; citados por Hass et al, 2011).

De hecho, al igual que en el estudio anterior, la comunidad LGB tiende a experimentar reacciones de rechazo, hostilidad, acoso, bullying y violencia física. El rechazo de los padres y otros miembros de la familia es uno de los factores estresores más relevantes en la comunidad LGB joven, relacionándose incluso con un mayor riesgo de intentos de suicidio. (D'Augelli, Grossman, Salter et al., 2005; D'Augelli, Hershberger y Pilkington, 2001; Remafedi et al., 1991; Ryan, Huebner, Diaz y Sanchez, 2009; citados por Hass et al., 2011), A esta misma conclusión se llegó en un estudio del San Francisco State University (2009), en el cual se constató que un nivel alto de rechazo familiar suponía una probabilidad 8 veces mayor de realizar un intento autolítico, 6 veces mayor de presentar elevados niveles de depresión y 3 veces mayor de consumir sustancias ilícitas y de infectarse con enfermedades de transmisión sexual.

Una vez expuestos los factores de riesgo en detalle, he realizado una lista, basándome en los diferentes informes, guías y artículos revisados, con los diversos factores facilitan la ideación y conducta suicida, así como los que previenen dicho fenómeno.

Factores de riesgo: Son factores que aumentan el nivel de riesgo suicida. Pueden ser individuales, sociales y ambientales. Los factores de riesgo pueden ser modificables o inmodificables. Los modificables clínicamente son factores sociales, psicológicos y psicopatológicos (por ejemplo: trastornos, salud física...), y los inmodificables clínicamente están relacionados con el propio sujeto o el grupo social al que pertenece (por ejemplo: la edad, el sexo, el estado civil, el apoyo social...).

- Factores de riesgo individuales
 - Trastornos mentales:
 - Depresión mayor: es el trastorno mental que más se asocia con las conductas suicidas.
 - Trastorno bipolar: el riesgo es mayor al inicio del trastorno y cuando existen comorbilidades asociadas. 25-50% de los sujetos con trastorno bipolar realizan un intento de suicidio.

- Trastornos psicóticos: tienen mayor riesgo los hombres jóvenes durante la primera etapa del trastorno, los pacientes con recaídas crónicas y en los primeros meses tras un alta hospitalaria. Se estima que el 25-50% de los individuos con esquizofrenia realizarán un intento de suicidio a lo largo de su vida.
 - Trastornos de ansiedad: se puede asociar a altas tasas de ideación suicida, tentativas y suicidios consumados.
 - Trastornos de la conducta alimentaria: la anorexia nerviosa es la que mayor riesgo presenta, sobretodo en mujeres durante la adolescencia tardía.
 - Abuso de alcohol y otras sustancias tóxicas: además de ser un factor de riesgo es también un factor precipitante.
 - Trastornos de personalidad: los más asociados son el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno límite de la personalidad.
- Factores psicológicos: Impulsividad, sentimientos de fracaso personal, indefensión pensamiento dicotómico, dificultad de resolución de problemas, sobregeneralización en el recuerdo autobiográfico³, perfeccionismo, desesperanza y rigidez cognitiva.
 - Intentos de suicidio previos: durante los seis primeros meses y durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta. También dependerá del número de intentos, de la gravedad de los mismos y del grado de ocultación.
 - Ideación suicida: cuando la ideación va avanzando en el tiempo, si esta no se acompaña e intentos o planes, el riesgo se atenúa.
 - Edad: los momentos con más riesgo de intentos y suicidios consumados son la adolescencia y edad avanzada.
 - Sexo: los hombres presentan más consumaciones y las mujeres más intentos de suicidios. También es cierto que los hombres emplean métodos más letales que las mujeres.
 - Factores genéticos y biológicos: Factores que reducen la actividad serotoninérgica, que reducen el control de los impulsos. Los estudios de

³ Consiste en una tendencia a recordar acontecimientos pasados específicos de una manera muy amplia.

epigenética⁴ vinculan la cantidad de los receptores de una hormona con el control de impulsos, de modo que a menor cantidad de dicho receptor, menor control de impulsos tendrá la persona. Se realizó una investigación con ratas y se comprobó que los cuidados en la infancia influye en la cantidad de estos receptores, por tanto, no es sólo una base genética sino que las relaciones interpersonales son cruciales. De hecho, un estudio de Tovilla-Zarate y Genis Mendoza (2012) Evidencia que existe un componente genético en las conductas suicidas, en cuanto a los genes del sistema serotoninérgico.

- Presencia de enfermedad física o discapacidad: generalmente está asociado a un trastorno mental.
- Factores familiares y contextuales
 - Historia familiar de suicidio: aumenta el riesgo especialmente en género femenino y cuando se produce en un familiar de primer grado.
 - Factores sociofamiliares y ambientales:
 - Falta de apoyo sociofamiliar: El suicidio se da más en personas solteras, divorciadas o viudas, que viven solas o que carecen de apoyo social.
 - Nivel socioeconómico, situación laboral y nivel educativo: La pérdida de empleo, la pobreza, el bajo nivel educativo y los trabajos muy cualificados con alto nivel de estrés, aumentan el riesgo.
 - Eventos vitales estresantes: por ejemplo divorcios, pérdida de trabajo, conflictos en relaciones interpersonales... estos eventos son los desencadenantes, es decir, existen otros factores de riesgo y éste es el decisivo.
 - Suicidio en el entorno.
 - Efecto Werther: hacer públicos los suicidios puede conllevar más suicidios.
 - Historia de maltrato físico o abuso sexual.
 - Orientación sexual: aunque no está del todo probado parece que los estudios apuntan hacia un mayor riesgo de los colectivos homosexuales y bisexuales.

⁴ Ciencia que se basa en que todo comportamiento tiene una base genética.

- Acoso por parte de iguales: en la adolescencia está asociado con altos niveles de estrés, con ideación y conducta suicidas.
 - Fácil acceso a armas, medicamentos y/o tóxicos.
- Factores precipitantes
 - Eventos vitales estresantes (pérdida de un ser querido, quedarse de pronto sin trabajo, abandono de la pareja...).
 - Fácil acceso a armas de fuego, medicamentos o tóxicos.
 - Acoso por parte de pares.
 - Abuso de alcohol u otras sustancias tóxicas.

Factores de protección: Son factores que disminuyen el riesgo de pensamientos y conductas suicidas en presencia de factores de riesgo. Éstos son los aspectos que deben promoverse para lograr una futura prevención y disminución de los casos de suicidio.

- Factores personales
 - Habilidad en la resolución de conflictos o problemas de forma adaptativa: Por ejemplo la reestructuración cognitiva y la expresión de emociones.
 - Tener confianza en uno mismo.
 - Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales.
 - Presentar flexibilidad cognitiva.
 - Poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos: valores como el respeto, la justicia o la amistad, entre otros.
- Factores sociales o medioambientales
 - Apoyo familiar y social: tener hijos, hermanos o amigos es un buen apoyo. Por tanto, una alta cohesión familiar y social son de gran ayuda para evitar tanto la ideación como la conducta suicida.
 - Integración social: evitar el aislamiento y la soledad, proporciona una mayor protección a la persona.
 - Adoptar valores culturales y tradicionales.
 - Tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol.

Un estudio de la *University of British Columbia* trató de buscar los motivos de los intentos de suicidio, y descubrieron que las principales razones eran los sentimientos de desesperanza y el padecimiento de una dolencia física crónica. De la misma forma, realizaron una distinción dependiendo de la intensidad del deseo de morir. Por lo que dedujeron que las motivaciones determinadas por factores sociales suponen un deseo menos intenso, mientras que las motivaciones que emanan de los dos principales factores ya expuestos (desesperanza y dolor crónico) están asociadas a un deseo bastante más intenso de morir (Consejo General de la Psicología de España, 2013).

Aparte de todo esto, en varias noticias se habla del incremento de suicidios como consecuencia de la crisis económica que comenzó en 2008. Sin embargo, más tarde estudiaré la correlación entre crisis económica y suicidio, con el fin de verificar si realmente existe y es una causa directa o si por el contrario, es un motivo más dentro de este fenómeno multicausal.

Señales: Existen una serie de conductas y verbalizaciones que sirven para detectar una ideación suicida que puede derivar en una posterior conducta suicida. Es por ello que conocer esas señales es vital para prevenir los suicidios.

La American Psychological Association (2015) creó una lista de señales de riesgo suicida que son:

- Hablar sobre cometer suicidio.
- Tener problemas para comer o dormir.
- Exhibir cambios drásticos o bruscos de comportamiento.
- Aislarse de los amigos, la familia o las actividades sociales.
- Perder intereses en el colegio, trabajo o aficiones.
- Prepararse para la muerte escribiendo su voluntad y haciendo arreglos finales.
- Regalar posesiones preciadas.
- Haber cometido intentos de suicidio anteriormente.
- Tomar riesgos innecesarios.
- Haber experimentado recientemente graves pérdidas.
- Parecer preocupado con la muerte y el morir.

- Perder interés en su propia apariencia.
- Incrementar el consumo de alcohol o drogas.

Además, en las guías que se mencionan en la Parte II de este trabajo (pág. 100), así como en la WFMH (2006), se especifican otra serie de señales, aparte de las ya comentadas, verbales y no verbales. Por ejemplo, comentarios negativos sobre sí mismos, sobre la vida, sobre el acto suicida o sobre la muerte, “*Sería mejor que no estuviera aquí*”.

La WFMH también incluye otra señal que consiste en la búsqueda de información sobre los métodos para suicidarse (Consejo General de la Psicología de España, 2006).

La American Foundation for Suicide Prevention (2015) realiza una clasificación sobre estas señales, dando lugar a tres apartados: Hablar, comportamiento y estado de ánimo. En el primer y el último apartado se añaden algunos aspectos que no comentan en lo señalado anteriormente sobre señales.

En el apartado de las verbalizaciones, hacen hincapié en que una de las señales es que las personas hablen sobre:

- Suicidarse.
- No tener razones para vivir.
- Ser una carga para los demás.
- Sentirse atrapado.
- Sentir un dolor insoportable.

En cuanto al estado de ánimo, indican que las personas que están considerando suicidarse suelen presentar una o más de los siguientes: Depresión, pérdida de interés, rabia, irritabilidad, humillación y ansiedad (American Foundation for Suicide Prevention, 2015).

A nivel psicológico también es interesante recapitular una serie de modelos explicativos del suicidio, tal y como enumera Giner Jiménez (2010). Así pues encontramos los siguientes modelos:

Modelo de vulnerabilidad al suicidio: El autor del modelo, Weiss, señala en su trabajo “*Suicide: An Epidemiologic Analysis*” (1954), la existencia de tres elementos principales, siendo éstos: La actitud del grupo en una sociedad concreta (se refiere a

que la persona vive en un ambiente, el cual va a determinar cómo entiende el suicidio y le otorga apoyo ante las dificultades), las situaciones adversas con las que se encuentra el sujeto (señala que el estrés que se experimenta en una situación concreta puede favorecer la ideación y el suicidio como fin para solucionar conflictos) y, por último, la interacción entre los anteriores factores y el carácter y la personalidad del individuo (este último punto sirve como filtro de todo lo anterior).

Modelo de desesperanza de Beck: Este modelo hace hincapié en la desesperanza, entendida como expectativas negativas de futuro. Este sentimiento afectaría tanto a las creencias en sí mismo, como sobre los demás y sobre el futuro.

En este sentido encontramos la Teoría de la desesperanza de las tendencias suicidas de Abramson et al. (2002). La figura 2 es una representación de dicha teoría, en la cual se observa cómo los eventos negativos, que generan estrés, junto con un estilo cognitivo negativo, da lugar a que las personas realicen tres tipos de inferencias cuando se enfrentan a estos acontecimientos negativos, que contribuyen a su vez a desarrollar la desesperanza y las tendencias suicidas. Estas inferencias son las atribuciones causales, las consecuencias inferidas y las características inferidas sobre sí mismo.

En resumen, la desesperanza y las tendencias suicidas tienden a desarrollarse cuando los acontecimientos vitales son percibidos como importantes, atribuidos a causas estables y globales, y por los que se deduce que pueda haber otras consecuencias negativas, incluyendo entre estas una visión negativa del propio individuo.

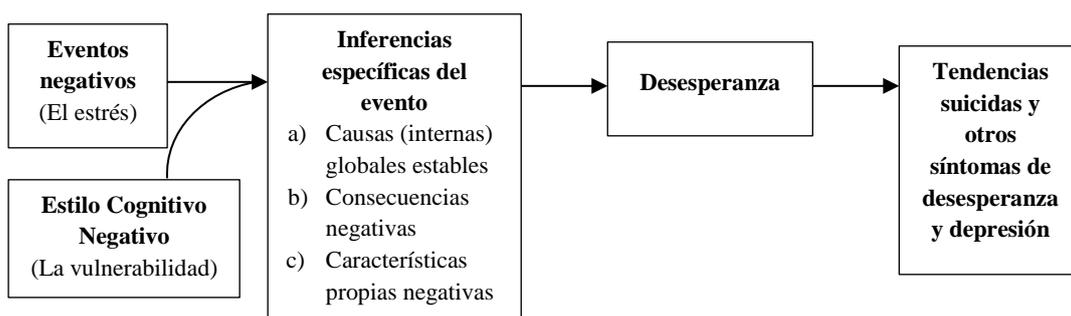


Figura 2. Fuente: *The Hopelessness Theory of Suicidality*.

Modelo arquitectónico de Mack: Se basa en 8 elementos: Los macrocosmos (cómo influyen la cultura, la economía, los factores sociopolíticos y el sistema educativo en el suicidio), la vulnerabilidad biológica (se trata de factores genéticos), las experiencias tempranas (cómo influyen en las primeras etapas de la vida del individuo), la organización de la personalidad (hace referencia al Yo, la autoestima y el narcisismo), las relaciones del individuo con los demás, la psicopatología, la ontogenia

(señala la relación de la persona con la vida y la muerte) y las circunstancias vitales (se trata de factores precipitantes).

Modelo de trayectorias de desarrollo del suicidio de Silverman y Felner: Este modelo señala que hay una serie de procesos que dan lugar al suicidio. Estos autores proponen un concepto de vulnerabilidad (resultado de la exposición a factores de riesgo y factores de protección) en el cual se puede intervenir. Hacen hincapié en cómo tanto esta vulnerabilidad como los factores de protección pueden irse adquiriendo a lo largo de la vida. Clasifican los factores en biológicos, psicológicos, cognitivos y ambientales.

Modelo según el estado de la mente de Bonner y Rich: Presentan un modelo que entiende el suicidio como un proceso dinámico y circular en el cual el individuo tiene libertad de acceso. En este proceso encontramos dos contextos, el socioindividual y el estado mental. En el primero tenemos el ambiente social (incluye el contexto social general, hace referencia a cambios sociales, la valoración social del suicidio, etc., y el contexto social inmediato, que tiene que ver con el entorno concreto del sujeto) y el entramado individual (aquí están los factores psiquiátricos, evolutivos, etc.). El estado mental son todas aquellas circunstancias psicológicas de la persona que afectan en el acto suicida.

Modelo cúbico de Shneidman: Este autor definió el suicidio como “*un acto consciente de aniquilación auto inducido, entendido como un malestar multidimensional de un individuo necesitado que define un problema para el cual el suicidio es percibido como la mejor solución*” (Gandolfo, 2014). Su modelo parte de la concurrencia de los siguientes constructos: Dolor (se trata del dolor psicológico causado por la insatisfacción de necesidades psicológicas), perturbación (supone la constricción de la percepción y la cognición) y la presión (da lugar a la reacción de la persona, pudiendo ser positiva cuando lleva a cabo conductas constructivas, o negativa, cuando da lugar a actos destructivos). Los suicidios se darían cuando concurrieran estos tres factores de forma grave. Además, este autor señaló la existencia de 10 características comunes en todos los suicidios, tal y como señalan Cardona y Ladino (2009):

- El propósito común: Buscar una solución.
- El objetivo común: Cese de la conciencia.
- El estímulo común: Dolor psicológico intolerable.
- El estresor común: Necesidades psicológicas frustradas.

- La emoción común: Desesperanza.
- El estado cognoscitivo común: Ambivalencia.
- El estado perceptual común: Constricción.
- La acción común: Escape.
- El acto interpersonal común: Comunicación de la intención suicida.
- El acto suicida es congruente con los patrones de afrontamiento del individuo a lo largo de su vida.

Modelo triangular de prevención del suicidio de Cutter: Busca la prevención de las conductas suicidas en base a tres factores, que son: el deseo de morir, el grado de planificación y el grado de angustia y desesperanza.

Modelo de superposición de Blumenthal: Agrupa los factores en cinco categorías (trastornos psiquiátricos, rasgos y trastornos de personalidad, factores psicosociales y ambientales, variables genéticas y ambientales y factores biológicos). El riesgo de suicidio depende de la influencia de estas categorías, incrementando el riesgo si aumenta la presencia de los factores.

Modelo escapista de Baumeister: El suicidio sería la forma de finalizar con un dolor psicológico insoportable producido por las experiencias y expectativas vitales.

Modelo basado en la teoría de la regulación emocional de Linehan: Diferencia por un lado el ambiente (compuesto por el apoyo social, el cambio vital, los modelos de suicidio y sus consecuencias) y por otro lado el comportamiento (ya sea fisiológico o emocional, motor o cognitivo). El suicidio se daría cuando se realizan esfuerzos por regular los cambios de alguno de esos sistemas.

Modelo basado en la vulnerabilidad fluida de Rudd: Las ideaciones y comportamientos suicidas son temporales y se dan posteriormente a un estado suicida que se activa y desactiva. Este umbral de activación difiere para cada persona, sin embargo, los temas cognitivos fundamentales son la despreciabilidad, el desamparo, la baja tolerancia al estrés y el estrés percibido.

Modelo de Joiner: La impulsividad y el comportamiento suicida tienen una relación directa, siendo la primera la que da lugar a experiencias negativas en la vida de la persona.

Modelo de Mann: Este modelo se basa en el estresor y la diátesis. El primero sería una psicopatología y el segundo una predisposición (Cardona & Ladino, 2009).

2.3. EL MARCO JURÍDICO-LEGAL DE LOS COMPORTAMIENTOS SUICIDAS

Otro ámbito a estudiar es el jurídico, es decir, cómo está recogida en la legislación el suicidio.

El suicidio supone que la persona pone fin a su propia vida, siendo esta uno de los bienes jurídicos más importantes. La persona hace uso de su vida como le place, en este caso, decide acabar con ella, de ahí proviene el conflicto, de si tenemos derecho o no de disponer de dicho bien jurídico.

Hoy en día, en torno a 25 países tienen leyes y penas contra los intentos de suicidio, pudiendo aplicar una pena pecuniaria o incluso la cadena perpetua. Sin embargo, en la gran mayoría de estados estas conductas no están tipificadas en sus legislaciones. De hecho, la criminalización de estas conductas da lugar a una disminución de las denuncias por miedo a las represalias legales y por consiguiente se ocultan, lo que provoca una falsa sensación de disminución de los casos de suicidio (World Health Organization, 2014).

Lo que sí está penado es que un tercero ayude a una persona a suicidarse, ya sea incitándole a ello (inducción) o ayudándolo proporcionándole los medios (cooperación). Sin embargo, existe un conflicto constante en lo referente al derecho de las personas a disponer de sus vidas, sobre todo, cuando éstas padecen alguna enfermedad irreversible o están bajo un sufrimiento constante e insoportable. Hay quienes opinan que en estos casos excepcionales sí que debería proporcionarse la ayuda necesaria para cometer el suicidio siempre y cuando las personas que padezcan dicha enfermedad así lo quieran, es decir, hablamos de la eutanasia y del suicidio asistido.

La palabra eutanasia proviene del latín *eu* (bien) y *thanatos* (muerte), es decir, podría traducirse como buena muerte. La RAE define eutanasia como “*acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él*” (Real Academia Española). Volvemos por tanto a lo señalado anteriormente, se trata de facilitar la muerte a personas que tienen grandes padecimientos con la finalidad de acabar con su sufrimiento.

Es importante señalar la diferencia entre eutanasia y suicidio asistido, pues en las diversas leyes a las que me referiré posteriormente se evidencia esta distinción de conceptos. Tal y como exponen C. De Miguel Sánchez y A. López Romero (2006), por un lado tenemos la eutanasia, que se refiere a las acciones llevadas a cabo por otras personas, a petición expresa y reiterada de un paciente que, a causa de una enfermedad irreversible, padece un sufrimiento insoportable y constante. Por otro lado

tenemos el suicidio asistido, que consiste en que una persona proporciona los conocimientos y medios necesarios para que la otra persona que sufre una enfermedad irreversible, cometa el suicidio.

La regulación de estas conductas varía dependiendo del país, hoy en día hay Estados en los que la eutanasia y/o el suicidio asistido están legalizados, siendo éstos Suiza, Bélgica, Holanda, Luxemburgo, Oregón, Washington, Montana, Vermont y Colombia. Cada país exige que se den una serie de requisitos.

EUROPA

El Consejo de Europa, en su recomendación 1418 (1999) sobre la Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos (Parliamentary Assembly, 1999) animó a los Estados miembros a tomar medidas para los enfermos terminales y moribundos, como por ejemplo:

- Garantizar que los cuidados paliativos se reconozcan como un derecho legal de los individuos.
- Proveer un acceso equitativo para unos cuidados paliativos apropiados para todas las personas con enfermedades terminales o moribundas.
- Asegurar que se alienta a los familiares y amigos a acompañar al enfermo terminal o moribundo y que tengan apoyo profesional en sus esfuerzos. Si las redes familiares y/o privadas resultan insuficientes o limitadas, se deberán proporcionar alternativas o formas complementarias de atención médica.
- Asegura la cooperación entre todos los implicados en el cuidado del enfermo terminal o moribundo.
- Garantizar el desarrollo y la implementación de normas de calidad para el cuidado de los enfermos terminales o moribundos.
- Garantizar que el paciente, a no ser que diga lo contrario, enfermo terminal o moribundo recibe los cuidados paliativos adecuados para aliviar su dolor, incluso si el tratamiento contribuye al acortamiento de la vida del mismo.

Sin embargo, no aprueba la eutanasia, de hecho en el apartado c del texto, donde se señala la prohibición de tomar intencionalmente la vida de personas con enfermedades terminales o moribundas. En el punto 9.3.2 establece que el deseo de morir de una persona con enfermedad terminal o moribunda, no constituye ningún derecho a morir a manos de otra persona. Y, en el siguiente apartado señala que ese

deseo no supone justificación legal alguna para llevar a cabo acciones destinadas a provocar la muerte del paciente.

A pesar de lo expuesto aquí, cada país de la Unión Europea tiene su regulación propia respecto a este tema, a continuación se recoge la legislación de una serie de países europeos sobre la eutanasia y el suicidio asistido.

En **Bélgica** sólo se permite la eutanasia, que se legalizó con la Ley relativa a la eutanasia el 28 de mayo del 2002, o *Loi relative a l'euthanasie; Wet betreffende de euthanasie* (Verwilghen, 2002). En el artículo 1 de esta Ley se recoge el término eutanasia, entendiéndola como la acción de un tercero que pone fin a la vida de una persona de forma intencionada, a petición de ésta. Para realizar la eutanasia sin que se cometa una infracción es necesario:

- Que el paciente sea mayor de 18 años, o menor emancipado, capaz y consciente en el momento de la solicitud, y que resida en Bélgica.
- Que la solicitud se realice de forma voluntaria, reflexionada, reiterada y libre, es decir, sin presiones externas.
- Que el paciente padezca una enfermedad incurable que provoque un sufrimiento insoportable y constante.

El médico deberá informar al paciente sobre su situación y su esperanza de vida, así como las diferentes alternativas terapéuticas disponibles. El paciente deberá estar totalmente convencido de que no hay otra posibilidad razonable teniendo en cuenta sus circunstancias y tendrá que realizar su solicitud de forma plenamente voluntaria. Además, el médico deberá garantizar la persistencia del sufrimiento y de los deseos del paciente. También deberá consultar a otro médico, independiente con respecto al paciente y al médico que lleva el caso, el cual tras evaluar la situación del paciente redactará un informe. Debe pasar un mes entre la solicitud y la aplicación de la eutanasia, tras la cual, tiene 4 días para notificarla a la Comisión Federal de Control y Evaluación.

Asimismo se recoge en la Ley la forma de la solicitud, es decir, cómo redactarla y quién puede hacerlo. Estas peticiones junto con los pasos llevados a cabo por el médico responsable, son registradas.

Existe un capítulo para la declaración de las voluntades anticipadas. En estas declaraciones puede manifestar su deseo de que se le practique la eutanasia, pero sólo tendrá una vigencia de 5 años. La posibilidad de solicitar la eutanasia mediante

un documento de voluntades anticipadas está regulado por un decreto de 2 de abril de 2003.

La Comisión Federal de Control y Evaluación (en la Ley se especifica su composición) establece un documento de registro que debe ser cumplimentado por el médico encargado de la eutanasia. En dicho documento deben aparecer una serie de datos como el nombre completo y la dirección del paciente; el nombre completo y domicilio de todas las personas consultadas por el médico; si había declaraciones anticipadas, etc. También hay otra sección en la que deben darse detalles sobre el paciente al que se le ha practicado la eutanasia, como sexo y fecha y lugar de nacimiento; fecha, lugar y hora de la muerte; el daño grave o condición patológica incurable que sufría; cómo se realizó la eutanasia y los medios empleados, etc.

La Comisión revisa este documento, y en caso de notarse alguna irregularidad, se envía al Fiscal, dando lugar a las medidas pertinentes.

Además, en este país se despenaliza la eutanasia pero no se hace referencia alguna al suicidio asistido. Esto es así porque en el Código Penal belga no aparece tipificado el auxilio al suicidio y por tanto no se castiga (De Miguel Sánchez & López Romero, 2006).

En **Luxemburgo**, la Legislación que regula los cuidados paliativos así como la eutanasia y asistencia al suicidio (Palacio de Luxemburgo, 2009), es la que legalizó ambas acciones. Esta Ley define por un lado la eutanasia, como el acto llevado a cabo por un médico que pone fin intencionadamente a la vida de una persona, siempre y cuando éste lo haya pedido de forma expresa y voluntaria; y por otro lado la asistencia al suicidio, entendiéndola como la ayuda prestada intencionadamente por un médico (siempre que este acepte, porque puede negarse a ello sin que ello conlleve ninguna repercusión) a otra persona para que ésta lleve a cabo el suicidio, siempre que concurra la demanda expresa y voluntaria de la misma. Se exigen una serie de circunstancias, que son:

- El paciente debe ser mayor de edad y tiene que estar capacitado y consciente en el momento de realizar su demanda.
- La demanda debe realizarse de forma voluntaria, libre (sin presiones externas), reflexionada y reiterada. Esta demanda debe realizarse por escrito y puede revocarla cuando quiera. Deberá firmar la demanda, de no ser posible por su situación la firmará otra persona elegida por él, la cual deberá mencionar la imposibilidad del paciente.

- El paciente está en una situación médica irreversible y con sufrimiento constante e insoportable como resultado de una enfermedad.
- El médico debe informar al paciente de su estado de salud, debe estudiar con él todas las posibilidades existentes y convencerse de que la demanda del paciente es voluntaria y que la ve como única solución. Asimismo el médico debe consultar con otro médico la situación del paciente, es decir, pedir a otro médico que realice un estudio sobre la salud del paciente para asegurarse del sufrimiento de éste. A no ser que el paciente se oponga, el médico podrá consultar la demanda con el equipo médico que está en contacto con el paciente y con las personas de confianza.

Es posible la aplicación de las Disposiciones para el final de la vida siempre y cuando se trate de una persona mayor de edad, capacitada y que no pueda manifestar su voluntad, que estén escritas, fechadas y firmadas por el declarante. En estas disposiciones aparecerán las circunstancias y condiciones en las que desea recibir la eutanasia e incluso especificar lo referente a la sepultura y el funeral. Para poder llevarlas a cabo el médico debe constatar que el paciente padece una dolencia grave e incurable, que está consciente y que se encuentra en una situación irreversible. Al igual que en las demandas de eutanasia, si el paciente no puede cumplimentar estas disposiciones porque padece alguna incapacidad física, podrá seleccionar a una persona mayor de edad que las escriba y firme por él, también podrán ser revocadas y modificadas en cualquier momento.

El médico que practique la eutanasia o la asistencia al suicidio deberá remitir un documento de registro, en el que se especificarán todas las circunstancias que han posibilitado llevar a cabo este proceso, a la Comisión Nacional de Control y de Evaluación. En el Capítulo V de esta Ley se hace referencia a la composición y funciones de esta Comisión, sin entrar en demasiados detalles, se encarga de examinar el documento remitido por el médico para ver si se han cumplido todos los requisitos y se han llevado a cabo todos los formalismos exigidos, si se constata alguna irregularidad se llevarán a cabo las medidas necesarias.

Esta Ley también da lugar a una modificación en el Código Penal, incluyendo un nuevo artículo, el 397 en el cual se despenaliza la eutanasia y la asistencia al suicidio.

Tal y como señalan C. De Miguel Sánchez y A. López Romero (2006), en **Holanda** se aprobó la Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio (Senado, 2001). En ella se permite que el médico ayude voluntariamente a una persona a suicidarse o que le facilite los medios para ello. Es una ley compuesta por

24 artículos, en los que se recogen entre otras cosas los requisitos para llevar a cabo el suicidio asistido (artículo 2):

- El paciente debe residir en Holanda.
- El médico debe estar convencido de que la petición del paciente es voluntaria y ha sido muy reflexionada, por lo que se entiende que es plenamente capaz, y debe ser reiterada. Es posible manifestar este deseo en un documento de voluntades anticipadas.
- El médico ha llegado al convencimiento de que el padecimiento es insoportable e irreversible.
- El médico ha informado de su situación al paciente y de las posibilidades de futuro.
- Ha llegado al convencimiento junto con éste de que no existe otra solución razonable.
- El médico ha consultado la situación del paciente, como mínimo, con otro médico independiente al caso, el cual, tras estudiar las circunstancias, expondrá su dictamen por escrito sobre el cumplimiento de los criterios expuestos hasta ahora.
- El médico ha llevado a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con los cuidados y atenciones médicas debidas.

El médico podrá atender una petición de un paciente que tenga al menos 16 años, y que ya no puede expresar su voluntad pero que cuando estuvo en condiciones de hacerlo expresó sus intereses al respecto y redactó una declaración por escrito.

El médico podrá atender una petición de un paciente menor de edad si se le considera en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses en este asunto, siempre y cuando:

- Quienes ejerzan la patria potestad hayan participado en la toma de la decisión, cuando el menor esté entre los 16 y los 18 años de edad.
- Quienes ejerzan la patria potestad den su consentimiento, cuando el menor esté entre los 12 y los 16 años de edad.

Las notificaciones son revisadas por la Comisión Regional con el fin de asegurar que el médico ha actuado convenientemente, de no ser así se tomarán las medidas pertinentes remitiendo el caso a la fiscalía, ya que si no se cumplen los requisitos establecidos se estaría incurriendo en un delito.

Esta ley ha supuesto una serie de modificaciones en el Código Penal Holandés, en la Ley Reguladora de los Funerales (artículos 7, 9, 10, 12 y 81) y la Ley General de Derecho Administrativo (artículo 1.6).

Para no extenderme demasiado expongo dos de las modificaciones del Código Penal, más concretamente las de los artículos 293 y 294. En el artículo 293.2 se señala la inimputabilidad en los casos de quitar la vida a otra persona siempre y cuando se haya realizado por un médico que haya cumplido con los requisitos de la Ley sobre comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, y habiéndoselo comunicado al forense municipal. En el artículo 294.2 se hace mención al segundo párrafo del artículo 293, de forma que también serán inimputables los médicos que intencionadamente ayuden a otro a suicidarse o le faciliten los medios para llevarlo a cabo, con las condiciones del artículo 293.2.

En **Suiza**, la eutanasia está penalizada pero no así el suicidio asistido, que se permite. De hecho, en el auxilio al suicidio no se exige la asistencia de un médico, a no ser que sea necesaria para asegurar el control correcto de la prescripción (De Miguel Sánchez & López Romero, 2006).

El Código Penal suizo contempla lo referente a la eutanasia y suicidio asistido en los artículos 114 y 115 (L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse, 1937).

En el artículo 114 se habla sobre muerte por demanda de la víctima, y establece lo siguiente; Que aquel que cede ante una razón honrada, especialmente a la compasión, produce la muerte una persona bajo la demanda seria e insistente de éste, será castigado con una pena privativa de libertad de hasta tres años o una sanción pecuniaria.

En el artículo 115 se menciona la incitación o la asistencia al suicidio. Y señala que aquel que, impulsado por un motivo egoísta, incite a una persona al suicidio, o le preste asistencia al suicidio, será, si el suicidio es consumado o intentado, castigado con una pena privativa de libertad de 5 años o una pena pecuniaria.

De lo que aquí se deduce es que la asistencia al suicidio no está penada siempre y cuando el motivo no sea egoísta. Tampoco se menciona la necesidad de un médico o de una enfermedad grave e incurable. Es decir, en principio, cualquier persona podría solicitar el auxilio al suicidio a otra persona, y esta no sería castigada si no tiene un móvil personal, económico o egoísta (TAD, 2011).

Existen varias organizaciones voluntarias que proporcionan ayuda a aquellas personas con enfermedad terminal que soliciten el auxilio al suicidio, siempre previo informe al Estado, y son: DIGNITAS, EXIT Y AMD. La primera, ubicada en Zurich, es la única que acepta casos de extranjeros que acudan a Suiza para recibir ayuda al suicidio, la segunda actúa en los cantones de habla alemana e italiana, y la última actúa en los cantones franceses (TAD, 2011).

En la página oficial de EXIT (EXIT) se señalan los requisitos que deben cumplir las personas para poder realizar la solicitud. Tienen que ser personas que sepan lo que están haciendo (es decir, con capacidad suficiente), que no actúen impulsivamente sino que hayan reflexionado y meditado sobre el asunto, que tengan un deseo persistente de morir (lo que demuestra constancia y seguridad en su decisión), que no se encuentre bajo la influencia de terceras personas o presiones externas (en conclusión, que haya tomado la decisión de forma libre y autónoma) y, por último, que se suicide por su propia mano. Además, las personas deben contar con un pronóstico sin esperanza, o con síntomas insoportables o con una discapacidad inaceptable. Tan sólo ofrecen los cuidados al final de la vida a sus miembros, que deben tener al menos 18 años y deben ser residentes permanentes de Suiza.

En el **Reino Unido**, la Cámara de los Lores publicó en 2004 el *Assisted Dying for the Terminally Ill Bill* (House of Lords, 2004), en el cual se regula la autorización de la muerte asistida, las condiciones de calificación, la oferta de cuidados paliativos, la declaración hecha por adelantado y la revocación de la declaración entre otros. Es decir, se regulan todos los aspectos necesarios para llevar a cabo la eutanasia y el auxilio al suicidio.

Los requisitos que deben cumplirse son:

- El médico tratante ha debido ser informado por el paciente de su deseo de recibir ayuda para morir. Además debe examinar al paciente y asegurarse de que es competente. Asimismo debe estar convencido de que éste padece una enfermedad terminal y que está sufriendo de forma constante e insoportable a causa de esta enfermedad. Tiene que informar al paciente sobre su situación médica, las alternativas posibles y el proceso de asistencia a morir. El médico debe llegar al convencimiento de que el deseo de ser asistido a morir del paciente persiste, de que su solicitud es voluntaria y la decisión ha sido tomada de forma informada y reflexionada.
- Lo mismo que el párrafo anterior para el médico consultor.

- Una vez cumplidos los requisitos ya expuestos. El paciente debe cumplimentar un formulario que sirva como declaración por adelantado de su deseo de contar con asistencia a morir. En esta declaración deben estar presentes dos individuos, uno de ellos será el abogado, y tanto ellos como el paciente deberán firmar la declaración, que entrará en vigor, una vez transcurrido el período de espera requerido, durante 6 meses.
- El médico de cabecera deberá informar al paciente de su derecho a revocar la declaración, debe verificar inmediatamente antes de ayudar a morir al paciente que la declaración está vigente y que no ha sido revocada, y, por último, debe preguntar al paciente inmediatamente antes de prestar la ayuda a morir, si desea revocar la declaración.

En el Código Penal de **Alemania**, aparece una conducta tipificada como Homicidio a petición, en el artículo 216. Según este artículo cuando se dé el caso de que una persona pida a otra que lo mate a través de una petición expresa y seria, ésta última será castigada con una pena privativa de libertad de 6 meses a cinco años. Asimismo se señala la punibilidad de la tentativa. Por tanto, la eutanasia queda penada (Roxin, 2013).

Pero, no aparecen establecidas conductas relativas a la participación en la ayuda al suicidio, incluso si se trata de una ayuda necesaria, por lo que no se castigan los que una persona proporciona los medios a otra para suicidarse (De Miguel Sánchez & López Romero, 2006).

A esto hay que añadir, tal y como señala Claus Roxin (2013), que según los artículos 26 y 27 de este Código, las conductas de participación exigen un hecho típico y antijurídico previo para poder ser penados, pero, el suicidio no se contempla, la participación queda impune. Asimismo, se permite la eutanasia indirecta, que consiste en administrar un tratamiento paliativo para paliar el dolor de personas con una enfermedad mortal e irreversible, a pesar de que este tratamiento acorte la vida del paciente. El acortamiento de la vida supone un homicidio, pero, aunque se haga a petición del paciente (lo que daría lugar a un homicidio a petición), no se considera punible por darse en unas circunstancias de terapia paliativa.

Como indican De Miguel Sánchez y López Romero, (2006), la situación actual en **Francia** es de penalización tanto de la eutanasia como del auxilio al suicidio.

A pesar de haber aprobado la Ley relativa a los derechos de los enfermos y al fin de la vida o Ley Leonetti, ésta únicamente menciona la posibilidad de realizar voluntades anticipadas y la necesidad de disminuir la obstinación terapéutica.

Con obstinación terapéutica se refiere, tal y como refleja el artículo 37 del Código Deontológico (Conseil National De L'Ordre Des Médecins, 2012), a la aplicación de tratamientos innecesarios y desproporcionados que no ayudan en nada al paciente, debido a su situación.

En cuanto a las voluntades anticipadas, tienen una validez de tres años, en ellas se indican los datos de la persona y sus deseos sobre las condiciones de limitación o suspensión del tratamiento y la prolongación artificial de la vida, cuando ya no esté en condiciones de expresar su voluntad (Conseil National de l'Ordre des médecins, 2012).

AMÉRICA

Estados Unidos de América.

En Estados Unidos no se permite la eutanasia, pero sí se contempla el suicidio médicamente asistido en algunos estados, siendo éstos Oregón, Washington, Montana, Vermont y California.

Tanto en **Oregón** y **Vermont** como en **Washington** está vigente un acta con características muy similares con respecto a los requisitos exigidos para solicitar el suicidio asistido.

En Oregón está el Acta sobre Muerte con Dignidad de 1997 (Oregon Death with Dignity Act). En este estado la eutanasia se encuentra tipificada como una forma de homicidio. En Washington está el Acta de Muerte con Dignidad (Washington Death with Dignity Act). Sin embargo, aún se prohíbe el suicidio asistido por personas que no sean médicos. (TAD, 2011) Vermont se convirtió en el tercer estado que promulgó el Acta de Muerte con Dignidad, se trata del Acta relativa a la elección y control de los pacientes al final de la vida (Death With Dignity National Center, 2015).

Los requisitos son los siguientes:

- El paciente debe tener al menos 18 años y residir en el estado de Washington u Oregón, dependiendo del lugar en el que se haga la solicitud. Además debe ser competente y dos médicos (el que trata y el consultor) deben determinar

que está sufriendo de una enfermedad terminal (se entiende como tal que tiene una esperanza de vida inferior a 6 meses). Asimismo tiene que expresar voluntariamente su deseo de morir y debe realizar una solicitud escrita para tomar por sí mismo la medicina para terminar con su vida de una forma humana y digna. La decisión debe ser tomada de forma libre (sin presiones externas), voluntaria, informada (se le debe informar sobre su situación, su esperanza de vida, las diferentes alternativas que existen y demás) y reiterada (debe realizar tres solicitudes).

- El paciente debe formular tres solicitudes por separado, dos orales y una escrita, esta última debe realizarse ante dos testigos, uno de ellos no debe tener relación con el paciente. Deben pasar al menos 48 horas entre la fecha en la que el paciente firma la solicitud escrita y la prescripción de la receta.

En **Montana**, se permite el suicidio médicamente asistido, siempre y cuando el paciente sea capaz, esté en un estado de enfermedad terminal y, que el médico se encargue únicamente de recetarle la dosis letal de fármacos, es decir, el paciente es quien libremente consume dicha sustancia (TAD, 2011).

Quebec.

En Quebec se aprobó la Ley sobre los cuidados al final de la vida en 2014 (National Assembly, 2014). En este caso los requisitos son los mismos que se venían exponiendo hasta ahora. Se hace especial hincapié en el respeto a la dignidad y autonomía del paciente, y al carácter prioritario de su voluntad. Asimismo se establece la posibilidad de proporcionar estos cuidados previos a la muerte en instalaciones dependientes de una institución, en una casa de cuidados paliativos (donde incluso días antes de la muerte de la persona, se le deja la habitación en la que esté exclusivamente para la misma) o a domicilio.

Se recogen todos los aspectos referentes a la muerte de la persona, tanto los requisitos de ésta, como los de los médicos, el lugar, la Comisión sobre los cuidados al final de la vida, las directivas médicas anticipadas, etc.

América latina.

En **Colombia**, se declaró inconstitucional el precepto del Código Penal en el que se establece el homicidio por piedad. Por tanto, se permite el homicidio por piedad cuando se dé tanto el consentimiento del sujeto que desea morir, como la presencia

de un médico. En conclusión, se ha despenalizado la eutanasia en este país, pero aún no existe una regulación específica sobre el tema (TAD, 2011).

ESPAÑA

En España ni el suicidio consumado ni la tentativa están tipificados en el Código Penal, no son conductas penadas en nuestro sistema jurídico. Como dato curioso podemos comentar que antiguamente en la legislación española el suicidio estaba penado con la confiscación de los bienes de aquel que se quitaba la vida (Giner Jiménez, 2010).

Sin embargo, dado que el bien jurídico que está en riesgo es la vida, sí que se condenan conductas de inducción y cooperación al suicidio, que se recogen en los artículos 143.1 y 143.2 respectivamente. La inducción al suicidio se castiga con una pena de 4 a 8 años de prisión, y la cooperación al suicidio con una pena de 2 a 5 años de prisión, y si además esa cooperación llega hasta el punto de ejecutar la muerte, la pena de prisión aumenta de 6 a 10 años, según el punto tercero del artículo 143 (Gimbernat Ordeig & Mestre Delgado, 2014).

En el artículo 143.4 del Código Penal también se señala la cooperación al suicidio por razones humanitarias, que se trataría de una cooperación necesaria, pero a petición de la persona que desea morir. Si esta petición se realiza por motivo de una enfermedad incurable o un dolor crónico e insoportable, aquel que coopere será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 del artículo. Es decir, la pena quedaría reducida a 2 años o incluso menos, lo que da lugar a una posible sustitución o suspensión.

Lo que se puede deducir de este artículo es que se pena tanto la eutanasia como el suicidio asistido, pero éste último caso revise una menor gravedad por la situación de sufrimiento en la que se encuentra el sujeto pasivo, es decir, la persona que desea morir.

Volviendo a los casos de inducción y cooperación, tal y como establece el artículo 28 del Código Penal Español de 1995, se consideran autores de delitos y faltas aquellos que *“cooperan a su ejecución con un acto sin el cual no se habría efectuado”* (Gimbernat Ordeig & Mestre Delgado, 2014).

También es destacable la imprudencia o negligencia profesional, recogida en el artículo 142.3 del Código Penal. Esta negligencia supone el descuido voluntario o falta

de cuidado de un profesional durante el desempeño de su oficio o profesión, dando lugar como resultado a un daño efectivo al perjudicado. Esto puede dar lugar a responsabilidades penales y civiles.

Son necesarios ciertos requisitos para que concurra la imprudencia:

- Acción u omisión voluntaria.
- Naturaleza negligente o falta de previsión.
- Infracción del deber de cuidado.
- Resultado dañoso.
- Relación causal entre la acción u omisión y el resultado dañoso.

Esta imprudencia profesional es, en muchas ocasiones, el motivo que las familias de los fallecidos por suicidio emplean para interponer una denuncia, pero estas denuncias no suelen prosperar. Las familias interponen la denuncia porque el perder a un ser querido por suicidio deja tal incertidumbre a su alrededor que lo más racional en el momento es buscar un culpable externo. Así pues, si la persona estaba en tratamiento o bajo el cuidado de algún profesional, las familias y allegados responsabilizan a éste de la conducta autolítica del fallecido.

Una vez expuesta la situación legislativa de España en relación al suicidio, es interesante comentar la Proposición no de Ley, del 24 de Octubre de 2012, relativa a promover dentro de la Estrategia de Salud Mental acciones para una redefinición de los objetivos y acciones de prevención del suicidio. Los objetivos de esta proposición son los siguientes:

- Redefinir los objetivos y acciones de prevención del suicidio que se encuentran dentro de la Estrategia de Salud Mental y desarrollar políticas que tengan en cuenta tanto la variable género como la variable edad, poniendo especial interés en los grupos más vulnerables como son los niños, los adolescentes, los ancianos y las personas en riesgo de exclusión social.
- Promover campañas de visibilización, sensibilización y concienciación.
- Apoyar a la Red de Salud Mental para mejorar los siguientes aspectos: Las medidas preventivas, el protocolo de manejo del suicidio y la atención y seguimiento inmediato a los intentos de suicidio.

Cuando se señala dicha redefinición de objetivos y acciones, se refiere a las especificadas en la Estrategia de Salud Mental de 2009-2013 (2011), en la cual se establece como segundo objetivo el de *“Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y*

las adicciones en la población general". Dentro de ese objetivo general se enumeran una serie de acciones, la que nos interesa en este caso es la 2.3 que dice así: *"Realizar y evaluar acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y de suicidio en grupos de riesgo"*. En cuanto a las recomendaciones, lo que señala esta estrategia en relación al suicidio, es que deben implementarse intervenciones de naturaleza preventiva en centros docentes, instituciones penitenciarias y residencias geriátricas, con el fin de prevenir tanto la depresión como el suicidio.

También es importante destacar la aprobación del Senado de una moción, el 16 de Enero de 2013, que busca impulsar medidas para prevenir el suicidio y potenciar la salud mental en Atención Primaria. Con esta aprobación el Senado solicita al Gobierno tomar las siguientes acciones:

- Activar políticas de concienciación social sobre el suicidio.
- Implantar políticas de coordinación entre las Comunidades Autónomas para facilitar la detección, tratamiento y prevención de los suicidios.
- Potenciar la salud mental en Atención primaria.

2.4. EL SUICIDIO Y LA MEDICINA LEGAL

En este apartado pretendo comentar los métodos que se emplean de forma más habitual para cometer suicidio.

- Suspensión o ahorcadura: Se trata de colocarse una cuerda o cable alrededor del cuello, formando un lazo. Este método puede clasificarse de diversas formas, tal y como se expone en el texto de Olano, Martínez-García, Granero y Palanco (2005):
 - Completo/Incompleto: Hablamos de una suspensión completa cuando todo el cuello pende del lazo, es decir, los pies no tocan el suelo. Nos referiremos a suspensión incompleta cuando los pies de la persona tocan el suelo.
 - Simétrico/Asimétrico: Depende de la posición del nudo. Si se sitúa en la línea media del cuello hablaremos de una ahorcadura simétrica anterior (el nudo está en la parte anterior del cuello, es decir, en la nuez) o posterior (el nudo se encuentra en la parte posterior del cuello, la nuca). La suspensión será asimétrica cuando el nudo se sitúe en el lado izquierdo o derecho del cuello.

- Típico/Atípico: Las ahorcaduras típicas son aquellas en las que el nudo está en la línea media posterior del cuello.

Este método puede causar distintas lesiones que provocan el resultado de muerte, como son: La anoxia anóxica, la isquemia encefálica, la inhibición refleja y la lesión medular.

- Precipitación: Hace referencia a lanzarse desde un lugar elevado, como puede ser una azotea, una ventana, un balcón, etc.
- Intoxicación: Consiste en provocarse una intoxicación o envenenamiento intencional, por ejemplo por ingestión de drogas o medicamentos, por exposición a gases, vapores u productos químicos nocivos.
- Asfixia: Supone la muerte por falta de oxígeno, puede darse por la inhalación de gases tóxicos.
- Lesión por arma de fuego: Se trata de provocarse intencionadamente lesiones con un arma de fuego, como armas cortas, rifles, escopetas o armas largas.
- Lesión por arma blanca: Implica la muerte mediante lesiones infligidas por armas blancas, que pueden ser objetos cortantes o romos. Suelen emplearse cuchillos para cortarse las venas o apuñalarse diversas zonas del cuerpo.
- Arrojar o colocarse delante de un objeto en movimiento: Consiste en situarse repentinamente delante de un tren, un coche o cualquier otro vehículo a motor.
- Quemaduras o carbonización: Supone la muerte por provocarse lesiones con fuego u objetos o sustancias que provoquen quemaduras. Un ejemplo famoso es el denominado “quemarse a lo bonzo” que consiste en rociarse el cuerpo con un líquido inflamable para, posteriormente, prenderse fuego.
- Sumersión: Implica provocarse la muerte en un medio líquido, lo que impide la respiración.

- Tráfico: Consiste en colisionar intencionalmente con un vehículo a motor. En ocasiones los accidentes de tráfico en realidad son suicidios, pero esto es muy difícil de demostrar.

En este último punto, el del suicidio por colisión, hay que señalar que hay una gran cantidad de accidentes de tráfico que se clasifican como tales pero que bien podría tratarse de suicidios, el problema es que su identificación es muy complicada. Nos encontraríamos así ante suicidios que no son sumados a las cifras de suicidios anuales, lo que aumenta la cifra negra. Lo mismo pasa con los suicidios amañados, es decir, hay homicidios que pueden parecer suicidios porque el autor ha manipulado la escena, ya sea realizando las lesiones en lugares de fácil acceso para la propia víctima (esto implica que la víctima podría realizarse dichas lesiones), o escribiendo una nota en nombre de la víctima (u obligarle a escribirla antes de acabar con su vida), etc.

En conclusión, nos podemos encontrar con una gran cantidad de situaciones que se clasificarían como accidentes y en realidad se trataría de suicidios, o se clasifican como suicidios cuando en realidad son homicidios. Tal y como señala Pérez Camarero (2009), varios estudios estiman que el 5% de los accidentes de tráfico son consecuencia de conductas suicidas, incluso se señala que el automóvil se consideraría un medio idóneo de autodestrucción.

Además de lo expuesto hay que entender que no en todos los países ni regiones del mundo se emplean los mismos métodos ni con la misma frecuencia.

Un estudio de Ajdacic-Gross et al. (2008) arrojó luz sobre este aspecto e indicaron que la selección del método de suicidio no sólo varía por países, sino que además depende de la aceptabilidad social sobre el método y de su disponibilidad. La aceptabilidad proporciona una serie de creencias sobre suicidarse o no, y las normas socioculturales darían directrices sobre cómo proceder.

Como resultado de este trabajo se encontraron tres medios altamente empleados en todo el mundo: Las armas de fuego, la suspensión o ahorcadura y el envenenamiento con pesticidas.

Así pues, el método más empleado en casi todos los países es la suspensión. Las armas de fuego son empleadas con más frecuencia en aquellos países en los que tienden a usarse para proteger los hogares, muestra de ello sería el predominante uso de este método en los Estados Unidos de América, aunque también se usan en Argentina, Suiza (sólo los hombres) y Uruguay. En los países asiáticos y en Portugal

sin embargo, el envenenamiento con pesticidas es muy frecuente. Por otro lado el envenenamiento con drogas es común en Canadá, los países nórdicos y el Reino Unido. De hecho en China un estudio de Zhang, Stewart, Phillips, Shi y Prince (2009) demostró que existía una correlación entre la exposición a pesticidas y las ideaciones suicidas.

También hallaron divergencias en cuanto al nivel de violencia y letalidad de los métodos por género, siendo los hombres los que emplean métodos más violentos y letales, como las armas de fuego. Las mujeres por el contrario optan más por el envenenamiento y el ahogamiento, que suponen tanto una menor violencia como letalidad (Ajdacic-Gross, y otros, 2008).

Asimismo, existe una correlación entre los tres métodos más predominantes, pues descubrieron que la suspensión tendía a usarse cuando no había otro medio mejor a su disposición. Además la cifra de suicidios por ahorcadura disminuía mientras que se incrementaba el de suicidios por arma de fuego y pesticidas. Es por ello que hay que tener especial cuidado a la hora de tratar de prevenir el uso de estos medios, pues la introducción de programas específicos de prevención sobre un método puede dar lugar por un lado a la disminución del uso de dicho medio, pero al aumento de otro. Por ejemplo, en Australia y Canadá el uso de las armas de fuego se restringió, pero aumentaron los casos de suicidio por suspensión (Ajdacic-Gross, y otros, 2008).

3. EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO

Resulta conveniente estudiar la incidencia del suicidio tanto a nivel mundial como estatal.

Según los datos más recientes, del 2013, en España hubo un total de 3870 fallecimientos por suicidio, de los cuales tres cuartas partes eran hombres. Esta cifra supone 10.6 suicidios al día. Con respecto al año anterior, 2012, los casos aumentaron un 9.3%, aunque teniendo en cuenta la ya señalada nota del INE sobre la colaboración con el Instituto Anatómico Forense de Madrid, sin dicha colaboración el aumento hubiese sido de 2.7% (Fundación Salud Mental España, 2015).

El Instituto Nacional de Estadística estableció dos nuevos apartados dentro de las Defunciones según la Causa de Muerte, dedicado exclusivamente al suicidio, desde el 2005. Es por ello que, para estudiar los métodos más empleados en España para

cometer suicidio, los datos que voy a emplear son los referentes al año 2005 y siguientes.

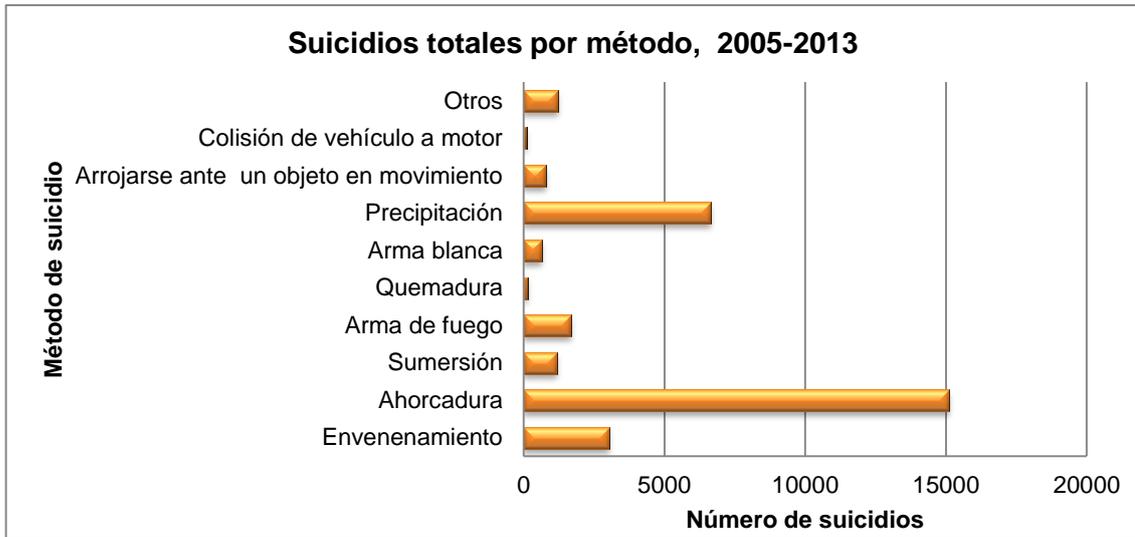


Gráfico 3. Suicidios totales en España por métodos, 2005-2013.

En el gráfico 3 se observa cómo entre los medios para suicidarse más empleados encontramos la ahorcadura en casi la mitad de los casos, seguido por la precipitación en el 20% de los casos y por último el envenenamiento, que se produce en el 10% de los casos. La aplicación del resto de métodos es más bien escasa y a veces casi inexistente, como es el caso de la quemadura o la colisión de vehículo a motor.

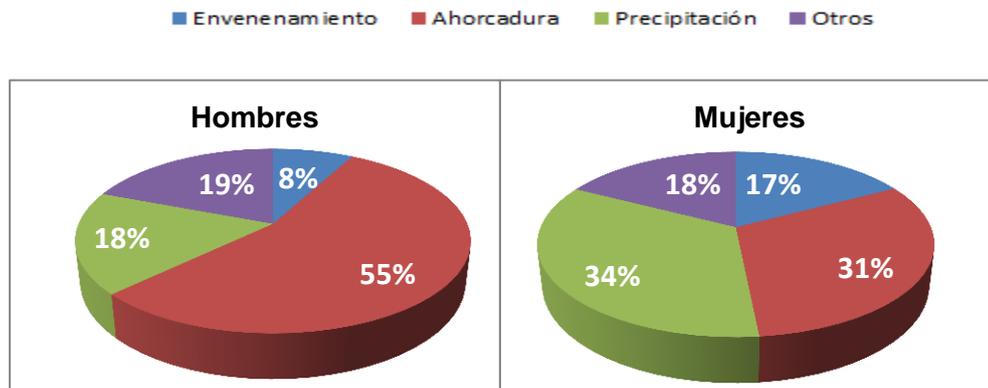


Gráfico 4. Porcentaje de suicidios por envenenamiento, ahorcadura, precipitación y otros5 para hombres y mujeres, de 2005 a 2013.

Atendiendo al género, las mujeres emplean, de mayor a menor incidencia, la precipitación, la ahorcadura y el envenenamiento, aunque entre los dos primeros métodos hay solamente una diferencia de 200 casos. El género masculino opta más

5 Dentro de la categoría *otros* se incluyen los métodos siguientes: Sumersión, arma blanca, arma de fuego, quemadura, arrojarse ante un objeto en movimiento, colisión y otros métodos no especificados.

por la ahorcadura en el 55% de los casos, y después escogen la precipitación y el envenenamiento.

En conclusión, en España se emplean estos tres métodos comentados independientemente del género. Además, en ningún caso se da un cambio evolutivo brusco, de hecho, las cifras se mantienen año tras año.

Según la Organización Mundial de la Salud, las formas más comunes de quitarse la vida a nivel mundial son los pesticidas, el ahorcamiento y las armas de fuego.

En cuanto al género, al igual que en el resto del mundo, en España se han dado desde 1989 más fallecimientos por suicidio masculinos que femeninos. De hecho de los 81 466 casos que se han dado en ese periodo, el 75.80% eran hombres y el 24.2% mujeres.

En el gráfico siguiente se aprecia cómo la tasa de suicidio masculino supera la media nacional en todos los años, siendo 3 veces superior a la media femenina, que se encuentra por debajo de la media nacional.

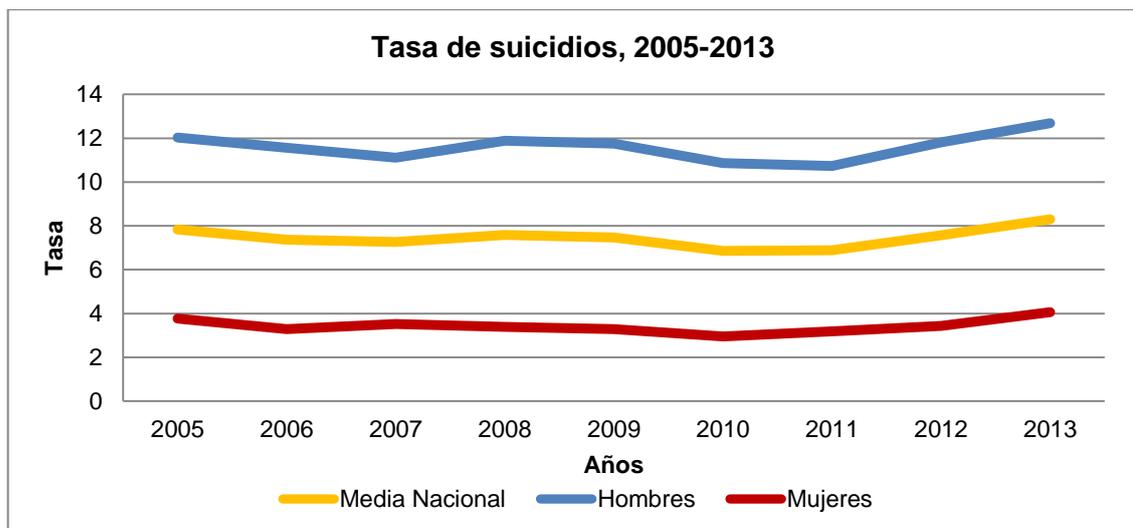


Gráfico 5. Evolución de la tasa de suicidios nacional y por géneros, 2005-2013

Dentro de España las Comunidades Autónomas que superan la tasa nacional, en el año 2013, son Asturias, Galicia, Andalucía, Islas Baleares, Castilla La Mancha e Islas Canarias, Y tienen la misma tasa que España Castilla y León y País Vasco (Fundación Salud Mental España, 2015).

A nivel mundial, la tasa de suicidios, según la OMS (2014), es de 11.4 por cada 100 000 habitantes. Para los hombres esta tasa es de 15 puntos, y para las mujeres es de 8. España se ubica por debajo de la tasa en ambos casos, dando una puntuación de

8.2 para el género masculino y 2.2 para el femenino. En el siguiente mapa se pueden observar las tasas de suicidio por países y para ambos sexos.

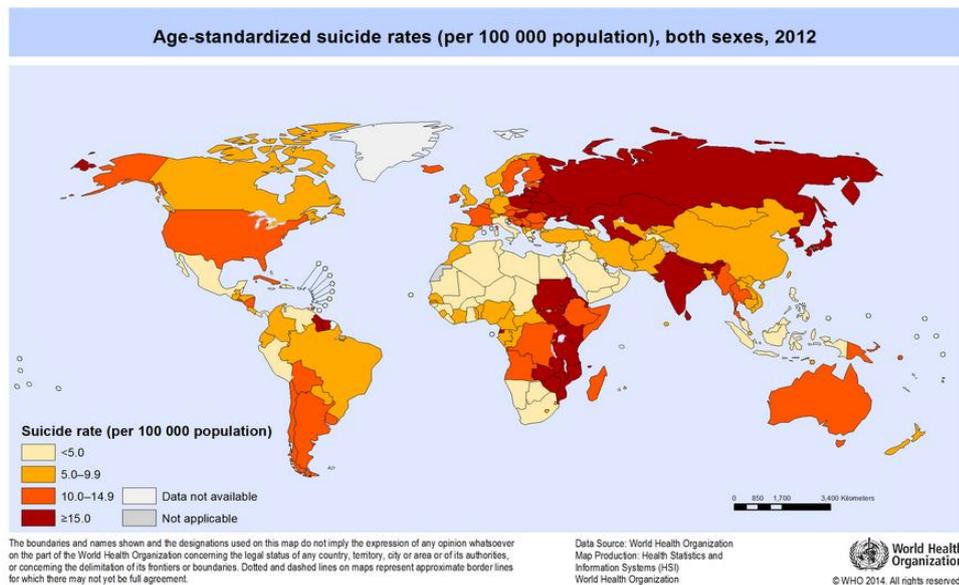


Figura 3. Fuente: OMS. Tasa de suicidios por cada 100.000 habitantes para ambos sexos, 2012.

Si nos fijamos en la tasa de suicidios por regiones de ingresos bajos y medios de la OMS (2014) nos encontramos con los siguientes datos (hay que recordar que estas regiones dan lugar al 75% de los suicidios a nivel mundial):

La tasa más alta la contabiliza el Sudeste asiático con 17.7 puntos, seguido de Europa con 12 puntos, África con 10, el Pacífico Occidental con 7.5, el Mediterráneo Oriental con 6.4 puntos y, por último, América con 6.1 puntos.

En cuanto a la tasa de hombres y mujeres, se continúa con la tendencia de género expuesta hasta ahora, es decir, todas las tasas masculinas superan a las femeninas. La única excepción la protagoniza la región del Pacífico Occidental donde la tasa de mujeres supera por 0.7 puntos a la de hombres, lo que da lugar a una proporción de 0.9 hombres fallecidos por suicidio por cada mujer fallecida por suicidio.

De lo señalado anteriormente cabe destacar que las dos regiones con mayor porcentaje de población, el Sudeste Asiático (25.9%) y el Pacífico Occidental (23.1%) respectivamente, son los que contabilizan una mayor cantidad de suicidios, 39,1% y 16.3%.

Además, en casi todos los países la tasa masculina es superior a la femenina, aunque siempre hay alguna excepción como es el caso de Pakistán (9.1 hombres y 9.6 mujeres), Iraq (1.2 hombres y 2.1 mujeres), China (7.1 hombres y 8.7 mujeres) y

Bangladesh (6.8 hombres y 8.7 mujeres). Asimismo hay otra serie de países cuyas tasas destacan con gran diferencia sobre las demás, un ejemplo claro sería el de Guyana, que llega a alcanzar los 70.8 puntos para los suicidios en hombres y 22.1 en mujeres, o Sri Lanka, que puntúa 46.6 suicidios por cada 100 000 habitantes en los hombres y 18 en las mujeres.

En los datos del 2013 ofrecidos por la FSME (2015) se observa cómo España se sitúa dentro de las posiciones más bajas a nivel mundial, en el puesto 29 de 36. Los países que mayor tasa de suicidios han tenido en el 2013 (o por lo menos de los que se han obtenido datos) han sido Corea del Sur, Rusia, Hungría y Japón.

En las siguientes imágenes se muestran la diferencia de tasas por países y género, así como la cantidad de suicidios que hay de hombres por cada mujer.

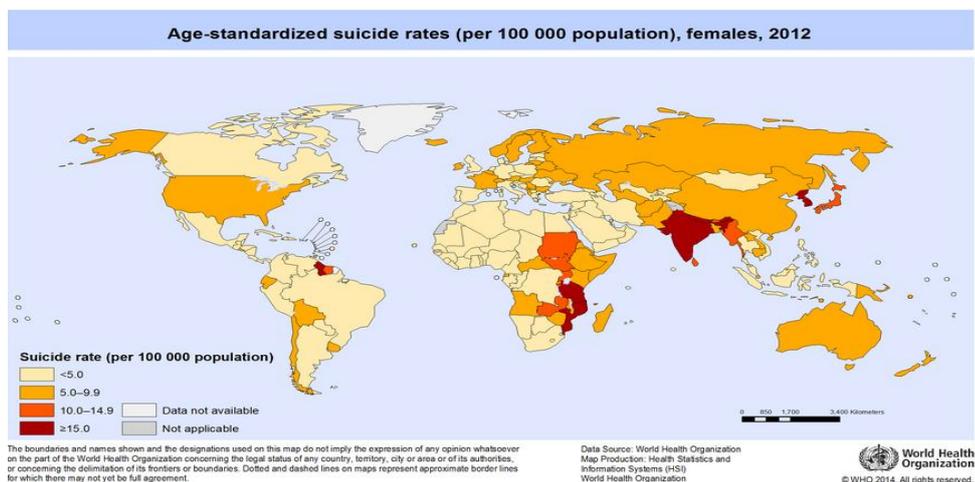


Figura 4. Fuente: OMS. Tasa de suicidios para mujeres por cada 100.000 habitantes, 2012.

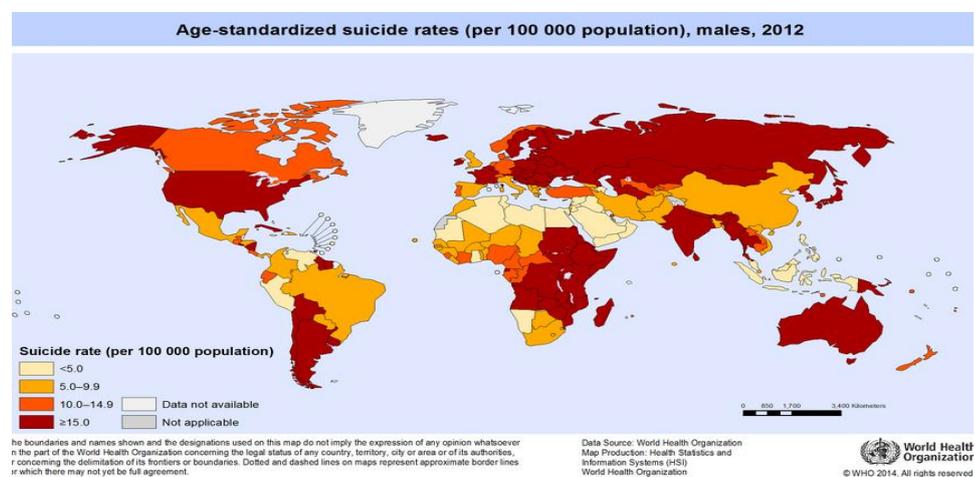


Figura 5. Fuente: OMS. Tasa de suicidios para hombres por cada 100.000 habitantes, 2012.

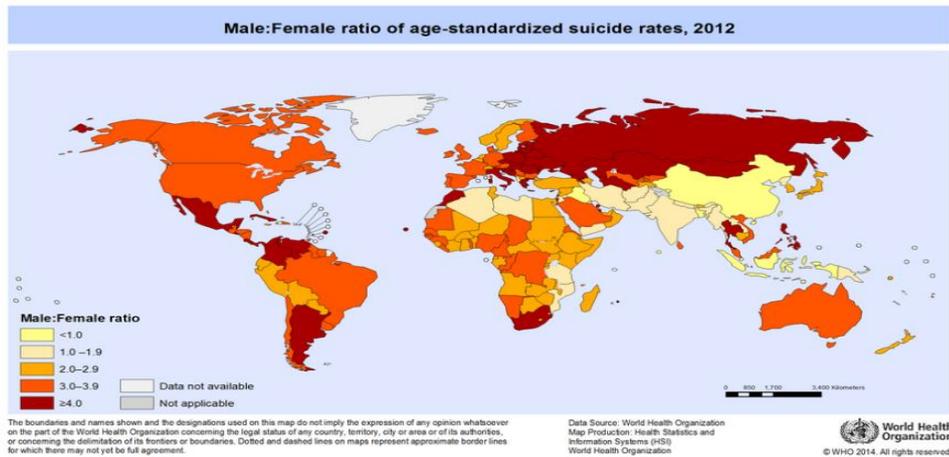


Figura 6. Fuente: OMS. Proporción de suicidios hombre/mujer, 2012.

3.1. SUICIDIOS POR EDADES

Como ya se señaló en la introducción, además de la preocupación por el imparable incremento de suicidios en todo el mundo, existe otro punto de igual importancia, el por qué los grupos de mayor riesgo son los adolescentes y las personas de tercera edad. Para ello, se expone a continuación la situación actual de suicidios para cada una de las franjas de edad.

Según la OMS (2014) la tasa de suicidios más baja es la perteneciente al grupo de edad inferior a 15 años, y es la más alta en personas de más de 70, tanto para hombres como para mujeres en casi todo el mundo. En cuanto a la diferencia de las tasas de edades por sexo difieren de unas regiones a otras. En algunas regiones la tasa de suicidio aumenta de forma constante con la edad, mientras que en otras se da un pico en los adultos jóvenes que se mantiene a lo largo de la etapa adulta.

La mayor diferencia se da cuando analizamos las regiones por ingresos. En los países de ingresos altos se suicidan bastantes menos adultos jóvenes y mujeres ancianas que en los países de ingresos medios y bajos, aunque son más frecuentes los suicidios de hombres adultos.

Para realizar cierta comparación con lo referido por la OMS, he realizado un análisis de los datos en España desde el 2000 hasta el 2013 por franjas de edad, quedando clasificadas de la siguiente manera:

- Infantil: De 0 a 14 años.
- Juvenil: De 15 a 29 años.

- Adulto: De 30 a 69 años. Aquí hay que diferenciar entre los adultos jóvenes (30 a 49) y los adultos (50-69).
- Tercera edad: De 70 años en adelante.

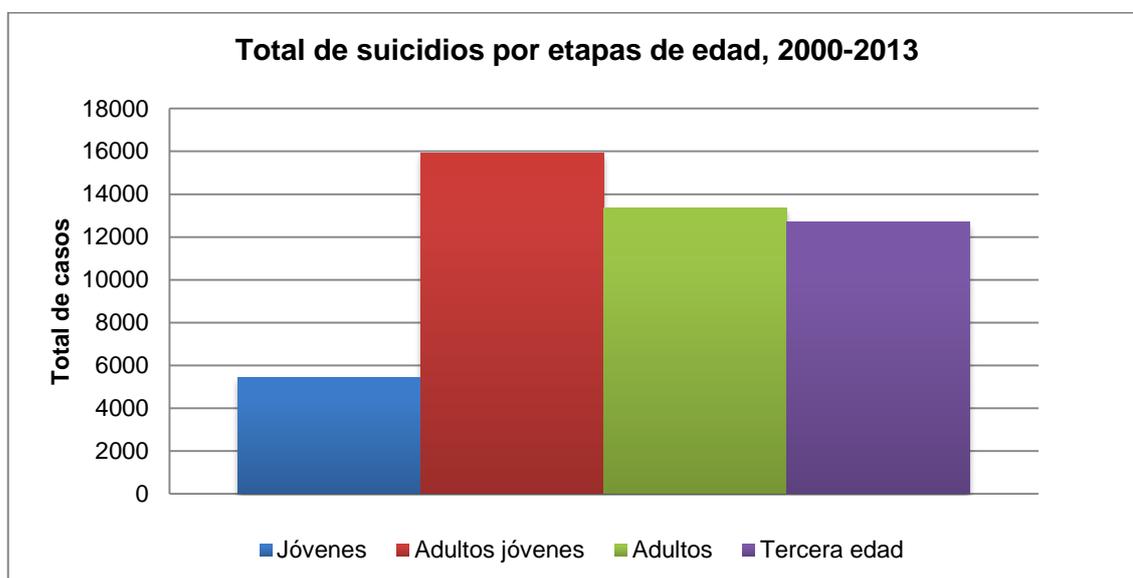


Gráfico 6. Suicidios consumados en España del 2000 al 2013 por etapas de edad.

Tal y como señala el observatorio del suicidio, la tendencia del 2013 es que los casos de suicidio aumentan con la edad, aunque las mayores cifras se contabilizan en la etapa de los 40 a los 49 años (Fundación Salud Mental España, 2015). Esa tendencia no ha hecho más que reproducirse a lo largo de los años, aunque cabe resaltar que la década anterior también suma una gran cantidad de muertes. De hecho, desde el 2000 hasta el 2013, ha habido un total de 47 478⁶ suicidios en España entorno al 17% eran de personas de 40 a 49, seguidos por un 16% de 30 a 39 años y cerca del 15% tanto para los que van de los 50 a los 59 y de los 60 a los 69, Es decir, casi más de la mitad de los suicidios se contabilizan en la edad adulta.

3.1.1. Suicidio infantil y juvenil

El suicidio infantil es más bien un fenómeno escaso. En el año 2013 en España se dieron únicamente 9 casos en menores de 15 años. A nivel evolutivo, los casos de suicidios en jóvenes disminuyen año tras año como se observa en el siguiente gráfico. Y existe una tendencia creciente según avanza la edad, siendo los de 25 a 29 años los que más fallecidos por suicidios suman al total de suicidios juveniles.

⁶ Esta cifra incluye los suicidios de personas de más de 10 años, ya que apenas hay suicidios de personas menores a dicha edad.

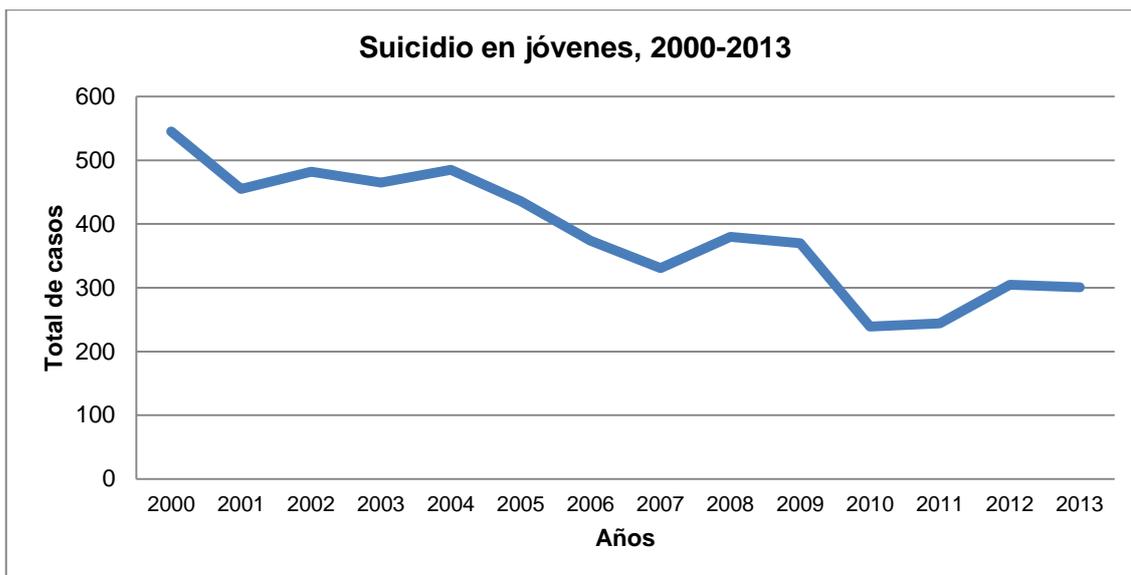


Gráfico 7. Evolución de suicidios de jóvenes de 15 a 29 años en España, de 2000 a 2013.

A pesar de ello, este fenómeno sigue siendo la principal causa de muerte en personas de 15 a 29 años. De hecho, como podrá observarse a continuación, la primera causa de muerte no natural en este grupo de edad, históricamente ha correspondido a los accidentes de tráfico, sin embargo, este último año los suicidios han supuesto un total de 11 casos más. Este descenso en los accidentes de tráfico ha hecho que en algunas comunidades autónomas, como puede ser Navarra, los suicidios se hayan posicionado como la primera causa de muerte no natural entre los jóvenes, pero, tal y como se explica en el apartado II de este proyecto, eso no implica que los suicidios hayan aumentado considerablemente.

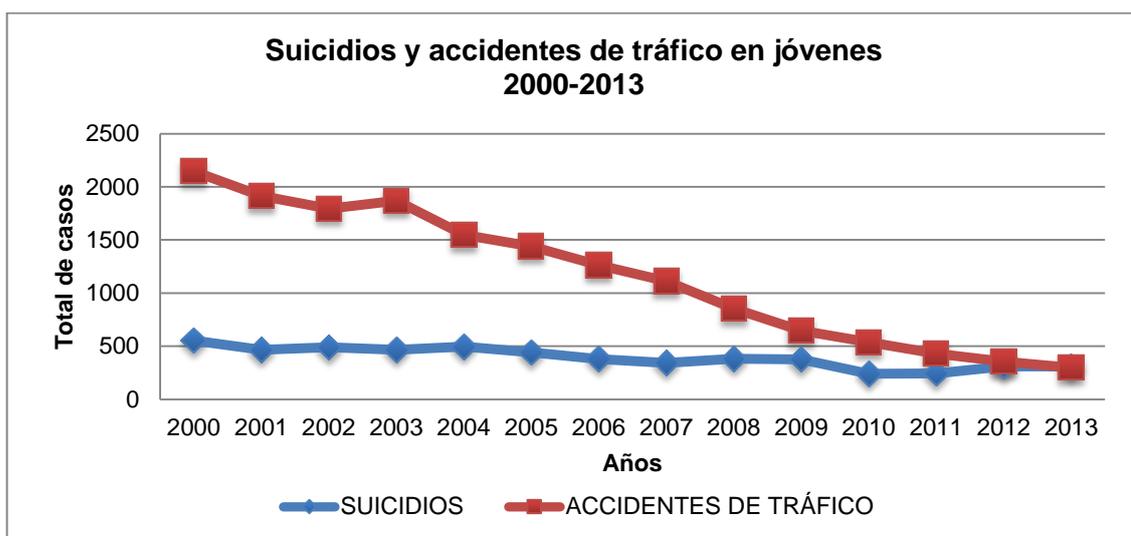


Gráfico 8. Fallecimientos por suicidios y por accidentes de tráfico en España en la población joven (10-30 años) desde el 2000 hasta el 2013.

Entre las primeras causas de defunción de los jóvenes españoles de 15 a 29 años se encuentran las causas externas de mortalidad (entre las que se incluye el suicidio) y los tumores, seguidos por las enfermedades del sistema circulatorio y las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos.

De hecho, desde el 2000 hasta el 2013, dentro de los fallecidos por causas externas de mortalidad, el porcentaje de jóvenes va disminuyendo. La misma tendencia siguen los suicidios, ya que este grupo de edad contabilizaban un 16,33% en 2000 y se ha reducido hasta un 8% en 2013.

A pesar de lo comentado, es conveniente señalar que, de los jóvenes de 15 a 29 años fallecidos por causas externas de mortalidad, el porcentaje de los mismos que fallecieron por conductas autolíticas va en aumento, en el siguiente gráfico puede observarse esta evolución.

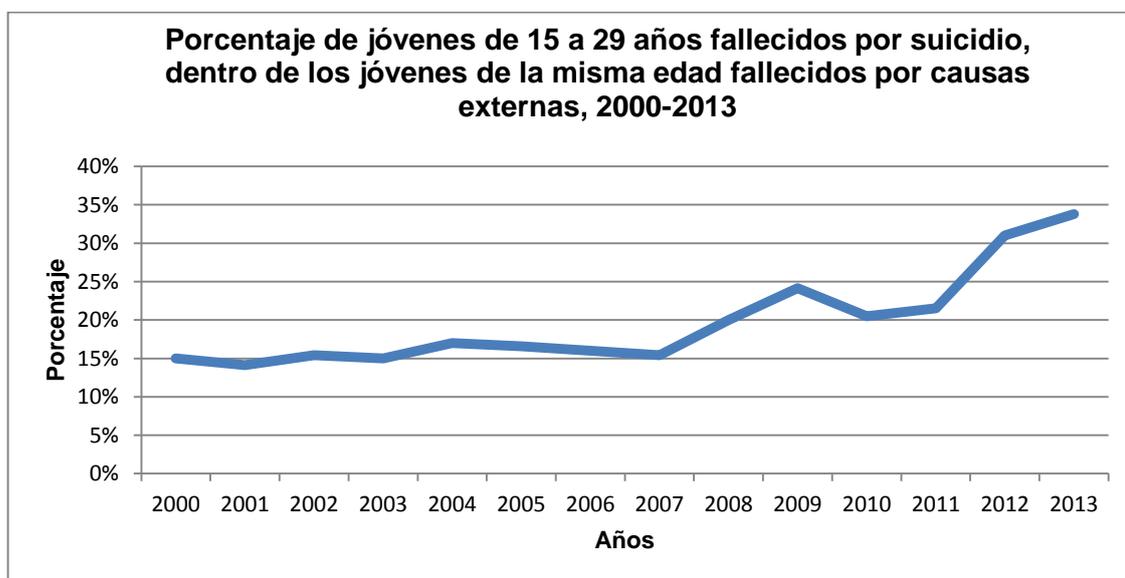


Gráfico 9. Evolución del porcentaje de jóvenes de 15 a 29 años fallecidos por suicidio dentro del grupo de jóvenes fallecidos por causas externas, de 2000 a 2013.

Lo anterior se debe, por un lado, a la disminución de los fallecimientos por causas externas de mortalidad en esta franja de edad (de 3632 a 890) y, por otro lado, a las cifras más o menos constantes de suicidios en estas edades (van desde los 500 hasta los 300, con oscilaciones año tras año). Esto da lugar a que el porcentaje llegue incluso a duplicarse.

En total, de los 30 683 jóvenes de 15 a 29 años fallecidos por causas externas de mortalidad en este periodo, el 17,6% lo fueron por suicidio, lo que contabiliza un total de 5412 casos.

A pesar de dicha tendencia a la baja en España. A nivel mundial el suicidio en jóvenes es una realidad más que preocupante. Frías Ibáñez, Vázquez Costa, Del Real Peña, Sánchez del Castillo y Giné Servén (2012), tras el análisis de varios estudios concluyen que entre el 6 y el 16% de los adolescentes presentan conductas autolesivas (lo que no implica que deban dar lugar a un resultado fatal) tanto en países norteamericanos como británicos, asiáticos, oceánicos, escandinavos y mediterráneos. De hecho, indican que dicho porcentaje aumenta cuando se trata de adolescentes que han sido atendidos en unidades de salud mental, hasta un 22-45%. Esas conductas autolesivas tienden a realizarse mediante cortes, golpes e ingestión de fármacos.

Además, estas conductas son más frecuentes en mujeres, en las cuales se observa una tendencia de “U” invertida, teniendo su pico más alto en la adolescencia media, mientras que en los hombres la prevalencia se mantiene más o menos constante. Esa mayor prevalencia en el género femenino puede ser por la mayor presencia de síntomas depresivos, baja autoestima y disregulación emocional (Frías Ibáñez y otros, 2012).

Una vez comentados los datos y cifras de las que se disponen actualmente, es interesante abordar el caso desde otra perspectiva, como la psicológica. Debido al incremento de suicidios en estas edades a nivel mundial, se han hecho una gran cantidad de estudios referentes a los factores de riesgo, con el fin de prevenirlos, esos factores de riesgo los hemos visto anteriormente, junto con los factores de protección, los factores de precipitación y las señales. Pero, existen una serie de investigaciones centradas en encontrar los factores de protección en esta población joven.

Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2014) hacen hincapié en el fomento de la resiliencia, definido por Rutter como un *“concepto interactivo que se relaciona con la combinación de experiencias de riesgo significativas y consecuencias psicológicas relativamente positivas a pesar de esas experiencias”*. Lo que trataron los investigadores fue averiguar cuáles eran los factores que más podían contribuir a aumentar dicha resiliencia, y para ello recogieron un total de 32 estudios de otros países. Finalmente, los resultados fueron los siguientes: Existen una gran cantidad de factores que promueven la resiliencia, pudiendo dividirse en factores internos y externos (son todos ecológicos, como pueden ser el apoyo social de tipo emocional, la dificultad de acceso a métodos de suicidio o la disponibilidad y fácil acceso a los servicios de salud mental y comunitaria). Los factores internos se subdividen en cognitivos (p. ej. Autoconcepto positivo y estilo atribucional positivo), afectivos (p. ej. Autoestima y autocontrol

emocional), conductuales (p. ej. Control de los impulsos y expresión de emociones) y de personalidad (p. ej. Sentido del humor y empatía).

Durá Llopis (2009) señala la impulsividad como forma primordial del suicidio en la adolescencia, como respuesta a un sentimiento de frustración. Según este autor, el origen del suicidio estaría en síntomas depresivos, desesperanza, sentimientos de culpa, insomnio, aislamiento social, consumo de sustancias y trastornos mentales, entre otros. Asimismo señala una gran falta de comunicación familiar y social en los casos de suicidios infantiles. Además, hace hincapié en la falta de conciencia o de comprensión sobre el concepto “muerte” de los niños y adolescentes, es decir, no son sujetos con una idea de muerte claramente formada, de hecho, para los más pequeños se trata de un proceso reversible.

Alonso Fernández (citado por Durá Llopis, 2009) clasifica las conductas suicidas en las etapas tempranas de la vida de la siguiente forma:

- Suicidio por desesperación: los sentimientos predominantes son los de soledad y desesperanza. El suicidio se ve como una forma de evitar o huir de esa situación insostenible.
- El suicidio por miedo: se trata de un acto más bien impulsivo como respuesta a una situación inmediata de castigo. El suicidio se entiende como una forma de erradicar ese castigo o amenaza.
- Suicidio por ventaja o chantaje: el suicidio se ve como un instrumento para vengarse de sus progenitores. Es decir, el menor no desea la muerte sino provocar dolor a sus padres. Desde el psicoanálisis Adler ya lo señaló como un instrumento de venganza contra los adultos, así como método para compensar el sentimiento de inferioridad y lograr el poder o la influencia.
- Suicidio por sacrificio: responde a una motivación religiosa o altruista. El suicidio sirve como fin para resolver una situación conflictiva.
- Suicidio por imitación: el origen de estos suicidios estaría en la inmadurez que afecta, a su vez, al desarrollo de la capacidad de inhibición de los sentimientos de frustración.

Además, los divorcios suponen un factor de riesgo relevante en estas conductas. Los individuos en estas edades entienden el divorcio como un fallo personal, es decir, creen ser la fuente del problema (Durá Llopis, 2009).

3.1.2. Suicidio en la edad adulta y en la tercera edad

En la primera etapa, la edad adulta, he incluido a las personas fallecidas por suicidio comprendidas entre los 30 y los 69 años. Como se ha podido observar en el primer gráfico de esta sección, las personas con mayor riesgo de suicidio son justamente las que se encuentran en la etapa adulta.

Si analizamos esta franja edad en el siguiente gráfico, observamos cómo los suicidios de 40 a 59 años son los que más han aumentado desde el año 2000. Más concretamente los suicidios de las personas entre 40 a 49 años han aumentado en este periodo en torno a unos 300 casos, y en las personas de 50 a 59 años se han incrementado en casi 400 casos. Sin embargo, los suicidios de personas de 30 a 39 años se han mantenido más o menos constantes, a excepción de un pico en el 2003, y es curioso cómo, a diferencia del resto de edades, ésta tiene una tendencia a la baja. Los casos de suicidio de las personas de 60 a 69 años tienden a mantenerse constantes a nivel evolutivo aunque se denota un incremento en el último año.

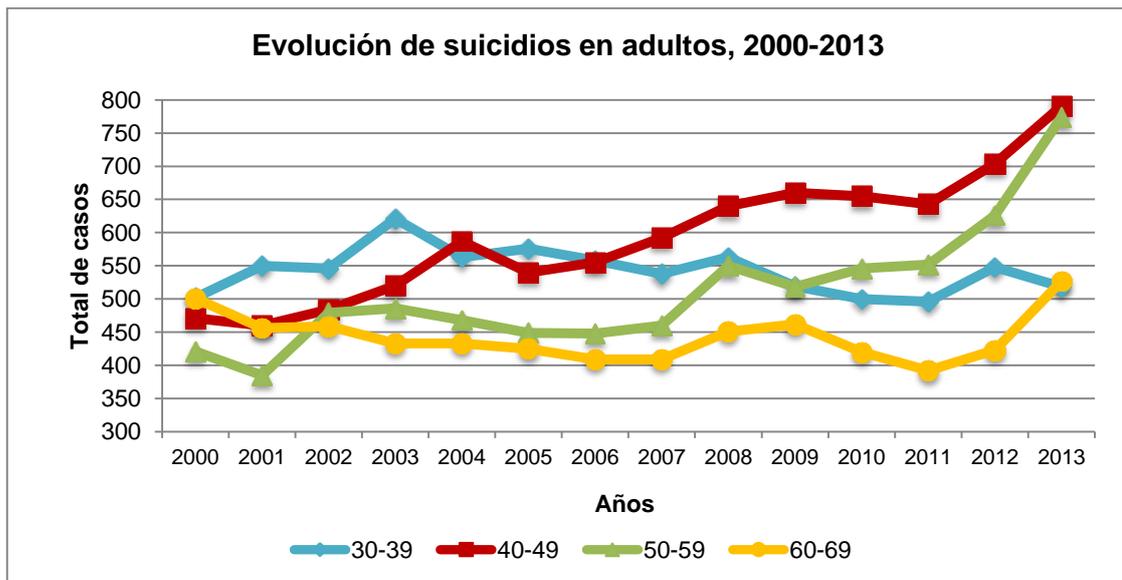


Gráfico 10. Evolución de los suicidios en la edad adulta en España, del 2000 al 2013. (Comienza en los 300 casos para observar más claramente la evolución de cada franja de edad)

A continuación expondré los suicidios en la tercera edad, que son aquellas personas con edades superiores a 70 años.

Los últimos datos del INE, referentes al año 2013, revelan que la tasa de suicidios es increíblemente superior en las edades avanzadas (excepto en los casos de las personas de más de 90 años), sobre todo en los hombres.

Ellos alcanzan la tasa más alta entre los 80 y 89 años y las mujeres entre los 70 y 79 años.

Es relevante señalar que en el caso de los hombres, como bien se ha dicho, las cifras absolutas más desbordantes se alcanzan en la edad adulta, pero “*el número relativo es hasta más del doble que la media en edades avanzadas*” (Fundación Salud Mental España, 2015).

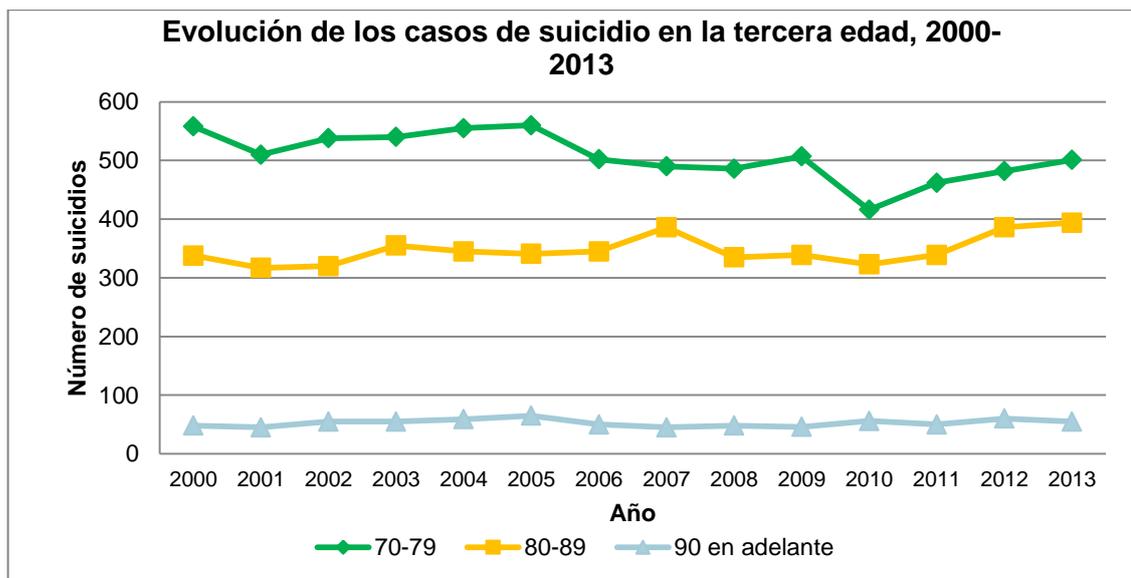


Gráfico 11. Evolución de los casos de suicidio en la tercera edad en España, del 2000 al 2013.

El gráfico 11 muestra que las cifras más altas las alcanzan los individuos de 70 a 79 años, seguidos por los de 80 a 89 años.

Conwell y Duberstein (2001) indican que existe una actitud social específica hacia los suicidios en estas edades. Se tiende a mantener una mayor comprensión y aceptación en comparación con las conductas suicidas en los adolescentes porque los años de vida perdidos son menores, es decir, las personas de mayor edad han vivido más años han tenido más experiencias, por tanto, si un anciano decide suicidarse el impacto social es menor que cuando lo hace un joven. Además, tanto en los medios de comunicación como en las investigaciones, se presta una menor atención a los suicidios en mayores.

Además, estas personas dan menos señales de intentos de suicidio, realizan las conductas de forma más reflexionada y planeada, y emplean métodos más violentos e inmediatos porque tienen un menor deseo de sobrevivir a los intentos. Asimismo, tienen una mayor probabilidad de haber sufrido depresión previa a la conducta suicida,

en comparación con personas jóvenes. Sin embargo la ideación suicida es menos común en los ancianos (Conwell, y otros, 1998).

Conwell y otros (2012) indican una serie de factores de riesgo relevantes en estas edades:

- La enfermedad psiquiátrica: está presente entre el 71 y el 97% de los suicidios. Los trastornos más frecuentes son los afectivos, psicóticos y de ansiedad. Sobre los trastornos por consumo de sustancias los autores recalcan la variedad en los datos dependiendo de la población y la forma de recoger los datos, lo que no da lugar a una relación concluyente.
- La enfermedad física y el deterioro de la capacidad funcional: a pesar de ser un factor de riesgo, está presente en la gran mayoría de las personas en estas edades, por lo que su uso como identificador de individuos con riesgo suicida es bastante limitado. Sin embargo, los autores hacen referencia a una serie de enfermedades que aumentan el riesgo como el VIH, las enfermedades malignas y la esclerosis múltiple, entre otros.
- Los acontecimientos vitales estresantes: son factores que predisponen al suicidio. Por ejemplo, el factor anterior, el duelo o la pérdida de fuentes de apoyo, etc. De hecho, esas fuentes de apoyo, es decir, los familiares y amigos, sirven como un importante factor de protección. Según la teoría interpersonal del suicidio, la frustración de la pertenencia y la percepción de ser una carga forman el deseo del suicidio. Dicha frustración deriva de la “necesidad de pertenecer” definida por Baumeister y Leary (citados por Conwell, van Orden y Caine, 2012) y la percepción de ser una carga se crea cuando existe desacuerdo familiar y deterioro funcional.
- Rasgos de personalidad: los ancianos con riesgo suicida tienden a ser individuos tímidos, reclusos, hostiles, rígidos, obsesivos, ansiosos y con un estilo de vida independiente.

3.2. SUICIDIO CARCELARIO

La prisión es otro ámbito de la sociedad en el que el suicidio está presente. España cuenta con 161 establecimientos penitenciarios entre los cuales hay 68 centros

penitenciarios, 32 centros de inserción social, 3 unidades de madres, 56 servicios de gestión de penas y medidas de libertad y, por último, 2 psiquiátricos penitenciarios.

La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias publica anualmente el Informe General de la Administración Penitenciaria, en el cual aparecen los datos relativos a suicidios. También aparecen dichos datos en los Boletines Epidemiológicos de Instituciones Penitenciarias. El mayor problema con el que me he encontrado es que en ambas fuentes no sólo no se recoge la misma información, sino que además hay años en los que aparecen una gran cantidad de variables de gran interés y en otros años se centran únicamente en dar el número de suicidios consumados. Por poner un ejemplo, en el Informe General del 2010 aparece la diferencia entre suicidios consumados y frustrados (tentativas) para las variables edad, estado civil, régimen penitenciario, aislamiento, nacionalidad, método, hora, aplicación del programa de prevención de suicidios, delito cometido y tiempo de estancia desde el último ingreso hasta la fecha de los hechos. En conclusión, no he podido realizar un examen exhaustivo de las variables por las deficiencias a la hora de recoger y plasmar los datos en los documentos nombrados.

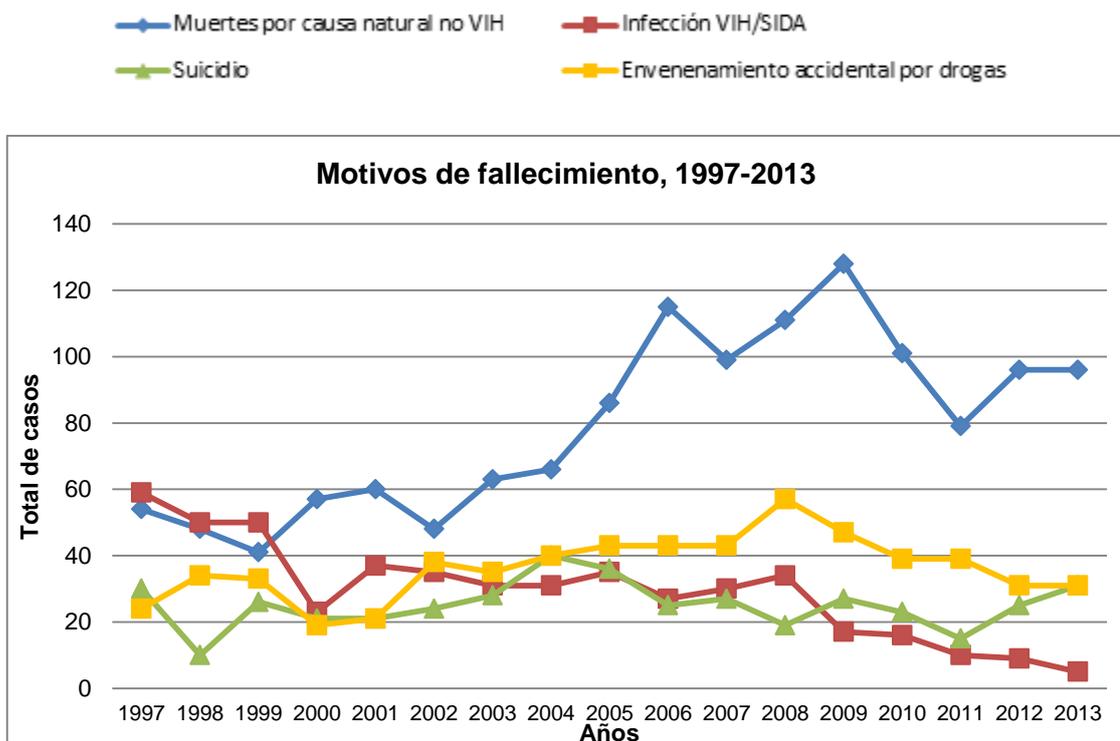


Gráfico 12. Evolución de los motivos de fallecimiento en centros penitenciarios de España, de 1997 a 2013.

Lo que sí ha sido posible es visualizar la evolución de los motivos de fallecimiento, entre los que se encuentra el suicidio, desde 1997 hasta el 2013. En dicho gráfico (gráfico 12) no se incluyen las muertes accidentales y violentas ni las causas

desconocidas porque suponen un número muy pequeño de casos y dificultan la visualización de la evolución de las causas más relevantes.

De forma más detallada puede observarse a continuación la evolución de los suicidios en el periodo ya comentado. Las muertes naturales no sólo van en aumento, sino que se muestran en casi todos los años como la principal causa de muerte. Con respecto al resto de motivos, la tasa de muerte por VIH/SIDA desciende hasta alcanzar un número más bien escaso, mientras que el envenenamiento accidental por drogas va en aumento hasta el 2008, donde se encuentra el pico más alto con unos 60 casos, y después va en descenso. A los suicidios me referiré a continuación.

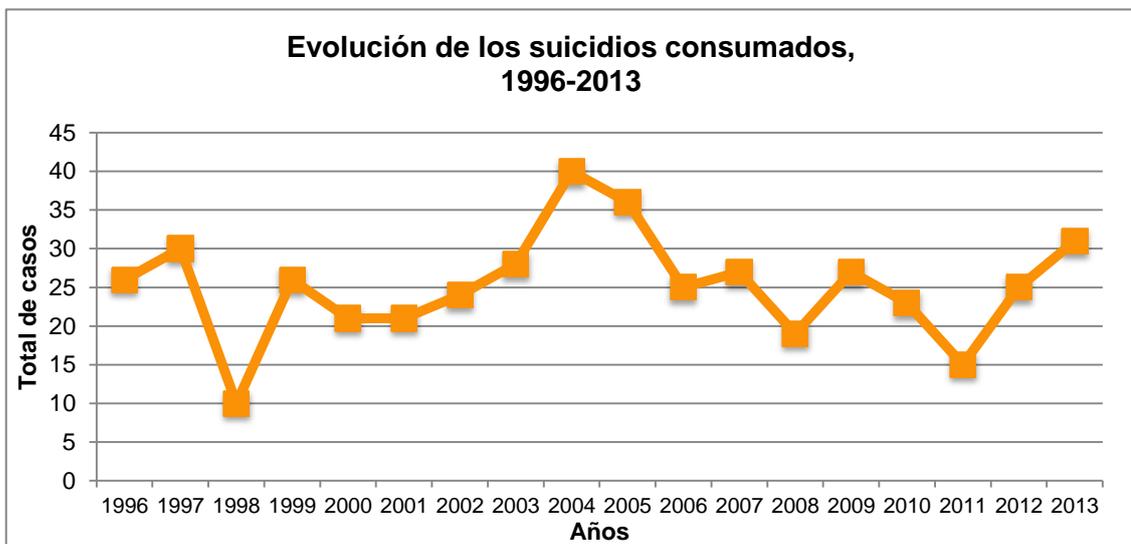


Gráfico 13. Evolución de los casos de suicidios consumados en centros penitenciarios de España, de 1996 a 2013.

Como puede observarse en el gráfico superior, los suicidios oscilan desde los 10 hasta los 40 casos. Hay una gran variación en las puntuaciones, pero la gran mayoría se encuentran entorno a los 20 y los 30 casos. En diversos Informes se hace hincapié en que la población reclusa ha crecido de un año a otro, mientras que los suicidios han disminuido. Por ejemplo en el informe que recoge los datos del 2005 se indica un crecimiento del 3% en la población reclusa (que supone 2000 internos más) mientras que 7 muertes por suicidio menos que el año anterior (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2006).

El gráfico de porcentajes siguiente nos permite saber si los datos sobre suicidios son significativos dentro de los casos de fallecimiento anuales. Lo que se muestra es que en ese período se dieron un total de 2982 muertes, de las cuales, los suicidios, que ocupan el cuarto lugar en cuanto a la cantidad de los casos de motivos de

fallecimiento, suman un total de 428 muertes, por detrás de los fallecimientos por infección de VIH/SIDA, envenenamientos accidentales por drogas y muertes por causas naturales.

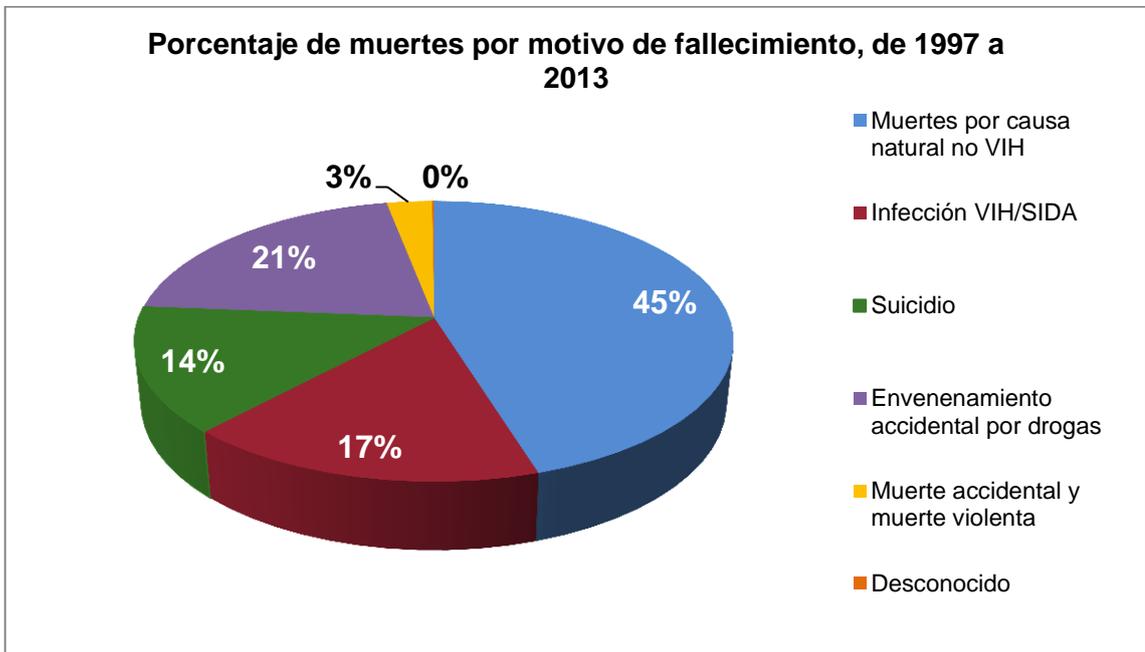


Gráfico 14. Porcentaje de muertes por motivo de fallecimiento en los centros penitenciarios de España, de 1997 a 2013.

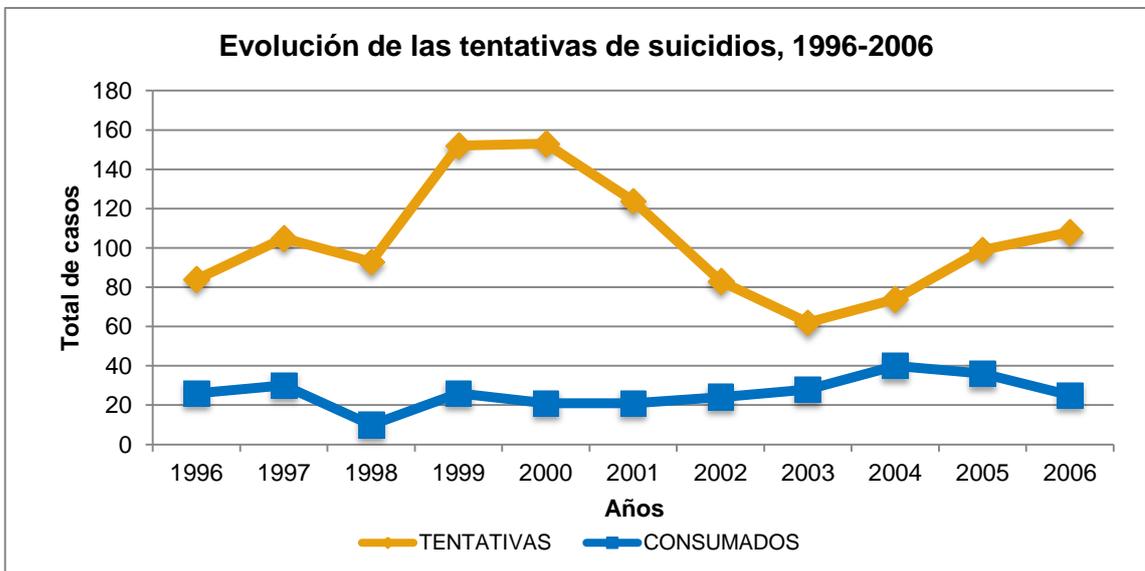


Gráfico 15. Comparación evolutiva entre los casos de tentativas de suicidio y suicidios consumados en los centros penitenciarios españoles, de 1996 a 2006.

Tal y como he dicho anteriormente, resulta difícil estudiar la evolución de ciertos factores debido a la falta de información, sin embargo, con el fin de hacernos una idea, he recogido las tentativas de suicidio (denominados suicidios frustrados en los

informes) en el periodo que abarca desde 1996 hasta el 2006, en el gráfico 15. Lo que es importante destacar es que en este periodo se dan 4 veces más tentativas que suicidios consumados. Hay años en los que se han llegado a dar 7 e incluso 9 veces más tentativas que suicidios consumados, como son los casos del año 2000 y 1998.

Ahora, bien, como conclusión general, se puede señalar que los cambios en la tasa de suicidios consumados (como se observa en el siguiente gráfico), no son significativos, como señalan los diversos Boletines Epidemiológicos de Instituciones Penitenciarias. De hecho, según los mismos, a pesar de que estas tasas nunca superan a las de la Unión Europea, sí que se muestran algo superiores en comparación con la población general para grupos de edad y sexo iguales. Tal y como indican:

“La causa de esto radica en que en la población penitenciaria se concentran muchos de los factores de riesgo que la OMS asocia al suicidio tales como: ruptura de relaciones y aislamiento social, problemas jurídicos, nivel socioeconómico bajo, abuso de alcohol y drogas, trastornos mentales, trastornos de la personalidad y padecer enfermedades orgánicas graves que acorten la esperanza de vida”.

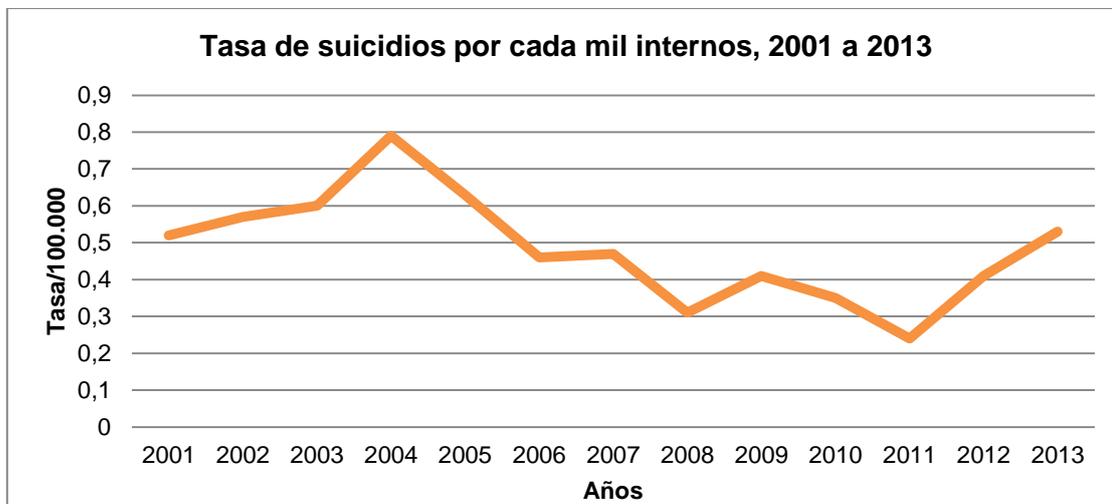


Gráfico 16. Evolución de la tasa de suicidios por cada mil internos en los centros penitenciarios en España, de 2001 a 2013.

En cuanto a los métodos más empleados, queda clara la predominancia del ahorcamiento sobre el resto de modalidades, dando lugar al 91.56% de los casos en el periodo que abarca del 2005 al 2013. En cuanto al resto de métodos encontramos la inhalación de humo, la autolesión por arma blanca, la precipitación desde altura, la sofocación, las quemaduras por incendio deliberado en celda, el envenenamiento por drogas, la inanición y la autolesión por heridas, que suman, en total, 15 casos.

Sobre las diferencias de género cabe destacar primero, que la población penitenciaria está compuesta entorno a un 90% por hombres, por lo que no es sorprendente que de las 225 muertes por suicidio que hubo desde el año 2005 hasta el 2013, 213 sean varones y 12 mujeres.

Una vez comprendida la realidad del suicidio en los centros penitenciarios españoles, cabe preguntarse qué medidas se habrán tomado para disminuir los casos. Lo que se ha hecho es implementar un Programa Marco de Prevención de Suicidios, que entró en vigor en marzo de 2014, y que se ejerce en virtud del artículo 3.4 de la Ley Orgánica General Penitenciaria, que señala el deber de “*velar por la vida, la integridad y la salud de los internos*” (Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2005).

Los objetivos del mismo son los siguientes:

- Aplicar una serie de pautas de prevención a los grupos de riesgo.
- Detectar a aquellos internos que tengan problemas específicos que puedan dar lugar a conductas suicidas.
- Evitar el suicidio de los internos incluidos en el protocolo de intervención.
- Establecer de forma clara cuál es el proceso y cuáles son las pautas de intervención por parte de profesionales de vigilancia, tratamiento y sanidad.

La forma de proceder, una vez que se ha detectado un posible caso, consiste en incluir al interno en el protocolo de intervención. Este protocolo consiste en una serie de pasos:

Primero, un médico y un psicólogo se encargan de evaluar al sujeto en cuestión. Es entonces cuando se establecen tanto el proceso como las pautas de intervención de los distintos profesionales señalados en el cuarto punto del apartado de objetivos. También existe la posibilidad de tener internos de apoyo, que aunque no sirven para sustituir a los profesionales, son entrenados especialmente para esta labor. Estos Internos de Apoyo actúan de tres modos, el primero consiste en compartir celda con el recluso que está en dicha situación de riesgo; la segunda forma es acompañando al interno en todas las actividades no colectivas además de compartir celda; y, la última modalidad consiste en acompañar al interno las 24 horas, son los denominados Internos de Apoyo Sombra. Por último se da un seguimiento semanal para evaluar el caso, el cual puede derivar en la modificación de ciertas medidas, el mantenimiento del programa o la baja del mismo.

El Programa Marco (Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2005) y la propia web de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, señalan algunos factores de riesgo específicos para los internos, como son:

- El ingreso en prisión: Tanto la detención como el encarcelamiento o incluso el estrés diario de la vida carcelaria puede suponer un gran impacto psicológico en la persona, llegando incluso a superar las habilidades de afrontamiento de la misma.
- La comisión de delitos graves contra las personas, la libertad sexual y la violencia familiar.
- Los antecedentes de conductas autolesivas.
- El padecimiento de una enfermedad grave.
- Las pérdidas, separaciones o rupturas familiares.
- El aislamiento social y los trastornos psicopatológicos.
- El impacto que supone en el sujeto la publicidad que se le da a los hechos cometidos.
- En el caso de delitos económicos, el abatimiento que suscita ver la vida reducida al medio carcelario, haciendo que desaparezcan las expectativas y el prototipo de realidad económica deseado.
- Las modificaciones legales, hacen que además de haber más reclusos las estancias se alarguen, lo que culmina en una desesperanza de los internos.

Asimismo, Laura Negrodo López, Francesca Melis Pont y Óscar Herrero Mejías indican en su trabajo sobre Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave (2010) otros factores muy interesantes.

Realizan una separación entre factores sociodemográficos, factores forenses y penitenciarios y, los factores psicológicos y psiquiátricos.

En el primer grupo encontramos la edad, siendo los internos jóvenes los que mayor riesgo presentan; el género, siendo los hombres privados de libertad los que presentan un mayor riesgo de suicidios consumados y las mujeres privadas de libertad las que tienen un mayor riesgo en cuanto a intentos de suicidio; el estado civil, aunque tras la revisión de los trabajos de varios autores no se llega a una conclusión certera; las personas sin hogar; el nivel de estudios bajo; ser caucásico, se cree que el riesgo es mayor porque estos internos reciben menor apoyo y protección en el entorno penitenciario por parte de otros internos; cumplir condena en el país de origen y la falta de apoyo social.

En el segundo grupo están los siguientes factores: Estar en prisión preventiva o en una fase temprana de la condena; el delito violento o grave; las condenas largas y la cadena perpetua; el encarcelamiento previo; las faltas disciplinarias; el aislamiento, según varios estudios entre el 76% y el 97% de los internos consuman el suicidio en celdas de aislamiento, de hecho, se ha destacado que al igual que en los casos de aislamiento, se da una mayor correlación entre el suicidio y la soledad (vivir sólo); y, por último, el acoso por parte de otros internos, ya sea físico, sexual o verbal.

El tercer grupo está compuesto por los trastornos psicológicos/psiquiátricos (abuso de sustancias, trastornos afectivos y esquizofrenia son los más frecuentes), las estrategias de afrontamiento (siendo las más frecuentes las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y las desadaptativas), conductas autolesivas e intentos de suicidio previos, las conductas suicidas en personas de su entorno, el abuso o dependencia del alcohol o de otras sustancias psicotrópicas, los trastornos de déficit de atención/hiperactividad, los abusos (físicos o sexuales), los sucesos vitales, la depresión, la desesperanza, la ideación suicida, la ansiedad, los estresores relativos al encarcelamiento y los trastornos de personalidad.

Por último, me gustaría destacar un recurso co-producido por la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, para la prevención del suicidio en cárceles y prisiones (2007).

Lo más destacable de este documento es por un lado, los perfiles de personas de alto riesgo y factores de riesgo que establecen, y, por otro lado, las claves que indican para la creación de un programa de prevención del suicidio.

En cuanto a los perfiles, se señalan dos:

- Los reclusos en espera de juicio: Suele tratarse de hombres jóvenes, de entre 20 y 25 años, solteros, no reincidentes (es decir, suele tratarse de personas que delinquen por primera vez) y que han cometido delitos de menor entidad. Suelen estar intoxicados en el momento del arresto y el suicidio se produce, generalmente, en unas pocas horas posteriores a su reclusión. Otro momento que supone un alto riesgo suicida para este grupo es cuando está cerca el momento de comparecer en la corte, sobre todo si se intuye que la sentencia será condenatoria y que además se ejecutará una pena dura.
- Los presos sentenciados: Se trata de personas adultas de entre 30 y 35 años, que son delincuentes violentos y que cometen el suicidio una vez que ya llevan

una larga estancia en prisión (generalmente tras 4 o 5 años de reclusión). La tasa de suicidio de estos reclusos parece aumentar con la estancia en prisión, de hecho, los que son condenados a “cadena perpetua” tienen un mayor riesgo.

Se realiza asimismo una separación de los factores de riesgo de modo que quedan organizados de la siguiente forma:

- Factores situacionales: Dado que los suicidios suelen cometerse en momentos en los que la persona está aislada o sola, uno de los factores de riesgo sería justamente la soledad. De hecho, muchos de los suicidios se producen por ahorcamiento y cuando la víctima está sola y hay poco personal.
- Factores psicosociales: En este grupo encontramos la falta de apoyo social y familiar, la conducta suicida previa, la presencia de una enfermedad psiquiátrica y los problemas emocionales. También hay que tener en cuenta una serie de factores que precipitan la situación como puede ser el conflicto con otros reclusos o con la institución, un conflicto familiar o información desfavorable (por ejemplo, la negativa a recibir la libertad condicional).
- Factores sociodemográficos: Aquí es importante señalar que, aunque gran parte de los casos de suicidio son cometidos por hombres, las mujeres en custodia también suponen un grupo de alto riesgo. De hecho, las mujeres que están a la espera de juicio intentan suicidarse en mayor medida que los hombres. Además, cuentan con una alta tasa de enfermedades mentales severas. Otro factor importante es la edad, siendo los jóvenes los más vulnerables. Para éstas personas, la separación y el aislamiento supone un riesgo añadido, pues ya les resulta complicado ser separado de su entorno social y familiar.

Una vez establecidos unos perfiles y unos factores de riesgo, resulta más fácil saber qué estrategias hacer y a quién irán dirigidas. Es por ello que en este recurso, se establecen los siguientes componentes para la creación de un programa de prevención:

Primero, tenemos la capacitación, es decir, el personal penitenciario debe estar perfectamente capacitado para esta labor. Se da por hecho que el personal de salud mental está cualificado para tratar y evaluar a los presos, pero, éstos pasan muy poco tiempo en el centro penitenciario en comparación con el resto del personal

penitenciario, que son al fin y al cabo los que se encuentran con la persona que va a cometer el suicidio o que ya lo ha cometido.

Después llega la evaluación inicial, que consiste en evaluar a reclusos recién llegados a prisión para saber si tienen riesgo suicida.

Luego estaría la observación posterior a la admisión, con el fin de detectar señales que den a entender la posible comisión de un suicidio. Para ello, el personal debe estar suficientemente capacitado. Algunos de los periodos de observación son por ejemplo las revisiones rutinarias de seguridad en los que se tratarán de percibir señales de insomnio, cambio repentino del estado de ánimo, de los hábitos alimenticios o del sueño, etc. También se podrán supervisar las visitas para identificar posibles conflictos con amigos o familiares.

A continuación se da lugar al manejo después de la evaluación, es decir, una vez evaluada la persona se comienza con su seguimiento y monitorio (es fundamentalmente importante en el horario nocturno y en los casos de presos que se encuentran solos o aislados), proporcionándoseles además la intervención de salud mental pertinente. Asimismo, la comunicación entre funcionarios y entre funcionarios y reclusos es esencial para detectar indicios de riesgo suicida. Además, dada la importancia del apoyo social como factor de protección, en las prisiones se potencia el uso de reclusos capacitados que hacen de “compañeros” y que vigilan a la persona con alto riesgo suicida. También resulta importante eliminar los objetos o materiales peligrosos de las celdas, pues muchos de los suicidios se realizan por tener facilidad de acceso a los medios para cometerlo. Como último punto de este apartado, se señala, como es obvio, la necesidad de un tratamiento de salud mental.

Ahora bien, si a pesar de las medidas tomadas ocurre un intento de suicidio, el personal debe estar capacitado para tomar las medidas necesarias para evitar la muerte del recluso hasta que llegue el personal médico. En este documento se hace referencia además a los “Intentos manipulativos”, que se entienden como los intentos de suicidio que usan algunos reclusos para obtener cierto control. Pero, no debe olvidarse que, las conductas autolesivas, también se usan como medio para liberar tensión.

Si a pesar de todo, se da un suicidio consumado, es necesaria la existencia de procedimientos suficientes para reportar el incidente y documentarlo correctamente.

PARTE II: ESTUDIO EMPÍRICO

1. INTRODUCCIÓN

Los datos empleados para este estudio provienen del Instituto Navarro de Medicina Legal, INML a partir de ahora, del Instituto Nacional de Estadística, INE a partir de ahora y del Instituto Navarro de Estadística.

Desde el INML se me han proporcionado datos referentes a cifras de suicidios por partido judicial, por meses, por género, por edad y por método empleado desde el año 2003 hasta el 2012. Mientras que el INE y el Instituto Navarro de Estadística me han servido para encontrar cifras de población, tanto para España como para Navarra y sus municipios, así como datos sobre población y suicidios por nacionalidad.

La finalidad de este análisis es encontrar evidencias para crear un perfil, un programa de prevención y saber cuál será la población receptora.

2. EVOLUCIÓN DE LOS CASOS DE SUICIDIO EN NAVARRA

2.1. Comparación de suicidios entre España y Navarra por cada 100.000 habitantes y por género

Con el fin de observar la gravedad de la situación tanto a nivel estatal como autonómico, he optado por realizar una comparación de los suicidios. Debido a la diferencia poblacional, la opción más acertada ha sido la de comparar el número de suicidios de cada territorio por cada 100.000 habitantes.

Así pues, España no es uno de los países donde más suicidios se dan, ni a nivel europeo ni a nivel mundial. Sin embargo, al tratarse de un fenómeno que se cree, irá aumentando en los próximos años, el análisis de las cifras existentes hasta el momento ayudará a prevenir ese crecimiento.

En Navarra, a pesar de no tratarse una Comunidad Autónoma muy extensa, la tasa de suicidios por cada 100.000 habitantes, tiende a ser superior a la de España en casi todo el periodo que va del año 2003 al 2012.

Como se puede observar a continuación, España se mantiene entre los 7 y 8 suicidios anuales por cada 100.000 habitantes, con ligeros aumentos y descensos de la cifra, mientras que Navarra está siempre por encima de esa línea, a excepción de dos momentos en los que las cifras son semejantes, en los años 2006 y 2010.

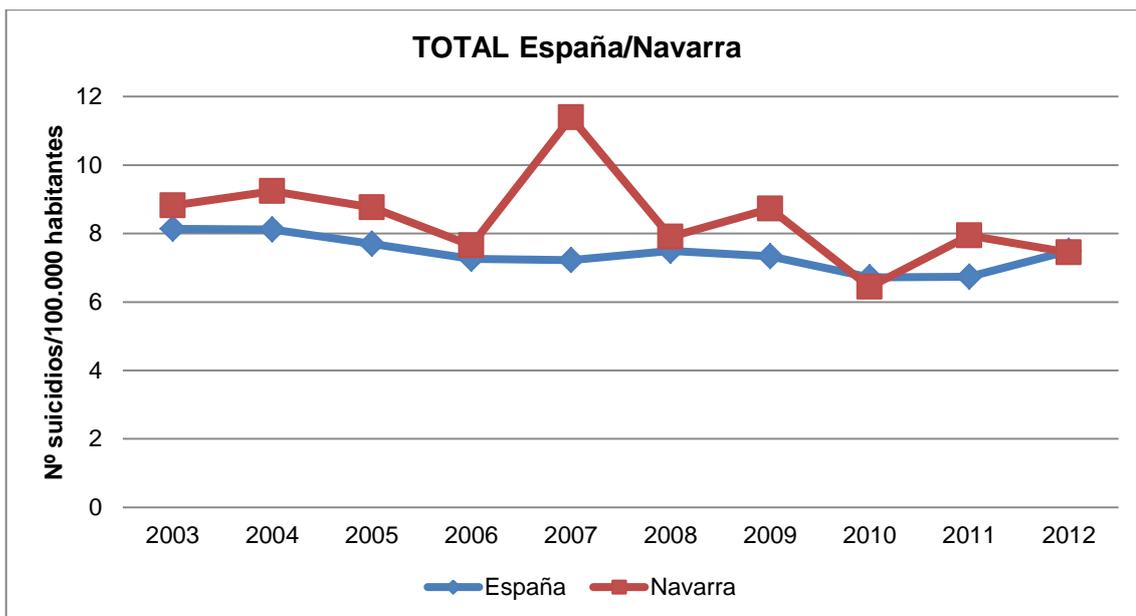


Gráfico 17. Comparación del total de suicidios en España y en Navarra por cada 100.000 habitantes.

En esta Comunidad Autónoma, los fallecidos por suicidio no suelen superar la franja de los 10 puntos, a excepción del 2007, donde aumenta casi hasta 12 casos de suicidio por cada 100.000 habitantes.

A nivel evolutivo se podría decir que, en ninguno de los dos casos se ha dado un incremento o una disminución significativa.

La divergencia en las cifras estatales y autonómicas también se hace visible cuando comparamos los suicidios de España y de Navarra por cada 100.000 habitantes de los distintos géneros.

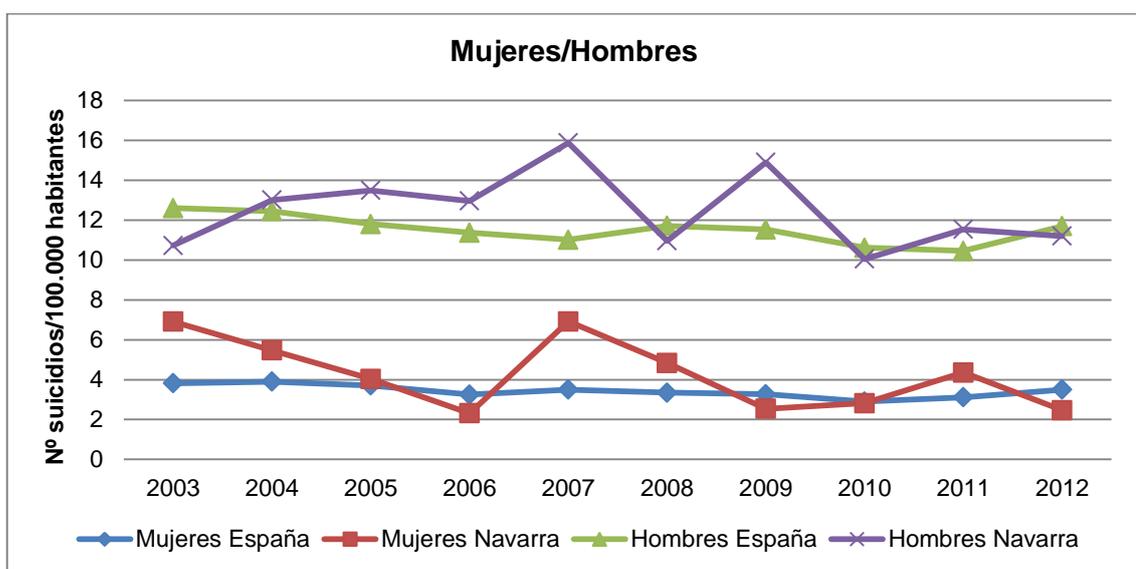


Gráfico 18. Comparación del total de suicidios de hombres y mujeres en España y Navarra.

Se puede observar que, generalmente, el número de suicidios de hombres y mujeres por cada 100.000 habitantes en Navarra es superior a la cifra de suicidios de hombres y mujeres por cada 100.000 habitantes en España.

Más detalladamente, en el caso de los hombres, se aprecian tres momentos en los cuales las cifras son inferiores a las estatales, dándose éstos en el 2003, en el 2008, 2010 y, aunque de forma casi imperceptible, en el 2012. Sin embargo, en los años 2007 y 2009 la tasa a nivel autonómico despierta sobre la estatal.

A nivel evolutivo se puede decir que los suicidios en Navarra por cada 100.000 habitantes oscilan entre los 10 y los 16, mientras que en España van de los 10 a los 13.

En la población femenina sin embargo, las cifras de la población navarra son inferiores a las de la población española en los años 2006, 2009 y 2012. También se observan tasas similares en los años 2005 y 2010. Y, al igual que en la población masculina, se da un pico en el 2007.

Por otro lado podemos observar, en el caso de las mujeres, que la tasa en España va de 3 a 4 suicidios anuales, mientras que en el caso de las mujeres en Navarra esa franja se hace más amplia, llegando desde los 2 hasta los casi 8 casos anuales por cada 100.000 habitantes.

De hecho, las medias de suicidios anuales de las mujeres en España y en Navarra son 3.43 y 4.27 respectivamente, y 11.53 y 12.47 en el caso de los hombres. Es decir, en ambos casos, la media de los suicidios en Navarra supera casi en un punto a la media nacional.

Teniendo en cuenta estos datos se puede calcular que por cada mujer que se suicida en España, se suicidan 3.36 hombres, y por cada mujer que se suicida en Navarra, se suicidan 2.92 hombres.

2.2. Cifra total de suicidios en Navarra

Una vez estudiado el fenómeno a nivel estatal, me centraré en el análisis de los datos de la Comunidad Foral de Navarra desde el año 2003 hasta el 2012.

El número total de suicidios en Navarra en el periodo citado asciende a 512.

Como puede observarse en el gráfico 19, las cifras no sufren una gran variación de un año a otro.

Desde el 2003 hasta el 2005, y en el 2009 y 2011 se superaban los 50 casos, en el 2006 y en el 2010 se dieron unos ligeros descensos (de 6 casos menos que en el año anterior y de 14 casos menos que el año anterior respectivamente), y en el 2007 se dio un severo incremento llegando hasta los 69 fallecidos.

Finalmente, en el 2012 también se constata una pequeña disminución de los casos de suicidio en Navarra.

En conclusión, a excepción del 2007, que sugiere un estudio posterior, en Navarra las cifras de suicidio suelen mantenerse entre los 40 y los 55 casos.

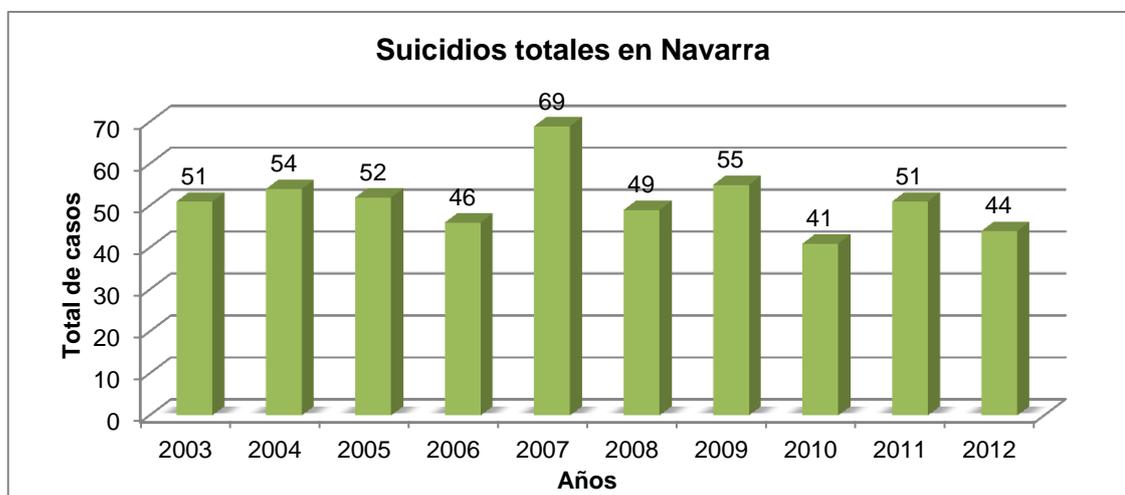


Gráfico 19. Número de los suicidios totales en Navarra, desde el año 2003 hasta el 2012.

2.3. Suicidios en Navarra por partido judicial y población de los partidos judiciales

Navarra está compuesta por cinco partidos judiciales: Pamplona, Aoiz, Estella, Tudela y Tafalla.

Si observamos los suicidios en cada partido judicial, puede apreciarse que Pamplona es la que más casos engloba, obviamente por la cantidad de población, que supera los 300.000 habitantes, mientras que en los demás partidos judiciales no llegan a 100.000.

Al partido judicial de Pamplona le siguen, de mayor cantidad a menor cantidad de casos, los partidos judiciales de Tudela, Estella, Aoiz y Tafalla.

Se debe destacar que los partidos judiciales de Aoiz y Estella, a pesar de tener una población similar, 65.659 y 65.122 respectivamente, tienen una tasa de suicidios diferente. De hecho, Estella supera a Aoiz en 16 fallecidos.

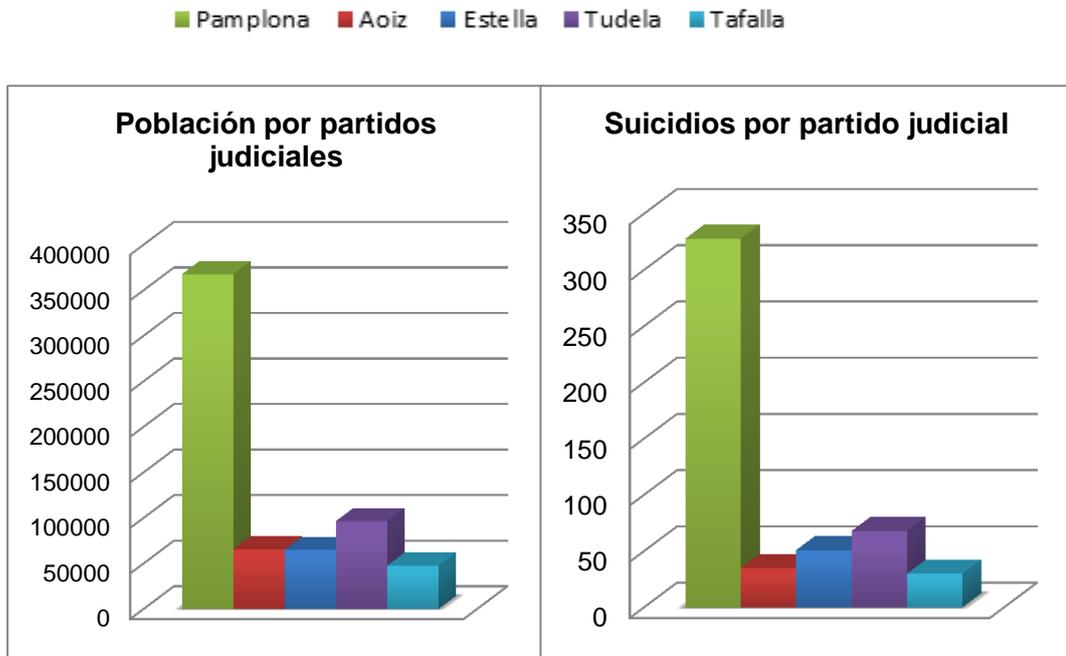


Gráfico 20. Población de cada partido judicial y suicidios de cada partido judicial, desde el 2003 hasta el 2012 en Navarra.

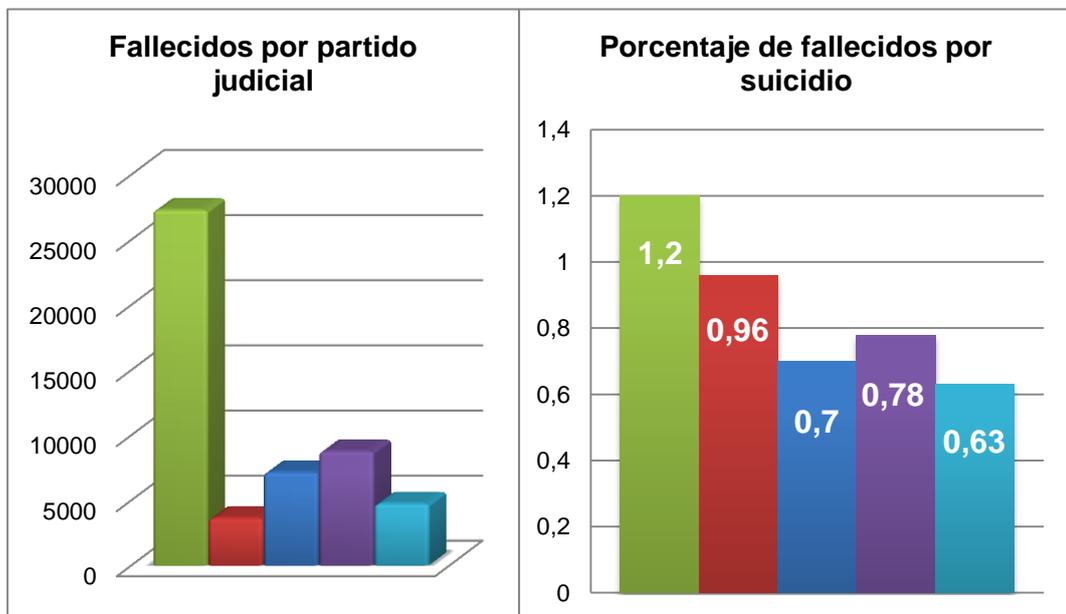


Gráfico 21. Fallecidos por partido judicial y porcentaje de fallecidos por suicidio por partido judicial desde el 2003 hasta el 2012 en Navarra.

Aun así, a pesar de que el número de suicidios en Estella es superior a la cifra de Aoiz, el número de fallecidos de éste último, al ser mucho menor que el de Estella, hace que el porcentaje de los fallecidos por suicidio sea casi de un 1%, mientras que en Estella ese porcentaje es del 0.7%.

En cuanto al resto de partidos judiciales, vemos que los porcentajes son proporcionales al número de fallecidos.

2.4. Suicidios totales en Navarra por género

En Navarra, la población actual es de 636.629 personas, según datos del INE, de las cuales 317.845 son hombres y 321.104 mujeres.

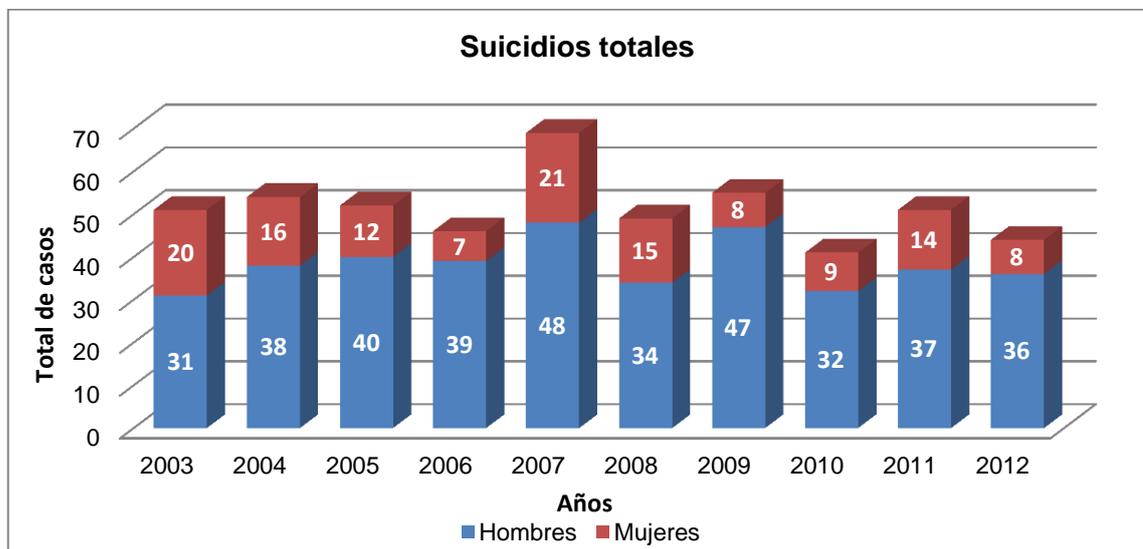


Gráfico 22. Suicidios totales en Navarra, por género, desde el 2003 hasta el 2012.

Al analizar los datos se aprecia a simple vista que el número de varones que cometen suicidio es muchísimo mayor que el de las mujeres. En concreto del 2003 al 2012, de los suicidios registrados en Navarra, 382 fueron hombres y 130 mujeres. Si comparamos estas cifras con el número de hombres y mujeres fallecidos en esos años, sale que el 0.52% de la población femenina fallecida en Navarra se suicidó, y que el 1.44% de los fallecimientos por suicidio lo constituyen los hombres, doblando y casi triplicando así la cifra femenina.

Por tanto, esta desigualdad cuantitativa no proviene de la diferencia poblacional, ya que el número de mujeres y hombres de Navarra es bastante similar. Es decir, este hecho está provocado por otra causa.

Se cree (Organización Mundial de la Salud, 2012) que el número de tentativas o intentos de suicidio es extraordinariamente mayor a la cifra de suicidios consumados (los intentos serían los suicidios consumados multiplicados por 20), y que gran parte de dichas tentativas son llevadas a cabo por mujeres.

El motivo por el cual ese acto queda en un mero intento y no en un hecho consumado puede ser o bien porque se trata de una llamada de atención, como una forma de pedir ayuda, o bien porque los medios empleados son menos eficaces.

Si tomamos la segunda hipótesis como válida, las estadísticas deberían mostrar que la población femenina prefiere la intoxicación a la suspensión o ahorcamiento o a la precipitación. Es decir, el método preferido por las mujeres sería uno indoloro, mientras que los hombres más que pensar en el proceso piensan en el resultado, y por ello emplean métodos que además de más dolorosos y/o violentos, son más eficaces.

Es cierto que la intoxicación también es eficaz, sin embargo, es un método que una vez que se emplea tiene un margen de tiempo para que el individuo se recupere, pero métodos como, por ejemplo, un tiro en la cabeza, no deja margen de tiempo alguno, de ahí la mayor eficacia de medios más letales y dolorosos.

Así pues, estas hipótesis responden por un lado por qué la cifra de hombres fallecidos por suicidio consumado es mayor al de las mujeres, y por qué en las tentativas de suicidio son ellas las que predominan.

2.5. Suicidios totales en Navarra por medio empleado

Para poder probar lo anteriormente comentado, analizaré los medios o métodos empleados para cometer suicidio en Navarra.

Tal y como se observa en el gráfico 23, de los suicidios registrados desde el 2003 hasta el 2012, los medios empleados fueron: La quemadura o carbonización, el tren, el tráfico, la suspensión o ahorcadura, la sumersión, la precipitación, la intoxicación, el arma de fuego, el arma blanca y la asfixia.

Los métodos menos empleados y casi inexistentes fueron la asfixia, cuantificando 2 fallecidos, la quemadura o carbonización, que suma otras 2 muertes y el tráfico, que añade 2 fallecidos más.

Sin embargo, parece haber unas preferencias muy marcadas: La suspensión o ahorcamiento, la precipitación y la intoxicación, son los medios más empleados por la población navarra. Siguiendo a éstos la sumersión, el arma de fuego, el arma blanca y el tren, de mayor a menor frecuencia.

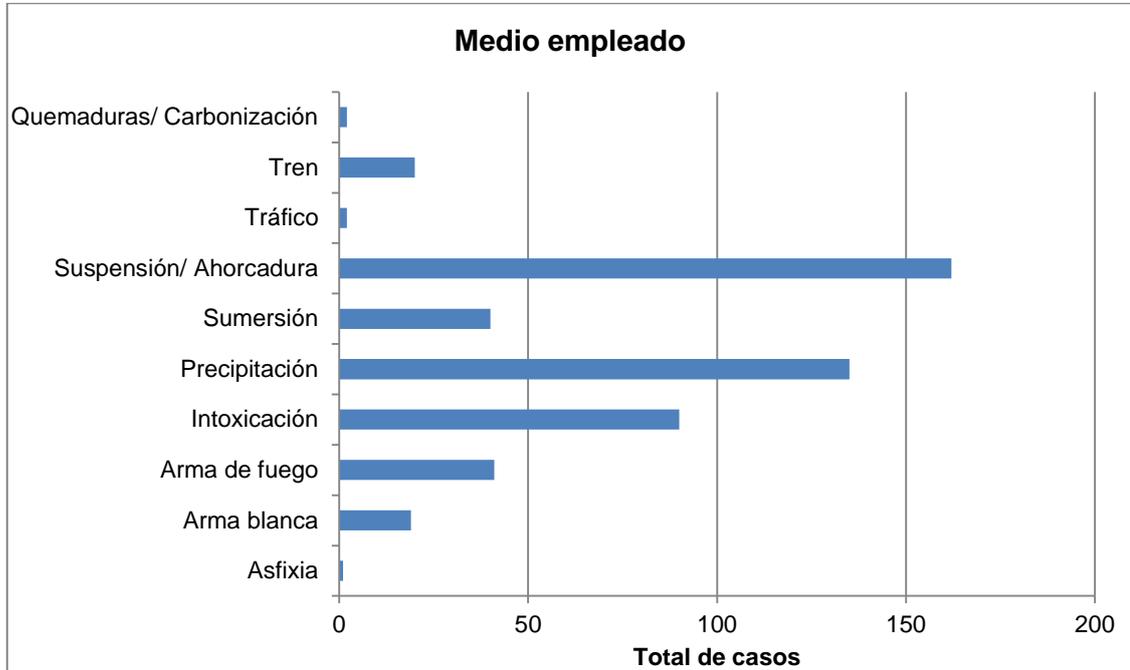


Gráfico 23. Suicidios totales en Navarra de 2003 a 2012, por medio empleado.

A continuación, realizaré un análisis anual de las metodologías más empleadas, con el fin de estudiar la evolución de las metodologías.

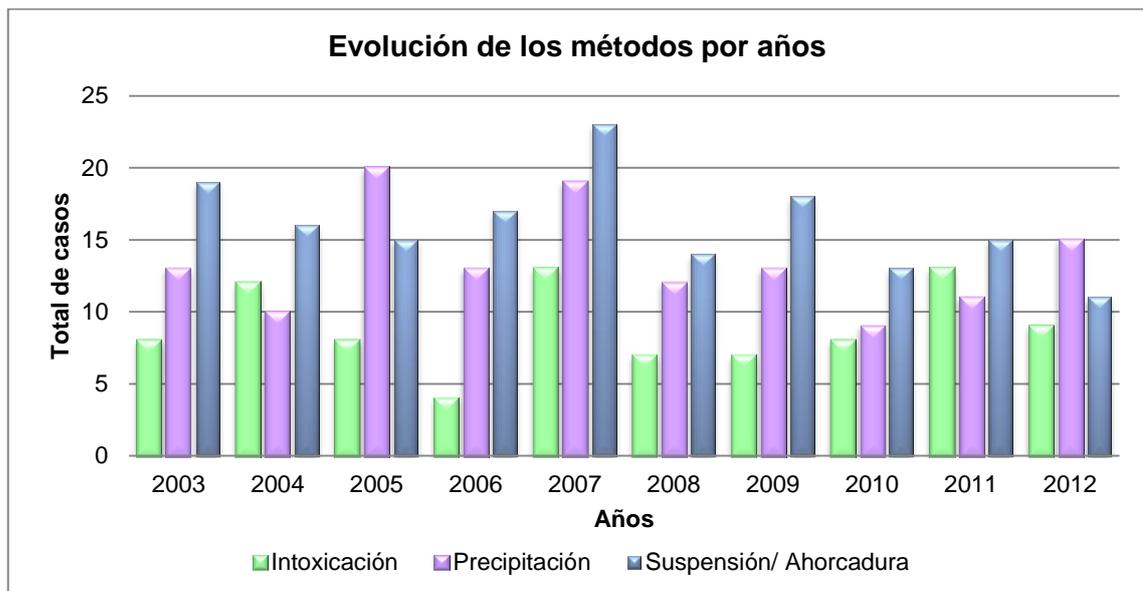


Gráfico 24. Evolución de las metodologías empleadas por años, desde el 2003 hasta el 2012 en Navarra.

El gráfico anterior muestra que, en la mayoría de los años la suspensión es la primera opción, a excepción de los años 2005 y 2012 donde la precipitación era superior.

Asimismo, la intoxicación superó a la precipitación en los años 2004 y 2011, sin llegar nunca a ser la metodología más empleada.

Evolutivamente los casos de suspensión han ido menguando en los últimos años, ya que la cifra más alta de los últimos tres años es similar a la tasa más baja de los primeros cinco años. Por otro lado, la precipitación tiende a oscilar significativamente de un año a otro, aunque en los últimos tres años ha ido aumentando.

Por último, el uso de la intoxicación aumentó mucho en los años 2004, 2007 y 2011, pero tras estos picos tiende a descender.

2.6. Medios empleados por género

Una vez analizados los métodos empleados por la población de Navarra, me centraré en el estudio por géneros.

Si bien es cierto que el número de suicidios de varones es muy superior al de mujeres y en la mayoría de los casos éstos las van a superar en todos los métodos empleados, existen momentos de excepción en los que las mujeres se suicidan empleando medios más violentos y eficaces, generalmente propios de los hombres. Aunque, como ya he dicho, son excepciones. Por ejemplo, en 2004 el género femenino fue predominante en el uso de la intoxicación y la precipitación como medio para acabar con su propia vida.

Además, tal y como aparece en el gráfico 25, cabe destacar que la suspensión o ahorcadura es el método más empleado por los varones. De hecho, en comparación con el resto de medios, las cifras de éste son exorbitantes. Después de la ahorcadura, tienden a emplear más la precipitación y finalmente la intoxicación.

Por último, a pesar de que generalmente se dice que las mujeres emplean métodos como la intoxicación con más frecuencia, podemos observar como en Navarra la precipitación es la primera opción de la población femenina fallecida por suicidio, seguida de la intoxicación y por la suspensión.

En conclusión, no se puede afirmar la hipótesis de que las mujeres tienden a emplear métodos más indoloros, como la intoxicación, a la hora de cometer un suicidio, por lo menos en Navarra.

Sin embargo cabe la posibilidad de que, al tratarse de datos de suicidios consumados, las mujeres sí que usen ese método con más frecuencia, pero, tratándose de un medio con un margen de tiempo que permite la recuperación de la persona, esa realidad aparecería quizás plasmada en las cifras de intento de suicidio.

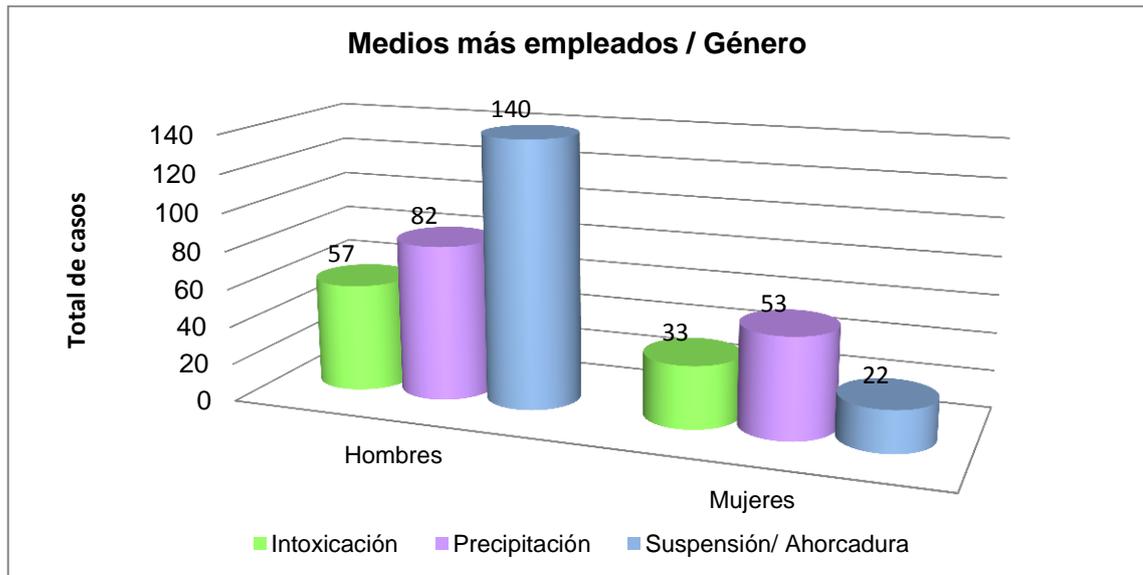


Gráfico 25. Medios más empleados para suicidios desde 2003 hasta 2012 en Navarra, diferenciando los géneros.

2.7. Suicidios totales en Navarra por franjas de edad

Tradicionalmente, y según avalan diversos estudios, las personas que mayor riesgo corren a la hora de cometer suicidio son las pertenecientes a la población joven y a la población anciana. Es por ello que analizaré las franjas de edad que van desde los 11 hasta los 100 años, con el fin de encontrar las edades que mayor riesgo conllevan en Navarra.

Para ello, he realizado una comparación por franjas de edad y género, con el fin de verificar si los jóvenes y los ancianos son los que más riesgos corren o, si por el contrario, hay otras franjas de edad que conllevan un mayor riesgo.

En el gráfico 26 podemos observar los suicidios en Navarra desde el 2003 hasta el 2012 por edades y género.

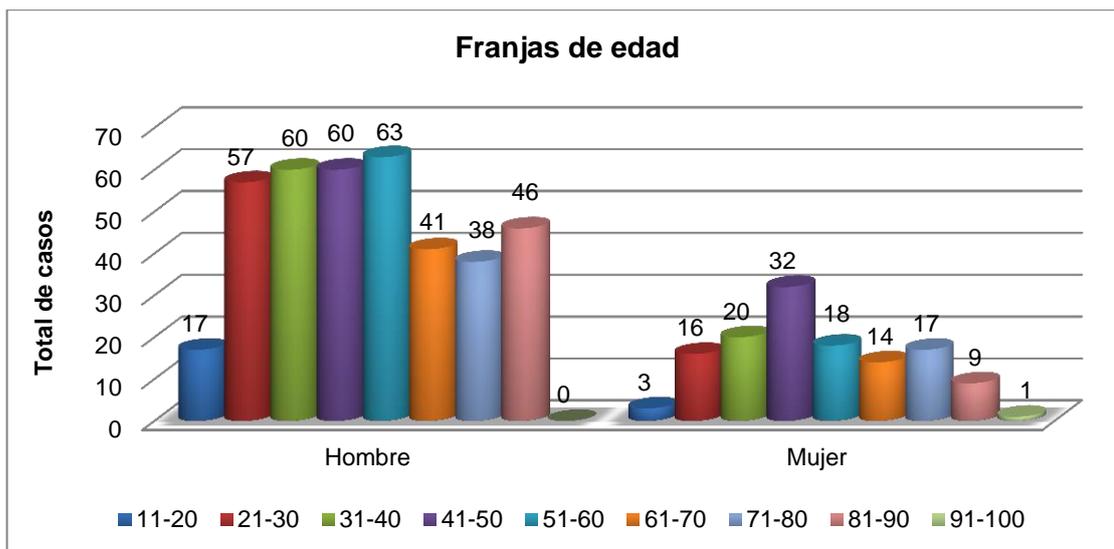


Gráfico 26. Suicidios totales en Navarra por franja de edad y género, de 2003 a 2012.

Por un lado, los hombres que mayor riesgo corren son aquellos que tienen edades comprendidas entre los 21 y los 60. Mientras que las franjas en las que menos riesgo existe son las que abarcan desde los 11 hasta los 20 y desde los 91 hasta los 100 años.

Por otro lado, en el caso de las mujeres, las edades con un riesgo muy elevado son las que van desde los 41 hasta los 50, aunque las cifras de esta franja no supondrían un gran riesgo en la población masculina. Al igual que en el caso de los hombres, las franjas de edad que menor riesgo tienen son las que van desde los 11 hasta los 20, y de los 91 a los 100 años. La evolución de esas franjas de menor riesgo puede observarse en los siguientes gráficos.

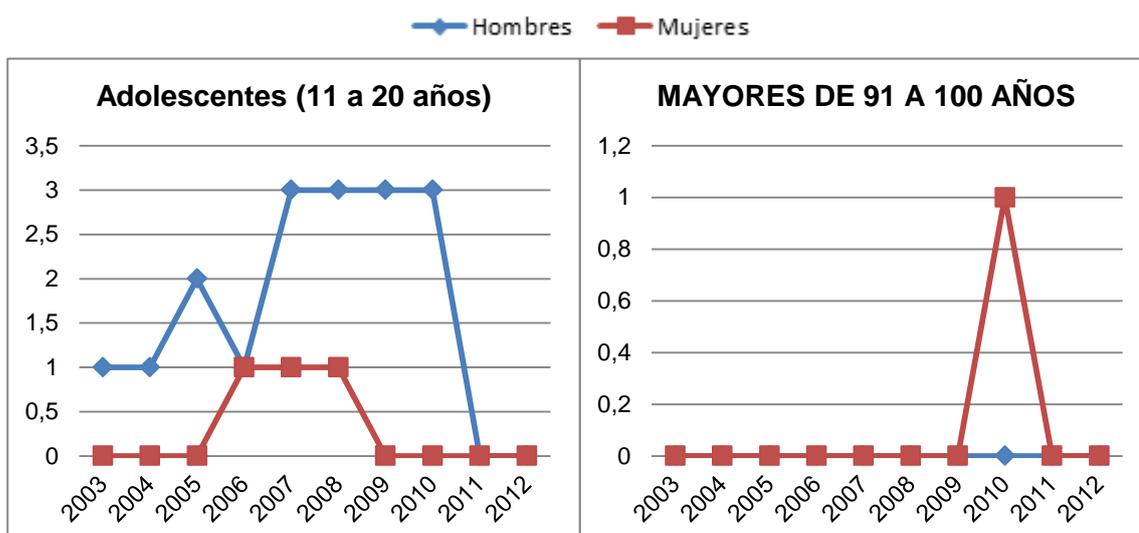


Gráfico 27. Suicidios en las franjas de edad de los 11 a los 20 y de los 91 a los 100, por género, desde el 2003 hasta el 2012 en Navarra.

En esta franja de los 11 a los 20 se puede observar cómo en el caso de los hombres, a pesar de ser más numerosos, nunca superan los 3 casos anuales, y en el caso de las mujeres no superan el uno.

También queda clara la falta de riesgo de esta población que abarca de los 91 a los 100, pues desde el 2003 hasta el 2012 tan sólo se ha dado un caso.

Además, si se comparan el número de suicidios en estas edades y la población Navarra que se encuentra en dicha franja, podemos ver que no existe apenas riesgo.

En cuanto a las franjas donde se acumulan la mayoría de los casos de suicidio, con el fin de concluir si ha habido un aumento o una disminución de casos se comparan los datos de las mismas por años.

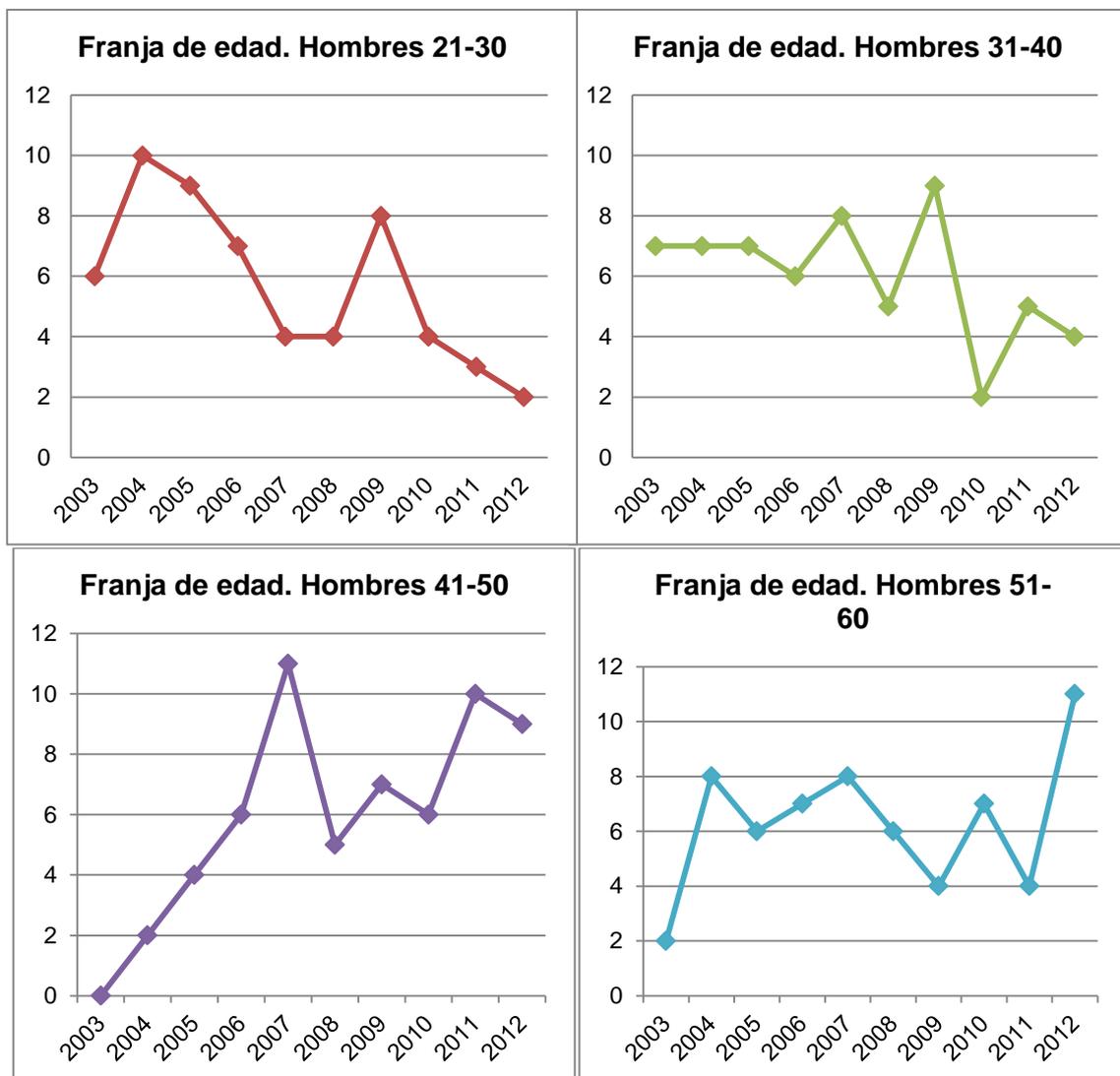


Gráfico 28. Suicidios totales en Navarra. Evolución de las franjas de edad de mayor riesgo del género masculino, de 2003 a 2012.

La franja que abarca desde los 21 hasta los 30 tiene dos picos en los años 2004 y 2006, sin embargo, en los últimos años los casos han ido disminuyendo.

En cuanto a la que va de los 31 a los 40 tiene dos picos, en el 2007 y en el 2009. Desde el 2003 hasta el 2009, se mantiene constante entre los 5 y los 9 suicidios anuales, pero, en el 2010 se da una gran depresión que disminuye los casos hasta 2 fallecidos. Evolutivamente se observa que en los últimos años también han disminuido los casos, de hecho la media anual rondaba los 7 suicidios y a partir del 2010 descendió casi un punto.

La franja de los 41 a los 50 tiene una tendencia ascendente desde el 2003 hasta el 2007 (siendo este el pico más elevado), a partir de ahí se da una gran disminución de los casos. Posteriormente se dan ligeros aumentos y disminuciones, pero si realizamos un análisis global se puede ver claramente cómo los casos han aumentado. Por tanto, esta franja de edad supondría un mayor riesgo que las anteriores.

El periodo que abarca desde los 51 hasta los 60 años tiene muchísimas oscilaciones. Se dan incrementos en el 2004, 2007, 2010 y 2012, y se da un importante descenso en el 2009. La evolución no es muy clara, pero en el año 2012 sí que se da un severo incremento y por tanto estas edades conllevan un claro riesgo en la medida que no tiende a ser constante.

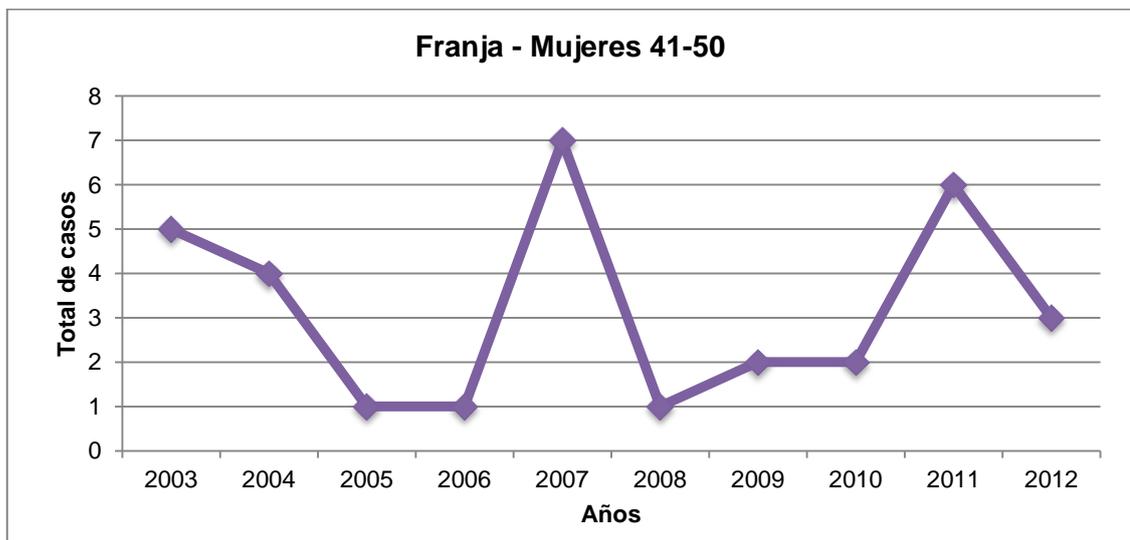


Gráfico 29. Suicidios totales en Navarra. Evolución de la franja de edad de mayor riesgo del género femenino, de 2003 a 2012.

En el gráfico 29, se muestra la franja de edad de mayor riesgo para las mujeres, que engloba de los 41 a los 50 años. A pesar de ser la franja de edad que más suicidios contabiliza, esa cifra anual nunca es demasiado elevada pues, como se observa,

jamás supera las 8 fallecidas. Aun así, se aprecian dos picos, en 2007 y en 2011, pero en el último año y evolutivamente se observa un ligero descenso de los casos.

2.8. Suicidios totales en Navarra por meses

A la hora de estudiar los suicidios es interesante saber cuáles son los meses que más casos contabilizan.

Existe una diferencia visible entre hombres y mujeres, y es que las cifras en el conjunto femenino tienden a mantenerse en todos los meses.

Es curioso que, en los meses de Mayo, Junio y Julio las cifras de suicidios en mujeres decrecen, mientras que en la población masculina son esos los meses en los que más muertes por suicidio se producen, sobre todo en Mayo. De hecho, son los meses de primavera y verano los que abarcan la mayoría de los suicidios masculinos, en concreto un 43.16% (221 casos).

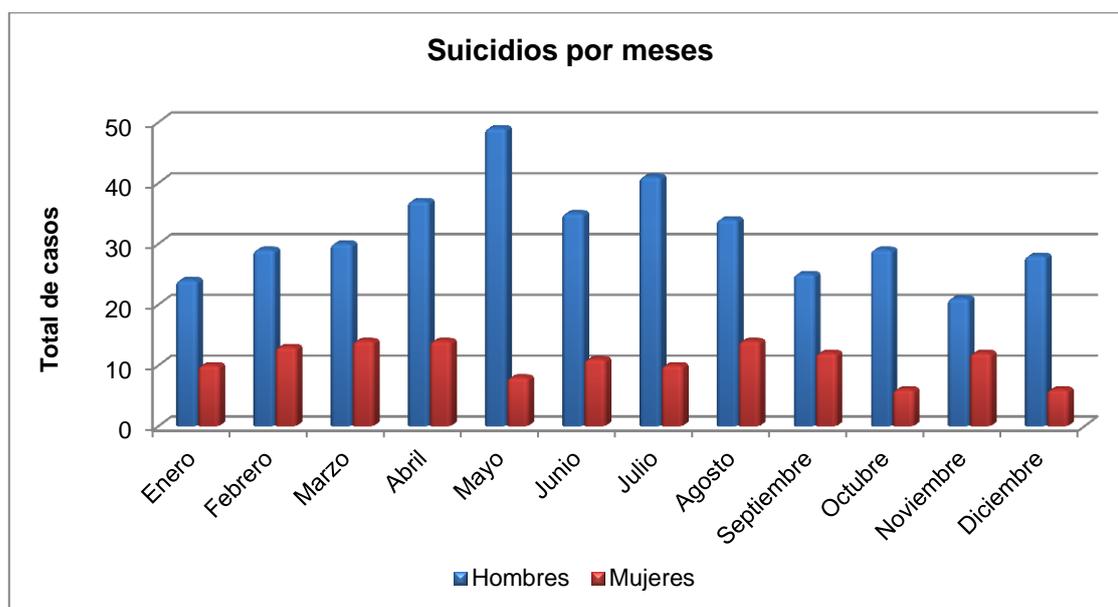


Gráfico 30. Suicidios totales en Navarra por meses y género, de 2003 a 2012.

3. CONCLUSIONES: UNA COMPARACIÓN ENTRE ESPAÑA Y LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

La tasa de suicidio en Navarra tiende a ser superior a la de España, tanto en el caso de las mujeres como en el de los hombres.

Una vez analizadas las cifras específicas de cada año desde el 2003 hasta el 2012 se puede concluir que los suicidios se mantienen entre los 40 y los 55 casos anuales, siendo el partido judicial de Pamplona el que más casos engloba, seguido de Tudela, Estella, Aoiz y Tafalla.

En cuanto al género, los hombres predominan siempre. Además, existen tres metodologías predominantes a la hora de realizar actuaciones suicidas, siendo estas:

- Suspensión o ahorcadura.
- Precipitación.
- Intoxicación.

A pesar de que las hipótesis señalan que las mujeres emplean métodos que no supongan un gran dolor físico, estos datos muestran cómo se emplea más la precipitación que la intoxicación en la población femenina en Navarra, pasando la intoxicación a un segundo plano. En cuanto a los hombres, la primera opción es la suspensión, seguida de la precipitación.

El uso de las diferentes metodologías podrían explicar la inmensa cantidad de tentativas de suicidio en la población femenina y el predominio cuantitativo de los hombres en los suicidios consumados.

Aunque se aprecie que el fallecimiento por intoxicación en el caso de las mujeres no es la mayoría de los casos de suicidio, no tengo datos de la metodología empleada para los intentos. Aun así, mi hipótesis es que la intoxicación es eficaz, pero tiene un margen de tiempo en el cual la persona puede salvarse si recibe las atenciones médicas adecuadas. Por ello, es posible que, el hecho de encontrar a la persona una vez que ha tomado una cantidad ingente de pastillas, si no han pasado muchas horas, dé pie a una pequeña posibilidad de sobrevivir, convirtiendo así un suicidio en tentativa. Sin embargo, la suspensión, una vez realizada no tiene ese margen de tiempo y la persona fallece.

En cuanto a los márgenes de edad que mayor riesgo conllevan, los datos muestran que en el caso de los hombres esa franja abarca de los 21 a los 60, y en el caso de las mujeres de los 41 a los 50 años.

Por consiguiente, a pesar de que se dice que las franjas más peligrosas son las de la adolescencia y la tercera edad, en Navarra los adolescentes corren un riesgo ínfimo, y los mayores de tercera edad tienen un riesgo poco elevado.

También es importante mencionar que los meses que mayor riesgo conllevan para los hombres son Abril, Mayo, Junio y Julio, y en el caso de las mujeres son los meses de Febrero, Marzo y Abril, seguidos por Agosto, Septiembre y Noviembre.

Antes de concluir este apartado, debo mencionar que se debería realizar un estudio del año 2007, ya que suscita un gran interés. A pesar de que la crisis llegó de forma oficial y más intensamente en 2008, es posible que los inicios de ésta ya se hiciesen notar un año antes, pudiendo ser en parte la razón del aumento de suicidios en Navarra.

Sin embargo, no se puede crear ese vínculo tan estrecho entre los suicidios y la crisis tal y como hacen los medios de comunicación hasta no realizar un estudio más exhaustivo. Pues, como ya se ha hecho hincapié anteriormente, a pesar de existir un elevado pico en el 2007, los casos de suicidio no han seguido a la crisis. Mientras que ésta última ha ido en aumento a partir del 2008, los suicidios no sólo no han aumentado significativamente sino que tienden a mantenerse e incluso a disminuir en algunos años.

Para concluir, voy a introducir un pequeño párrafo con los últimos datos obtenidos para el año 2013. En ese año hubo un total de 52 suicidios en Navarra (36 hombres y 16 mujeres), lo que supuso un suicidio a la semana. Esta cifra está dentro de los parámetros de esta Comunidad Autónoma, sin que suponga un aumento relevante (apenas han sucedido 4 casos más), aunque sí es destacable el hecho de que los casos de mujeres aumentaron mientras que el de hombres disminuyeron. Además, la tasa de suicidios en Navarra continúa siendo inferior a la estatal y es una de las Comunidades Autónomas con menos suicidios. En cuanto a la edad, se dan una gran cantidad de defunciones por conductas autolíticas entre los 40 y los 49 años y también hay un repunte en los individuos de 80 a 89 años (lo que ha producido un aumento de 3 puntos en la tasa de suicidios para estas edades y de 9 puntos para los hombres), lo que convierte esta franja en una nueva franja de riesgo. En el resto de edades no hay ninguna cifra destacable, excepto en la de menores de 15 años, donde han sucedido dos suicidios, y a pesar de no ser una cifra elevada es destacable por la falta de casos en esta etapa de la vida. En definitiva, las cifras se mantienen y las edades con mayor riesgo varían, debiendo analizarse en profundidad en un futuro.

4. PERFIL CRIMINOLÓGICO DEL SUICIDA EN NAVARRA

El perfil criminológico es una herramienta útil cuando se habla de prevención. Consiste en un conjunto de características sociodemográficas y psicológicas que permiten relacionar un fenómeno con un conjunto de personas que tengan dichas características.

Existen estudios que han tratado de crear un perfil suicida, aunque debido a su etiología multifactorial, suele optarse por perfilar ciertas franjas de edad. Por ejemplo, en el siguiente estudio (Simón Cabodevilla & Sanchis Cordellat, 2011), se trató de crear un perfil de jóvenes suicidas, estableciendo como factor de riesgo la ideación suicida.

Una vez realizado el estudio y analizado los resultados se observó que existían unos rasgos correlacionados a este factor de riesgo: la introversión, el pesimismo y la inhibición.

Además, las preocupaciones más expresadas entre jóvenes objeto de estudio eran la intensidad de los sentimientos, así como la desvalorización de sí mismos, el desagrado por el propio cuerpo o los abusos en la infancia.

También se pudo comprobar que los síndromes clínicos más asociados a la ideación suicida eran el abuso de sustancias, la propensión a la impulsividad y el afecto depresivo.

Establecieron un perfil de jóvenes que contenía una serie de características como las siguientes:

Jóvenes introvertidos con dificultades para la expresión de sentimientos y para las relaciones sociales, vulnerables, inseguros consigo mismos, con sentimientos de rechazo de su propia identidad y de su entorno, provocado por situaciones violentas, abusos en la familia, falta de comunicación y de afecto previas, consumen alcohol y drogas, son impulsivos e indecisos, están deprimidos, tienen pensamientos relacionados con la muerte y con la autolesión.

Se señala que uno de los primeros ámbitos para la detección de la ideación suicida es en los centros de enseñanza, ya que los jóvenes emplean la mayor parte de su tiempo en ellos.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos, trataré de crear un perfil estadístico del suicida.

Los datos con los que cuento hacen referencia a la edad, el género, el partido judicial y la metodología empleada. Además, a pesar de no haber obtenidos datos sobre la nacionalidad de los fallecidos por suicidio en Navarra, he optado por recoger los datos de la nacionalidad a nivel estatal con el fin de encontrar otro dato significativo para el perfil.

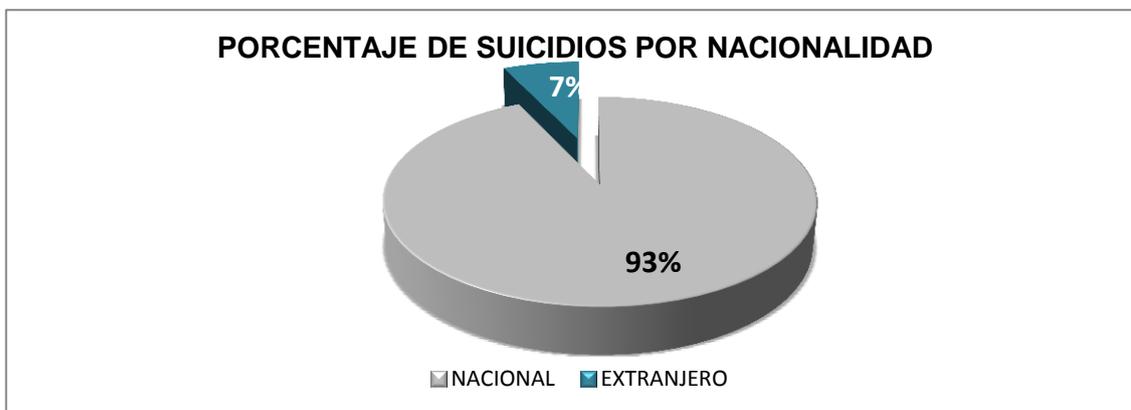


Gráfico 31. Porcentaje de suicidios por nacionalidad a nivel estatal.

El gráfico muestra que el número de personas nacionales que se suicidan es muy superior al de extranjeros, de hecho, el mismo porcentaje se repite tanto para los hombres como para las mujeres nacionales y extranjeras. Además, los datos de suicidio son proporcionales a los datos poblacionales.



Gráfico 32. Población estatal por nacionalidad.

A partir de estas cifras se puede suponer que, si tomamos estos datos como representativos para el resto de Comunidades Autónomas, en Navarra se dan más suicidios en la población nacional que en la extranjera.

Además, a nivel estatal se siguen dando más suicidios en hombres (73%) que en mujeres (24%) independientemente de si son nacionales o extranjeros.

Finalmente, he de reconocer, que para lograr un perfil mucho más específico y detallado, sería conveniente tener acceso a datos como:

- El nivel económico
- El estado civil
- Las enfermedades físicas
- Los trastornos mentales
- El nivel de formación
- El lugar del suicidio
- El historial familiar de suicidios/abusos...
- El consumo de sustancias u otras sustancias.

Sin embargo, con los datos obtenidos referentes a la Comunidad Foral de Navarra, los estudios realizados, los factores de riesgo y los datos a nivel nacional obtenidos hasta el momento, puedo elaborar un perfil estadístico del suicida en Navarra, siendo este:

Un varón nacional, del partido judicial de Pamplona, que se encuentre en la etapa adulta, abarcando de los 30 a 60 años, y que padezca algún trastorno mental relacionado, sobre todo, con la depresión.

Además, existirá un riesgo más elevado durante los meses de abril a julio, cuando haya realizado tentativas anteriormente y cuando no tenga una cohesión social y familiar fuerte, ya sea porque no existe una buena relación o comunicación con la familia o allegados.

5. PLAN DE PREVENCIÓN

Para la creación de un plan de prevención, me he basado en diversas guías e instituciones, con el fin de recabar ideas y ver cuáles son los ámbitos que deberían abarcarse para reducir la tasa de suicidios en Navarra. A continuación redacté el listado de guías e instituciones y realicé una breve exposición de lo que indica y realiza cada una de ellas, posteriormente se explican los tres apartados de este plan.

5.1. Guías e instituciones

- 5.1.1. Guía para familiares. *Detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental*

Primero se exponen unos datos de la Organización Mundial de la Salud.

Se explica el carácter transitorio de los sentimientos que pueden llevar al suicidio, así como la persistencia del impulso en sí. Se expone la ambivalencia existente en ese proceso de decisión entre vivir o morir, ya que realmente no se quiere morir sino poner fin a sentimientos desagradables agudos.

Basándose en diversos informes, estadísticas, estudios y demás, la OMS concluye que el suicidio es un problema grave de salud pública, que va en aumento y que afecta a toda la población. Aunque bien es cierto que el 90% de las personas que se suicidan sufrían algún tipo de enfermedad como la depresión mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno de personalidad límite y trastornos de sustancias psicoactivas, alcohol y otras drogas.

También se asegura que el suicidio es una conducta previsible, que existen señales. Aunque esa prevención se dificulta por la cantidad de mitos que se le asocian. Por otro lado, para conseguir un mayor conocimiento del fenómeno, exponen los factores de protección y de riesgo.

Las señales de alerta especificadas en esta guía se entienden como aquellos signos y síntomas que posibilitan la detección del riesgo suicida. Pueden ser señales explícitas o implícitas, verbales o no verbales.

Las señales verbales son comentarios negativos sobre la propia persona o sobre la vida de la misma, por ejemplo *“no valgo para nada”, “estaríais mejor sin mí”, “las cosas no van a mejorar nunca”*; también son verbalizaciones sobre el acto suicida o la muerte, así como despedidas, *“no deseo seguir viviendo”, “después de pensar mucho ya sé cómo quitarme de en medio”, “quiero que sepas que en todo este tiempo me has ayudado mucho”*.

Las señales no verbales son cambios repentinos de conducta ya sea para convertirse en alguien muy irritable y que consume grandes cantidades de alcohol con una frecuencia inusual, o para convertirse en alguien muy calmado cuando previamente estaba agitado. También se dan apariciones de laceraciones, se regalan objetos muy personales sin motivo aparente, se cierran asuntos pendientes, se preparan documentos como testamentos y demás.

En esta guía se facilita la forma de proceder cuando se cree que un familiar o amigo está en una situación de riesgo. Primero deben llamar a teléfonos de emergencia, deben limitar el acceso a medios lesivos, no deben dejar sólo al individuo en cuestión, se le debe preguntar y escuchar sin prejuicios, y, por último, los familiares y amigos también pueden y deben solicitar ayuda. (Jiménez Pietropaolo, y otros, 2011).

5.1.2. Guía de autoayuda. *Prevención del suicidio. ¿qué puedo hacer?*

En esta guía, al igual que en la anterior, la OMS expone datos sobre el suicidio. En este caso señala las cifras a nivel Mundial y, más concretamente, a nivel español.

Se expone qué hacer ante pensamientos de desesperanza, muerte, y en conclusión, ante ideación suicida. Lo más importante es crear un plan de seguridad, contar con profesionales y personas de confianza, y poner de su parte. Sin voluntad la ayuda es ineficaz.

Una vez que se ha llevado a cabo un intento de suicidio se dan unos pasos a seguir para evitar reincidir en dicho acto. La persona debe contactar con profesionales, pedir información, buscar recursos de apoyo y crear un plan de seguridad.

Uno de los factores de protección más importantes y en los que se hace hincapié en esta guía es el apoyo. Los familiares, amigos y personas de confianza son esenciales para prevenir ideaciones y conductas suicidas y para que la persona retome su vida. También es importante tener una rutina y aficiones. Así mismo, conocer las causas de los pensamientos suicidas y aprender a evitarlos o hacerles frente correctamente es de gran ayuda. Tener un plan de seguridad es vital así como no emplear las amenazas de suicidio para conseguir objetivos.

El plan de seguridad elaborado en esta guía consiste en una *“tarjeta corta-fuegos”*. Esta tarjeta se constituye de cinco apartados:

- Primero, identificar las señales de alarma, es decir, escribir los motivos por los cuales la ideación suicida podría resurgir.
- Segundo, escribir cuáles son las personas de confianza con las que puede contactar.
- Tercero, apuntar los teléfonos de las personas citadas en el apartado anterior.

- Cuarto, contactar con dichos apoyos.
- Quinto, crear una lista de teléfonos de los servicios que atienden 24 horas para situaciones de máximo riesgo o cuando los demás teléfonos fallen.

Se especifica que en caso de incumplir alguno de los pasos se debe poner en contacto directamente con el 112 o el Teléfono de la Esperanza, o acudir a urgencias del hospital más cercano.

Por último establece una serie de pautas de protección como buscar soluciones no suicidas, desechar todos los objetos peligrosos, construir un sistema de apoyo y escribir 10 pautas que no debe olvidar, por ejemplo, recordar que las crisis no son infinitas, que expresar los pensamientos sirve alivia y que debe evitar el consumo de alcohol u otras drogas. (Torras García, Jiménez Pietropaolo, Martín Ulloa, Pachecho Tabuenca, & Santiago García, 2012).

5.1.3. Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares.

Esta guía especifica que las acciones deben tomarse tanto en la fase de prevención como en la de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. También señala la importancia de la actuación de todos los ámbitos de la sociedad (educación, sanidad, seguridad, comunicación...).

Por un lado ofrece información y orientación a los familiares y a las personas cercanas al individuo con ideación suicida, y por otro lado ofrece lo mismo al sujeto en cuestión.

Expresa los mitos o creencias erróneas que existen alrededor de este fenómeno. También se hace referencia a las diversas señales que hace el individuo para poder prevenir su posterior conducta suicida, por ejemplo: manifestaciones verbales (con o sin planteamiento de la acción, con un método determinado o no...), manifestaciones no verbales como: restar importancia a las ideas suicidas, el cese de la angustia y una sensación de paz y tranquilidad..., existen además sentimientos comunes a todas las personas con ideación suicida (incapacidad para superar el dolor, pensar claramente, dormir, comer o trabajar...).

Una vez que aparece el pensamiento suicida, la persona debe saber que no está sola, que los pensamientos suelen estar asociados a problemas que tienen solución y no son tan graves como parecen, que las crisis son transitorias, y demás. La guía da una serie de ideas para superar ese momento de crisis.

Además, hay un apartado para los familiares y allegados sobre cómo ayudar a la persona que se encuentra en una crisis, por ejemplo tranquilizarla, no mostrarse espantado, expresar preocupación...

Cuando se ha realizado un intento de suicidio la forma de actuar cambia. La persona que ha hecho el intento debe ponerse en contacto con un profesional para que le ayude, debe crear un plan de seguridad para reducir el riesgo y que no vuelvan a suceder esas crisis en un futuro o si suceden que sepa cómo calmarse, debe tener una rutina, debe tener personas de confianza a las que acudir en un momento de necesidad, debe dedicarse a sus aficiones... Los familiares y amigos por otro lado deben informarse de la situación psicológica y médica actual de la persona cuando ingresa y deben aprender pautas para ayudar al individuo en cuestión una vez que vuelva a casa porque durante los 6 primeros meses de su regreso el riesgo de reincidir aumenta.

Por último, dado que la familia y los amigos son esenciales para la recuperación de la persona, en la guía se aportan ideas para que éstos aprendan a tratar a la persona, entiendan mejor su situación y para que ellos mismos puedan superar ese momento. Las escuelas de familias y los grupos de ayuda mutua son dos lugares que ayudan a familiares y amigos de la persona que ha realizado un intento suicida. Existen además recursos donde la persona con ideación suicida puede acudir una vez surgen esos pensamientos (Rueda López, 2010).

5.1.4. Protocolo de colaboración interinstitucional. *Prevención y actuación ante conductas suicidas.*

El Gobierno de Navarra ha creado este protocolo en el 2014. En él se busca prevenir la conducta suicida, intervenir de forma eficaz y efectiva desde los diversos ámbitos, establecer el seguimiento adecuado para cada caso y la coordinación de las diferentes instituciones y del resto de la sociedad en la prevención, intervención y seguimiento.

Además de exponer el concepto de ideación suicida, conducta suicida y demás, se comparan los datos de suicidios en Navarra, y se establecen una serie de factores de riesgo, precipitantes y de protección. Se especifica también la existencia de lo que los profesionales denominan *pérdida del sentido de la propia existencia*, que se da en las personas con riesgo de suicidio. Es una circunstancia que se da en todas las edades, acompañándose de valoraciones negativas de los logros vitales en el caso de las personas mayores.

También se explica el marco legal del suicidio, tanto las penas de aquellas acciones que supongan ayudar al fallecimiento de una persona por suicidio como la responsabilidad civil, y el tratamiento de estas conductas en un régimen de internamiento.

Después de toda esa información, se comienza a establecer la intervención que debe realizar cada uno de los ámbitos de la sociedad:

➤ Sistema de salud.

Una vez que se detecta el riesgo de suicidio se deberá derivar a urgencias hospitalarias, atención primaria o red de salud mental. Una vez que se valora el nivel de riesgo se realizarán unas acciones u otras. Si el riesgo es alto se hospitalizará a la persona, si es medio irá a un centro de salud mental y, si es bajo, irá a atención primaria.

Un dato interesante es que muchas personas que han consumado el suicidio han contactado previamente con el médico de familia los meses anteriores. De modo que el papel del médico a la hora de detectar estas situaciones es crucial.

En la red de Salud Mental de Navarra, para valorar el riesgo de suicidio una vez que una persona ha intentado cometerlo, se tienen en cuenta la identificación del paciente, las características de la tentativa, contener el riesgo, contrastar la información con la familia y diseñar un plan de actuación, así como un seguimiento pactado por el propio paciente. Dependiendo del trastorno que padezca la persona se tendrá un mayor control en unos momentos que en otros pues para cada caso existen diversas fases que conllevan un mayor riesgo.

➤ Sistema de educación.

Se dividen las intervenciones en el antes de ideación o conducta suicida, durante la ideación o conducta suicida y tras la conducta suicida. En definitiva, los profesionales

docentes deben ser capaces de detectar en sus alumnos los factores de riesgo y de protección.

Además deberán tener tutorías con los padres o tutores legales de los menores, y con los menores que estén en riesgo también. Así pues, se trata de que los docentes se impliquen más con los alumnos, y que los alumnos sepan a quién acudir en caso de tener problemas. Lo mismo pasa con las familias, que deben colaborar con el centro.

Si los profesores detectan conducta autolítica o verbalización autolítica con agitación deberán llamar al 112 y a la familia; si detectan una conducta autolítica se deberá avisar a la familia y acudir al servicio de urgencias, además de seguir las pautas indicadas por el terapeuta si el menor está en tratamiento; por último, si se detecta verbalización o ideación autolítica se valora la planificación de dicha ideación y se avisa a la familia o se pregunta si está un tratamiento de salud mental con el fin de contactar con el terapeuta. Si en caso de avisar a la familia, se denota contención suficiente se tomará una decisión conjunta, de lo contrario se acudirá al servicio de urgencias. Por último se ofrece una formación específica al profesorado para poder prevenir estas conductas y sepan cómo intervenir.

➤ Sistema de servicios sociales.

Lo primero que se trata de abordar en este ámbito es la formación de los profesionales. También se clasifican las actuaciones de prevención primaria, secundaria y tras el intento autolítico.

La prevención primaria consisten en acciones que prevengan desde el primer momento las futuras conductas suicidas, por ejemplo son intervenciones para fomentar la cohesión social y familiar, la sensibilización, la atención a menores en riesgo, etc.

La prevención secundaria supone evaluar el riesgo para poder actuar posteriormente. Estas actuaciones dependerán de si existe un riesgo inminente o no. Cuando no se da dicho riesgo se controlan los riesgos, se buscan apoyos sociales, se pide la colaboración del sistema de salud, y, en caso de no aceptar la ayuda, tratar de mantener la relación. Sin embargo, si el riesgo es inminente, se llama al 112, se acompaña a la persona, se contacta con el centro de salud y se establece un plan.

Tras el intento autolítico siempre estará presente el centro de salud, con el cual se colaborará y se tratará de mejorar la intervención. En caso de que la conducta autolítica haya resultado consumada se intentará atenuar los daños del entorno.

➤ Servicios de atención urgente.

Al igual que en el resto de ámbitos se señala la importancia de la formación, y también se establecen pautas para la intervención, la cual consistirá en: Recabar información sobre la situación de riesgo (ideación suicida, intentos o consumación), actuar dependiendo de la situación en la que se encuentre la persona, coordinando para ello al personal necesario. Por último se deriva el caso a otros profesionales.

➤ Otras entidades: Teléfono de la Esperanza de Navarra.

El primer servicio que aportan es la intervención en crisis. Este servicio permite contener telefónicamente a la persona en crisis, ofrecerle ayuda, orientarlo y demás.

Además ofrecen asesoramiento e intervención profesional en entrevista personal, ya que cuentan con psicólogos titulados.

También promocionan la salud emocional que sirve tanto para que la persona obtenga recursos y herramientas para sí mismo, como para lograr conocimientos y seguir formándose.

Por último, este servicio permite actuar ante la detección de riesgo suicida, y dependiendo de la intensidad del riesgo se avisará a unos profesionales o a otros. Por ejemplo, si el riesgo es alto se pone en conocimiento del 112, si es moderado se deriva el caso a Salud Mental, si es un riesgo moderado bajo se deriva al departamento de psicología del Teléfono de la Esperanza y si el riesgo es inexistente se finaliza el procedimiento.

➤ Medios de comunicación.

Se señalan pautas a la hora de comunicar noticias sobre suicidios en los medios de comunicación, tanto en la televisión como en la prensa.

Un punto muy importante de este protocolo y al que más importancia se le da es a la coordinación y comunicación entre los diferentes sistemas. Esta colaboración permite una intervención y una prevención más eficaz ante las conductas suicidas. Asimismo, hace hincapié en la formación de los profesionales en esta materia e incluso estructura un curso.

Por último, se tiene la intención de difundir el protocolo entre los profesionales con el objetivo no sólo de prevenir e intervenir eficazmente sino también de sensibilizar.

5.1.5. Organización Mundial de la Salud

El Día Mundial para la Prevención del Suicidio es el 10 de Septiembre de cada año. La Organización Mundial de la Salud junto con el International Association for Suicide

Prevention, promueven actividades y medidas para prevenir los suicidios (Consejo General de la Psicología de España, 2009).

La OMS creó el recurso SUPRE (Organización Mundial de la Salud, 2012), con el fin de prevenir los suicidios. Se trata de instrumentos dirigidos a diferentes colectivos de la sociedad para implantar medidas y pautas con las que prevenir el suicidio.

En concreto se tratan nueve ámbitos:

- Un instrumento para médicos generalistas (Organización Mundial de la Salud, 2000): En este instrumento se expone a los médicos qué trastornos son los que más riesgo tienen, así como los factores de riesgo, los mitos, la forma de preguntar... Además, se crea un cuadro en el cual se dan unas pautas según el riesgo, se puntúa el riesgo del 1 al 6, a cada puntuación le corresponden unos síntomas, una evaluación y un plan de acción.
- Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación (Consejo General de la Psicología de España, 2009): La OMS creó este instrumento con la finalidad de señalar pautas para una correcta comunicación de los suicidios en los medios de comunicación. Este especial cuidado se debe al Efecto Werther, por el cual se cree que informar sobre actos suicidas no hará sino fomentar dichos actos entre la población receptora del mensaje. Así pues, las pautas son las siguientes:
 - Emplear la noticia como una oportunidad para educar a la población sobre el suicidio, erradicando mitos, expresando la multicausalidad del hecho, haciendo especial hincapié en que no es una buena forma de solucionar los problemas.
 - No emplear un lenguaje sensacionalista ni que dé a entender que el suicidio es algo normal y una solución a los conflictos.
 - No posicionar la noticia en las primeras páginas sino en las centrales.
 - No dar información detallada sobre el método empleado ni sobre el lugar concreto.
 - Tener mucha precaución con las palabras que se empleen en el titular, así como con las imágenes, tratando de no mostrar imágenes muy claras y con el permiso de la familia y allegados.
 - Tener especial cuidado con noticias de personajes famosos suicidados.

- Respetar la privacidad de los familiares y allegados.
 - Facilitar información sobre recursos disponibles.
-
- Un instrumento para docentes y demás personal institucional (Organización Mundial de la Salud, 2001): Es un instrumento en el que se exponen los factores de riesgo y de protección, así como situaciones de riesgo que deben aprender a detectar, y por último, se les dan una serie de pautas para saber cómo tratar con los jóvenes en situaciones de riesgo suicida.

 - Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud (Organización Mundial de la Salud, 2000): A los trabajadores de atención primaria de salud se les expone la realidad social actual de suicidio, así como los factores de riesgo (más concretamente se centran con detalle en los trastornos mentales, en las enfermedades físicas y en los factores sociodemográficos y medioambientales) y de protección. También se implantan unas pautas para saber cómo identificar al suicida, evaluar el riesgo de la situación, tratar con el suicida, y, por último, se especifican los recursos que tiene el individuo y cómo emplearlos.

 - Prevención del suicidio en cárceles y prisioneros (Organización Mundial de la Salud y Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, 2007): Se explica que los reclusos son un grupo con un alto riesgo de suicidios, y por ello es importante la prevención. Para ello se establecen una serie de perfiles, con el fin de detectar dichas situaciones, y también se explican los factores de riesgo existentes. En otra sección se establecen las pautas para una correcta evaluación y manejo de conductas suicidas.

 - Prevención del suicidio recurso para consejeros (Organización Mundial de la Salud, 2006): Se especifican los factores de riesgo y de protección, así como los mitos. También se dan señas para detectar, evaluar y controlar los comportamientos suicidas. Y, por último, se establecen una serie de recursos para consejeros.

 - Un instrumento para policías bomberos y otros socorristas de primera línea (Organización Mundial de la Salud, 2009): El contenido de este instrumento engloba por una parte los hechos y las cifras de suicidio, y, por otro lado, la contribución de estos colectivos para prevenir estas conductas. Para ello se establecen unas pautas para saber detectar las situaciones de riesgo suicida, y

cómo ayudar en esos casos, o en los casos en los que la persona lo haya intentado, tanto si se ha dado el resultado fatal como si no.

- ¿Cómo establecer un grupo de supervivientes? (Organización Mundial de la Salud, 2000): Se establecen para crear un grupo de apoyo mutuo, para su correcto funcionamiento para crear un grupo de apoyo mutuo, así como para su correcto funcionamiento. Se exponen así los factores de riesgo potenciales para el grupo y las estrategias para manejar dichos riesgos.
- Un instrumento en el trabajo (Organización Mundial de la Salud, 2006): Este instrumento se centra en el entorno laboral, exponiendo así los problemas de salud mental, y señalando la importancia de la búsqueda de ayuda. Por último se dan pautas a cada una de los colectivos del entorno laboral para saber cómo tratar a una persona en situación de riesgo suicida.

5.1.6. Teléfono de la Esperanza

El Teléfono de la Esperanza es un servicio telefónico (902 500 002; Navarra – 948 237 058) que atiende 24 horas los 365 días del año. Además de tener centros en casi toda España, en Navarra consta de un centro físico sito en la Rochapea, el cual consta de diversas salas para atención psicológica, talleres, y demás.

Su función es atender las llamadas de urgencia y recoger la información de las personas en un programa específico. En dicho programa apuntan la edad, el género y el problema, entre otras cosas.

Si el asunto es sobre suicidios estos datos se recogerán en el programa ATENSUI, en el cual se apuntan además los factores de riesgo, la urgencia de la situación, el lugar y todo lo necesario. Si la situación es extremadamente urgente se deriva la llamada a 112, policías o a aquellos que se considere necesario, mientras se habla con la persona para ganar tiempo, ya que en estos casos el tiempo es un factor esencial.

La llamada es anónima y no se graba, por lo que no se recogen datos del nombre de la persona y por supuesto la información que dé y que se apunte es confidencial, a no ser que sea necesario informar del problema a la policía por ser un caso urgente.

En cuanto al personal, hay voluntarios, que no tienen una especial formación en psicología, pero sí que han recibido los cursillos necesarios para trabajar en el centro y poder recoger la información de manera eficaz, así como atender llamadas. El equipo de psicólogos consta de 19 profesionales que trabajan tanto con adultos como con menores.

El Teléfono de la Esperanza es un servicio gratuito y se publicita en Internet, pues tienen un contrato con Google y Facebook.

En el caso de Google, cada vez que alguien busca algo que contenga la palabra “suicidio” aparece como primera opción un Teléfono Rojo, el cual tiene escrito el Teléfono de la Esperanza y el número correspondiente.

En Facebook, si alguien tiene conocimiento sobre una persona que tiene ideación suicida y que tiene claras intenciones de acabar con su vida, los datos de esas personas son transmitidos al servicio y este se pone en contacto con dicho individuo.

Además de recibir llamadas, recoger información y ofrecer tratamiento psicológico gratuito, el Teléfono de la Esperanza también lleva a cabo talleres y cursos de formación.

Una vez que se comienza el tratamiento psicológico con las personas con ideación o conducta suicida, los profesionales emplean lo que denominan “Contratos de vida”. Estos contratos sirven para que la persona se responsabilice de estar viva mientras dure el tratamiento. El hecho de firmar y que esté plasmado en un papel ayuda a las personas a concienciarse y a no buscar el suicidio como solución.

Se realizan dos tipos de intervención cuando una persona está en una situación de riesgo suicida:

- Intervención en crisis: es la primera intervención que se realiza cuando una persona está a punto de suicidarse y sirve para amortiguar dicha crisis.
- Intervención en la que se combina el tratamiento farmacológico con el psicológico: por lo general la persona recibe de 18 a 20 sesiones y luego se realiza un seguimiento.

5.2. Estructura del plan de prevención

Como ya hemos observado, la realidad en Navarra es que, a pesar de que las cifras estatales no son alarmantes a nivel europeo, y mucho menos a nivel mundial, dentro de nuestro Estado, Navarra es una de las Comunidades Autónomas que tiene una tasa de suicidios anuales mayor a la estatal. Además, se prevé que es un fenómeno que va in crescendo, he aquí la importancia de la creación de planes de prevención.

Lo ideal para prevenir el suicidio sería realizar, por un lado, planes que prevengan los factores que incrementan el riesgo de la ideación y de la conducta suicida, y por otro lado, crear planes para promover aquellos factores que disminuyen dicho riesgo. Por ejemplo, se podría fomentar la cohesión familiar y social, o disminuir los casos de depresión. También se lograría una mayor prevención si se actuase desde todos los ámbitos de la administración, sin embargo todo esto es muy complicado.

Es por ello que mi objetivo será únicamente hacer hincapié en los pasos más importantes a seguir y en la aportación de alguna idea.

5.2.1. Dar a conocer la existencia del fenómeno

El primer paso para prevenir las conductas suicidas es conseguir que el suicidio deje de ser un tabú. La población debe entender que es un acto doloroso y multicausal, y en ningún caso se deberá estigmatizar ni a la persona en sí, ni a sus familiares ni al resto de personas de su entorno.

En conclusión, el primer paso es concienciar a la población sobre la existencia de este fenómeno, así como educar y eliminar las creencias erróneas que giran en torno al mismo.

Una vez entendidas todas las distorsiones cognitivas existentes en nuestra sociedad en lo referente al suicidio, las personas deben conocer qué es la ideación suicida, el intento de suicidio y el suicidio, así como las señales y los factores de riesgo y de protección de personas con pensamientos o conductas suicidas.

Se debe hacer entender que todos podemos prevenir, o al menos intentar prevenir, un suicidio si tenemos los conocimientos necesarios. Detectar las señales es un punto clave para evitar una lesión futura fatal. Además, los factores de riesgo y de protección nos ayudan a saber si alguien cercano tiene un mayor o menor riesgo.

También se deben dar a conocer los diversos recursos existentes para este problema: profesionales (psicólogos y psiquiatras), centros médicos, teléfonos y demás. Sin esta información las personas, en muchas ocasiones, no saben a quién acudir.

Por todo ello, sería interesante promover talleres informativos y de concienciación a personas adultas. No es necesario hablar de detalles escabrosos sobre suicidios, pero sí sobre todo lo señalado anteriormente. Se deben explicar los sentimientos característicos de las personas con ideación suicida, así como educar sobre las técnicas de resolución de conflictos con el fin de desarrollar la resiliencia, que no es más que la capacidad para hacer frente a los problemas, traumas, estrés, etc. de una manera adaptativa.

Resumiendo, propongo una prevención en edades jóvenes para evitar problemas en la edad adulta. Concienciando a los progenitores o tutores legales se pretende que éstos a su vez eduquen a la población joven, evitando así muchos casos y logrando que esas personas, una vez que den el salto a la edad adulta, no se encuentren desinformadas.

La importancia de esta formación puede explicarse desde la Teoría de los Vínculos Sociales de Hirschi, la cual afirma que la delincuencia aumenta cuando los vínculos sociales se debilitan.

Esta teoría trató de explicar por qué había individuos que no delinquían, en lugar de por qué había otros que sí lo hacían. Para ello estudió diversos vínculos, siendo éstos el apego, el compromiso, la participación y las creencias.

El apego y las creencias son los vínculos que más interés suscitan para explicar este apartado.

En cuanto al apego, supone la cercanía emocional entre los jóvenes y los adultos, siendo los adultos más representativos los padres y los profesores.

Este vínculo supone una comunicación íntima e identificación afectiva, y por tanto, al romper las normas se está actuando en contra de las expectativas y los valores de los demás. Asimismo, cuando los jóvenes sienten ese vínculo de apego hacia sus padres u otros adultos, no quieren decepcionarles, es decir, sí les importan esas opiniones, dando lugar a un control conductual.

Este control puede ser directo o indirecto. El directo se ejerce en presencia de los adultos hacia los que existe el apego, y el indirecto se da cuando los padres o adultos no están presentes. A este control indirecto se le denomina “supervisión virtual”.

Si a este apego le añadimos además las creencias, se da una mayor internalización de las normas sociales.

Para este autor, las creencias son la aceptación de la persona de las concepciones morales y normas sociales. Así pues, el transgredir las normas dependerá del grado de aprobación que se tenga de esas normas sociales y morales, es decir, no es que no crean en esas normas y creencias, sino que no creen que deban cumplirlas.

Así pues, si estos dos vínculos son fuertes y los jóvenes tienen esa aceptación hacia las normas morales y sociales, y además de esto, sienten un intenso apego hacia los padres u otros adultos será más fácil que no se den conductas delictivas. En este caso no se trata de delitos sino de suicidios, pero estos vínculos actuarían de la misma manera (Hirschi, 2003).

Por tanto, estos talleres formativos para adultos lograrían potenciar tanto el vínculo del apego como las creencias, previniendo así conductas suicidas en los jóvenes.

TALLERES

Dirigido a: Padres, madres o tutores legales de los estudiantes de los centros educativos.

Lugar: En el centro educativo en cuestión, pidiendo permiso al director del centro.

Contenido:

- Conceptos (Anexos. Tabla 1).
- Mitos (Anexos. Tabla 2).
- Señales (Anexos. Tabla 3).
- Factores de riesgo (Anexos. Tabla 4), factores precipitantes (Anexos. Tabla 5) y factores de protección (Anexos. Tabla 6).
- Recursos (Anexos. Tabla 7).
- Técnicas de resolución de conflictos.
- Cohesión familiar y social: Se trabajará la comunicación en el entorno familiar y social y expresión de emociones, con el fin de fomentar el apego.

Ponentes: Un criminólogo y un psicólogo.

- Los cinco primeros puntos serán explicados por un criminólogo adecuadamente formado en dicha tarea.

- Los dos últimos puntos, es más que recomendable que sea un psicólogo cualificado quien se encargue de exponerlos:
 - Por un lado, porque se deberán mostrar las diversas formas de resolución de conflictos existentes. Enseñar a las personas a solucionar los problemas de una forma adaptativa es importante porque se consigue disminuir el riesgo de ideación y conducta suicida.
 - Por otro lado, porque se deberán dar pautas para una correcta comunicación, expresión de emociones, y cualquier otra idea necesaria para lograr una cohesión familiar y social.

5.2.2. Concienciación

El segundo paso consiste en dar a conocer el fenómeno a toda la sociedad, y mostrar que hay lugares a los que acudir. Es decir, propongo la creación de una campaña de concienciación a nivel mediático.

Debido al efecto Werther o efecto contagio, durante mucho tiempo los casos de suicidio no se han comentado en los medios de comunicación. Sin embargo, se ha comprobado que si la información se usa de una manera inteligente y con sensibilidad, puede llegar a prevenir conductas. Es por ello que, actualmente, existen una serie de medidas que se deben adoptar para poder anunciar las conductas de suicidio.

En conclusión, he tenido en cuenta todo lo referido al efecto Werther, así como las recomendaciones de la OMS sobre cómo tratar este tema en los medios de comunicación, y he creado tres ejemplos de guiones para spots publicitarios.

Debo añadir que en base a dichas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud:

- En estos spots no aparecen palabras como suicidio, muerte, solución, salida, oportunidad, posibilidad, ni ninguna otra palabra que pueda dar a entender que el suicidio es una forma de acabar con los problemas.
- No aparecen personas fallecidas, ni imágenes sobre muerte.
- No aparecen imágenes sobre métodos ni nada que pueda dar ideas a personas con ideación suicida.
- No se trata el tema de forma frívola, ni con alegría. De hecho, se centra en las emociones de aquellos que quedan tras el suicidio de una persona.

Además, en estos anuncios se trata de abarcar todas las franjas de edad.

CAMPAÑA DE SENSIBILIZACIÓN

- Objetivo:
 - Prevenir los suicidios.
 - Dar a conocer recursos.
 - Sensibilizar sobre una realidad social.
- Metodología:
 - Spot publicitario.
- Guion 1:

Una madre está haciendo el desayuno y le pide a su hijo (pequeño) que vaya a llamar al padre.

El niño entra en la habitación al grito de ¡Papá, que ya está el desayuno!, entra y cae un papel al suelo.

Lo coge, lo lee (se enfocan las palabras “Lo siento mucho, os quiero”).

Se enfoca la cara del niño, que es de terror, aparece la madre por detrás y el niño le da el papel a la madre, que se echa a llorar mientras abraza a su hijo.

A continuación fundido a negro y se pone una frase “No pidas perdón, pide ayuda” y se mencionan los recursos existentes (Teléfono de la esperanza, 112, y demás).

- Guion 2:

Un anciano llega a casa sonriente. Lleva un regalo en la espalda, a fin de dar una sorpresa a su mujer.

Y dice: ¡Cariño! Ya he llegado.

Ve un papel en el suelo del pasillo frente a una puerta “Perdóname”. Va hacia la puerta, la abre y la cara del señor es de tristeza absoluta.

El regalo se cae al suelo.

Fundido al negro y frase “No pidas perdón, pide ayuda” + recursos.

- Guion 3:

Una chica joven está en un banco, sentada, esperando.

Mira el reloj (como que se hace tarde) y de pronto le llaman al móvil. (Aparece el nombre de la amiga, por ejemplo Carla, y una foto de las dos).

La chica contesta al teléfono y tras oír algo se le cambia la cara (miedo):

- ¿Pero qué dices? Anda, deja de decir tonterías y ven ya, que llegas tarde.

(Al no oír nada dice) ¿Carla? ¿Carla?

La cara de la chica es de preocupación.

A continuación se escucha cómo se cuelga el teléfono.

Fundido al negro, frase (esta vez dirigida a las personas allegadas a la persona que se va a suicidar) “Un aviso no es una tontería. Tú también puedes ayudar, no ignores las señales” + recursos.

5.2.3. Familiares y allegados

Como último punto, existe un aspecto muy importante, tal y como se observa en la Guía de Práctica Clínica (Grupo de Trabajo de Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012), y es la intervención con aquellas personas del entorno de quien ha intentado suicidarse.

Los familiares y amigos también sufren consecuencias psicológicas tras la pérdida de la persona, pues no se trata únicamente del duelo, es decir, además de los sentimientos de pérdida comunes a la muerte de cualquier ser querido, el suicidio es especialmente trágico porque generalmente deja a las personas de su entorno con una gran incertidumbre sobre las motivaciones del fallecido. Se tiende a pensar que se podría haber hecho algo por evitarlo, que debían haber estado más atentos, y en definitiva, se culpan de la muerte del individuo. Por ello, tanto los familiares y allegados de los fallecidos por suicidio como los de personas que lo han intentado deben recibir intervención psicológica adecuada, ya que, uno de los factores de riesgo es tener un historial familiar con algún suicidio.

De hecho, existen una serie de secuelas psicológicas específicas asociadas a la pérdida de un familiar por suicidio (Jiménez Ruiz, 2013).

En los primeros momentos tras el suceso, se siente tristeza, la cual se somatiza mediante síntomas físicos, problemas para dormir y comer, etc. Posteriormente aparece la rabia que puede dirigirse ya sea hacia uno mismo o hacia otros, incluyendo al recientemente fallecido. Asimismo, aparece la angustia, el desconcierto y la frustración, todo ello acompañado de pensamientos obsesivos sobre el difunto, fantasías sobre los motivos, y demás.

Otro sentimiento que va a estar tremendamente arraigado va a ser la culpabilidad. A los sentimientos comunes por la pérdida de un ser querido hay que sumar las acusaciones que las personas se hacen a sí mismas por no haber evitado el hecho, por no haber podido decir algo, etc. Unido a esto se encuentra también el llamado fracaso de rol, el cual afecta sobre todo a las madres, las cuales no entienden cómo todas sus atenciones y sus esfuerzos de proteger a la persona han sido insuficientes.

Hay familiares que también tienen miedo de tener predisposición al suicidio o de padecer una enfermedad mental. Tampoco son poco comunes los sentimientos de traición y abandono, pues para los familiares y allegados el suicida es una persona que les ha traicionado y fallado.

También es común la casi obsesiva necesidad por hallar una respuesta lógica a la conducta del fallecido.

Otro sentimiento es el de vergüenza por el estigma que conlleva el suicidio, ya que en nuestra sociedad sigue siendo un tabú, independientemente del apoyo que el entorno social les brinden a los familiares y allegados.

Por último, se dan pensamientos distorsionados sobre la conducta del fallecido, viéndolo en ocasiones como un accidente, lo cual no es más que una estrategia de protección.

A estas personas que se quedan tras el suicidio se las llama sobrevivientes, y existen una serie de principios generales de intervención (Jiménez Ruiz, 2013), que son:

- El acompañamiento: se debe acompañar a la familia durante los procesos de reconocimiento de la realidad de la muerte, así como del reconocimiento de sentimientos de dolor y pena. También se debe reorganizar la estructura familiar y se les debe alentar a abrirse a nuevas relaciones y metas.
- Atemperar el sistema de impulsos: Es muy importante, sobre todo para los más jóvenes, mostrarles que los sentimientos de sufrimiento, fracaso en el logro de

metas y conflictos, son experiencias desagradables que deben contarse. Es decir, se les debe enseñar que existen situaciones difíciles y dolorosas que son normales e inevitables a toda vida humana.

- Relacionar el suicidio con la enfermedad: Una forma de calmar a los sobrevivientes es explicándoles la muerte por suicidio como un síntoma de una enfermedad mental.
- Separar la muerte del muerto mismo: Es vital hacer entender a la familia que lo realmente importante no es el cómo murió el ser querido, sino que ya está muerto.
- Conocer la estructura familiar y la función del fallecido en la familia: Para lograr una correcta intervención se debe conocer cómo funcional la familia y qué papel tenía el difunto en ella.
- Vencer los mecanismos de negación: Es importante que superen los mecanismos de negación, que acepten la realidad sin evitar expresiones que la hagan menos incómoda.
- Facilitar la expresión de sentimientos.
- Priorizar el duelo: Se debe establecer una jerarquía de dolientes, es decir, hay familiares que no tienen unos sentimientos tan intensos pero que por su personalidad tienden a acaparar las atenciones, esto es lo que se pretende evitar.
- Enseñar a manejar la culpabilidad: Es imprescindible normalizar los sentimientos de culpabilidad, pero se debe hacer entender a los sobrevivientes que ellos no tienen nada que ver en la decisión del fallecido. El suicidio siempre es una decisión propia.
- Explicar la importancia de tomarse su tiempo: Las familias y allegados deben comprender que cada cual necesita su tiempo para superar un hecho como este.

Otra forma de reconocer esta realidad ha sido la creación del Día Internacional del Sobreviviente o Internacional Survivors of Suicide Loss Day, el cual fue ideado en Estados Unidos y posteriormente se expandió al resto de países. Se celebra el tercer sábado de Noviembre.

En este día se reúnen los amigos y familiares de los fallecidos por suicidio, y se trata de crear un ambiente de apoyo en el cual cada uno pueda expresarse libremente y encuentre respeto y comprensión. Cada uno de esos espacios es denominado “sitio de conferencia” y sirve no sólo para reconocer a este colectivo sino también para ayudarles a superar el duelo.

Además, la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio (AFSP) envía de forma gratuita, a quien lo solicita, un programa de educación y sanidad que sirve como apoyo y guía a estas personas.

En cuanto a los que rodean a la persona que ha intentado cometer suicidio deberían, casi obligatoriamente, pedir orientación para saber cómo tratar a la persona, porque el entorno familiar y social puede ayudar mucho, pero también pueden dañar a la persona, y la forma de actuar de éstos puede ser determinante en la recuperación del individuo. Además, se ha demostrado que el intento de suicidio es uno de los factores de riesgo más gravosos (Grupo de Trabajo de Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012), de hecho, el riesgo puede durar hasta un año más tarde del intento, siendo crítico el periodo del alta hospitalaria.

Como puede observarse, ya existen pautas y principios para el tratamiento del duelo de los sobrevivientes de suicidio, pero haría falta desarrollar más guías y pautas para aquellos que deben convivir con una persona que ha llevado a cabo conductas suicidas no consumadas, y esto podría lograrse mediante una adecuada formación.

En definitiva, la prevención más eficaz es aquella que se basa en la formación de los más pequeños. La inculcación de valores y conocimientos en las edades más tempranas suponen menores tasas de conducta suicidas en la adolescencia, edad adulta y tercera edad.

PARTE III: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. CONCLUSIONES GENERALES

En este apartado trataré de englobar los aspectos más relevantes de este trabajo. Para ello, es necesario que realicemos una imagen mental de la realidad del suicidio hoy en día.

Se trata de un problema de salud pública presente en todo el mundo. Afecta en torno a un millón de personas al año, sin contar con los familiares y allegados, y no sólo no menguan las cifras, sino que va en aumento. Además, en la gran mayoría de países no se considera un acto ilícito, pero sí lo es la intervención de terceras personas, con excepciones como Oregón, Washington y Suiza, entre otros.

Dichas excepciones en la regulación jurídica tienen su origen en un cambio en la percepción social del suicidio, el cual cada vez se entiende más como un derecho que como un acto aberrante.

Tras leer el texto se puede constatar que, a nivel mundial, los suicidios son altamente más frecuentes en los hombres que en las mujeres, aunque se percibe que ellas son quienes más intentos autolíticos realizan. Pérez Camarero (2009) indica que ello probablemente se derive de la menor letalidad del método y de la ausencia de intencionalidad. En cuanto a las franjas de edad en las que más se dan son en la edad adulta, de los 30 a los 50 años, sin embargo el suicidio en los jóvenes de 15 a 29 años va en aumento. En relación al método, la suspensión, las armas de fuego y los pesticidas son los más empleados.

A lo largo de estas páginas se ha hecho hincapié reiteradamente en la gravedad del fenómeno, por lo que su prevención es altamente necesaria. Recientemente, la OMS realizó un detallado informe sobre el fenómeno del suicidio en el que incluía una gran cantidad de datos, recomendaciones y en definitiva, pedía la colaboración y la actuación a nivel internacional para tratar de reducir el 10% de los suicidios. Sin embargo, a pesar de existir una gran cantidad de estudios sobre el suicidio (médicos, psicológicos, psiquiátricos, sociológicos, revisiones sistemáticas, debates jurídicos, etc.) tan sólo 28 países cuentan con una estrategia de prevención nacional para el suicidio (World Health Organization, 2014), entre los que encontramos a Argentina, Australia, Canadá, Dinamarca, España, Reino Unido, Suecia, Suiza, Uruguay, entre otros. Las regiones que cuentan con un mayor número de estrategias son Europa y América. En España tan sólo hay una estrategia a nivel nacional y fue adoptada en el 2006 por la Confederación Española de Agrupaciones Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES).

La OMS establece los siguientes niveles de prevención:

- **Universales:** Están dirigidas a toda la población. Son estrategias encaminadas a incrementar el acceso a los sistemas de salud, promocionar la salud mental, reducir el daño por consumo de alcohol y otras sustancias, limitar el acceso a los medios para cometer suicidio, promover de forma responsable información sobre los suicidios en los medios de comunicación o concienciar a la población sobre la salud mental, los trastornos por abuso de sustancias y el suicidio.
- **Selectivas:** Tienen como objetivo incidir en grupos especialmente vulnerables, como pueden ser los individuos que han sufrido abusos o traumas, los que han sufrido un desastre (conflicto bélico o desastre natural), los inmigrantes y refugiados, y los sobrevivientes de un suicidio. Se pretende entrenar cuidadores que asistan a estas personas vulnerables así como ofrecer servicios de ayuda, como puedan ser teléfonos de ayuda. En España tenemos al Teléfono de la Esperanza como mayor referente para estos casos, y sin embargo apenas se hace publicidad del mismo.
- **Indicadas:** Son las dirigidas a personas concretas especialmente vulnerables. Estas estrategias se centran en el apoyo comunitario, el seguimiento de los que abandonan los centros de salud, la educación y formación para los trabajadores del área de la salud y una mejor identificación y gestión de los trastornos mentales y el abuso de sustancias.

Todas estas estrategias deberían tenerse en cuenta a la hora de crear un plan integral y multinivel de prevención, pues debido a la naturaleza multifactorial del suicidio, deben abarcarse una gran cantidad de ámbitos y de grupos de riesgo.

Ahora bien, es del todo necesario, e incluso urgente, solucionar los problemas que suscita la recogida de datos, que son esenciales para poder realizar programas de prevención y protocolos de actuación.

A nivel global resulta una tarea más que ardua, pues hay muchos países que no aportan datos, pero éste no es el único obstáculo. La auténtica traba deriva de la ineficacia de los sistemas de recogida de datos de los países los aportan. Miler y De Leo (2010) explican que en países de ingresos bajos hay una escasa disponibilidad de recursos y de profesionales para la investigación y prevención del suicidio. En consecuencia, resulta complicado conocer los grupos de riesgo porque muchas veces se obtienen datos fragmentados, es decir, no todos los años, ni todas las zonas, etc.

Y no sólo eso, sino que hay suicidios que no se reportan como tal por temas culturales, de estigmatización y de prohibiciones legales.

Sin embargo, esta cuestión también afecta a los países con ingresos medios y altos. En España mismo, en el año 2013, las cifras se incrementaron un 9.3% gracias a la colaboración entre el Instituto Anatómico Forense de Madrid y el Instituto Nacional de Estadística. Este aporte ha provocado que los datos del 2013 no puedan ser comparados con años anteriores, porque no resultaría fiable. Aunque como ya he expuesto con anterioridad, en este trabajo se han analizado los datos del 2013 y anteriores porque es lo más cercano a la realidad que hay ahora mismo a nivel nacional, aunque claramente se deberían volver a analizar todos los datos una vez recabados de todas las instituciones necesarias.

Como consecuencia de esta insuficiente e ineficaz recogida de datos nos encontramos con una gran cifra negra. Si el problema hoy por hoy ya alcanza unas dimensiones amplias, podemos deducir que esto no es más que la punta del iceberg. Por ello se hace necesario encontrar la forma de crear una base de datos unificada con una única clasificación para las distintas variables, así como una cooperación entre las distintas instituciones. Al hilo de lo comentado, podría aplicarse la autopsia psicológica⁷ para recolectar aquellas variables que el fallecido no pueda aportar como puede ser la presencia de trastornos mentales, la situación económica, la situación laboral, la situación familiar, etc.

En cuanto a la percepción de este fenómeno, aunque poco a poco se están dando pasos hacia la comprensión y la aceptación de esta realidad, sigue siendo un tabú. Es un problema del que no gusta hablar no sólo entre las personas sino tampoco en los medios de comunicación. Tiende a relacionarse, no erróneamente, con trastornos mentales, sin embargo, esto da lugar, por ignorancia y desconocimiento, a la estigmatización de los mismos. Esta estigmatización alimenta los prejuicios y da lugar a la desigualdad en el trato a estas personas, y en consecuencia, a la discriminación. También es una de las causas por las que las personas que están en riesgo no

⁷ Es un procedimiento empleado principalmente en los casos de muertes de etiología dudosa. Sirve para recabar datos sobre una persona fallecida con el fin de hallar información suficiente para conocer cómo se ha producido la muerte y cuál era la intención del individuo fallecido, aunque existen excepciones, porque puede emplearse para la investigación de suicidios que no han llegado a consumarse (Velasco Díaz, 2014). Para ello se deben tener en cuenta los factores económicos, sociales (incluye relación con familiares y amigos), ambientales, psicológicos, antecedentes de intentos de suicidio, etc.

acuden a los lugares en los que podrían proporcionarles ayuda. Para acabar con el estigma es necesario un cambio en la percepción social, y para ello son necesarios tres factores enumerados muy convenientemente en el informe de la OMS "*Preventing suicide*" (2014), y son: El conocimiento, el apoyo público (a través de la política) y una estrategia social como puede ser una respuesta nacional con el fin de lograr las metas que lleven a la prevención del suicidio.

Es destacable asimismo, el uso de explicaciones simplistas sobre las causas que originan las conductas suicidas, cuando en realidad influyen una cantidad ingente de factores. Ciertamente suele haber uno que es el desencadenante, es lo que comúnmente se conoce como "la gota que colma el vaso", pero detrás de éste hay muchos otros.

Un claro ejemplo de lo señalado en el párrafo anterior, es la relación que se ha hecho entre el suicidio y la crisis. Es cierto que los suicidios han aumentado, pero no por el hecho de entrar en crisis, es decir, esa situación económica es la que serviría en muchos casos como precipitante, pero previamente existen factores psicológicos, sociales y ambientales que predispondrían a la persona al suicidio. Y es relevante señalar esto porque los medios de comunicación cuando hacen referencia a una noticia de suicidio y lo relacionan con la crisis, no informan que hay otra cantidad de motivos detrás y esto aumenta la desinformación.

Al hilo de lo recientemente comentado, la crisis económica es, y con mucha razón, uno de los temas más comentados y reflexionados hoy en día. Su relación con las conductas suicidas no debe tomarse a la ligera, de hecho, se precisan más investigaciones al respecto. Lo único que sí puede decirse actualmente sin dar lugar a error, es que la crisis aumenta los trastornos como la depresión y la ansiedad (que están presentes en la gran mayoría de las personas que cometen conductas autolíticas), y además afecta más a las personas en edad de trabajar, por lo que no sorprende que ese grupo de edad sea el que más suicidios contabiliza. Por tanto, la crisis es uno de los tantos factores que inciden en el suicidio, pero no el único, aunque claramente incide en el desarrollo de otros factores de riesgo como pueden ser trastornos afectivos (depresión), pérdida del empleo, falta de autoestima, desesperanza, etc.

Como último punto de este apartado, pero no por ello menos importante, me gustaría hacer hincapié en la Victimología, la ciencia que estudia a las víctimas.

El suicidio, como bien se ha reiterado a lo largo de este trabajo, consiste en la muerte causada por uno mismo, en otras palabras, la misma persona que atenta contra el bien jurídico es al mismo tiempo quien sale perjudicado directamente por dicho acto. Sin embargo, aquí no puede hablarse de delincuente, porque el suicidio no está tipificado como delito, la persona que comete suicidio no es el autor de un delito, sino una víctima.

A lo largo de los años diversos autores han tratado de clasificar a las víctimas en distintas categorías, dependiendo de la relación entre el delincuente y la víctima, dependiendo de la intencionalidad, etc. Para las personas que cometen suicidio las dos clasificaciones más claras las encontramos con Mendelsohn y Neuman. Para el primero se trata de una víctima voluntaria, y para el segundo es una víctima individual con actitud victimal dolosa, es decir, con intención.

Según el artículo 1 de la Resolución 40/34, de 29 de noviembre de 1985 de la Organización de las Naciones Unidas (1985):

“Se entenderá por “víctimas” las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de los derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder.”

Además en el artículo 2 de esta declaración se señala que cuando se usa el término “víctimas”, se hace referencia también a los familiares y personas a cargo que tengan una relación inmediata con la víctima directa, por lo que en el caso del suicidio, los familiares y allegados también son víctimas de hecho. Es más, a la hora de crear planes y programas de prevención, también se tiene en cuenta a estas personas y se les presta ayuda, sobre todo porque uno de los factores de riesgo es que alguien cercano haya fallecido por suicidio, por lo que ayudar a los sobrevivientes (familiares y allegados de la persona que ha realizado un intento autolítico, tanto si se ha consumado como si no) es de vital importancia de cara a la prevención de posibles futuras conductas autolíticas.

Para finalizar, me gustaría resaltar que los casos de suicidio en España, según los últimos datos aportados por el Observatorio del suicidio para el año 2013, son 12 veces más que los casos de homicidio y 70 veces más que los de violencia de género (obviamente todos los fenómenos presentan cifra negra, pero aquí me refiero a las

cifras conocidas). De hecho, según la OMS los suicidios suman, en el mundo, más fallecidos que las guerras y los homicidios juntos. A pesar de ello, los programas y planes de prevención aunque ya han comenzado a realizarse, son escasos, no sólo en España sino también en el resto del mundo. Una mayor concienciación de este tema ayudaría a eliminar el estigma que conlleva y probablemente minimizaría el temor que sienten las personas para buscar ayuda.

Por tanto, es necesaria una actuación y una actitud preventiva desde todos los ámbitos de la sociedad. En primer lugar la familia y los amigos, que conforman la red de apoyo más importante para la persona; en segundo lugar la escuela, que debe aportar los valores y conocimientos necesarios para adoptar una actitud comprensiva hacia el suicidio y los trastornos mentales con el fin de erradicar el tabú y el estigma que rodea estas cuestiones; en tercer lugar los medios de comunicación, que sirven como herramienta de comunicación y aprendizaje, la función de informar si se realiza de forma inteligente, adecuada y responsable da lugar a un efecto preventivo en lugar de imitativo; en cuarto lugar las políticas encaminadas a la protección de las personas, desde la educación ya comentada hasta la sanidad (facilitando el acceso a la misma), pasando por políticas laborales y en general de protección social. Un ejemplo claro expuesto en casi todos los artículos de la OMS es el de obstaculizar el acceso a los medios para cometer suicidio.

2. DISCUSIÓN: UNA APROXIMACIÓN CRIMINOLÓGICA AL SUICIDIO

Este apartado reviste un carácter más personal pero no por ello prescindible. La Criminología es una ciencia multidisciplinar encargada de estudiar el delito, al infractor, la víctima y el control social del comportamiento delictivo. Debido a su carácter multidisciplinar, creo conveniente revisar las perspectivas anteriores y reflexionar con ellas un tema tan importante como es el que se aborda en este trabajo de fin de grado.

Tras haber revisado las anteriores perspectivas, se aprecia una evolución en la percepción social del suicidio. Tal y como sostiene Menno Boldt (1988, citado por Bille-Brahe, 2000), existen una gran cantidad de concepciones socio-culturales del suicidio que abarcan desde un pecado imperdonable, hasta un acto psicótico, un derecho humano, una obligación ritual, y un acto impensable, entre otros. Esta variedad de términos asociados al suicidio dependen tanto de aspectos culturales (la religión es uno de los factores fundamentales a la hora de percibir el suicidio de una u otra manera), como sociales y psicológicos.

A lo largo de la historia la percepción social de este fenómeno ha variado ampliamente. Resulta complicado saber con certeza qué posicionamiento mantuvieron las sociedades más primitivas respecto a este fenómeno, de hecho en Grecia consta tanto la prohibición del mismo como la posibilidad de realizarlo bajo ciertas circunstancias. Con la llegada del cristianismo pasó a convertirse en uno de los mayores pecados (aunque esto fue sobre todo influencia de San Agustín, y el suicidio se comenzó a condenar a partir del año 452, actualmente no se penaliza tanto este tipo de conductas desde el cristianismo). También era visto como un acto psicótico tan sólo realizado por personas con cierta psicopatología, posteriormente llega el auge de los derechos y libertades personales con la Revolución Francesa, y comienza a verse como un derecho de los individuos, lo que provocó su despenalización en la mayoría de países (Suárez Suárez, 2000). Este último punto queda plasmado con la evolución de las legislaciones revisadas en el apartado “El marco jurídico-legal de los comportamientos suicidas” (pág. 42) ya que el derecho evoluciona, aunque más lentamente, con los cambios sociales.

Así pues, llega el primer conflicto, la protección estatal del bien jurídico vida y el derecho a disponer de la propia vida. El debate comienza con una pregunta sencilla de realizar pero no tanto de responder, ¿hasta qué punto debe el Estado proteger la vida de sus ciudadanos, siendo ésta una de las más preciadas posesiones del ser humano?

Para poder responder a esta cuestión, debemos acudir al artículo 15 de la Constitución Española de 1978, que dice así:

“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra”

Por tanto, la vida es un derecho fundamental protegido por la constitución, y no está permitido realizar actos que puedan ocasionar daños a la vida ajena. Pero, en ningún momento se habla de no atentar contra la propia vida.

En la mayoría de países, a excepción de los nombrados anteriormente, ven el suicidio asistido y el auxilio al suicidio como actos ilegales, aunque bajo ciertas circunstancias las penas que corresponden al acto son más bien simbólicas y sirven para disuadir a la población de realizarlos, pero se entiende que al no revestir una mayor gravedad el

castigo no deberá ser muy severo⁸, es decir, se estaría aplicando la función simbólica del derecho penal. En algunos países incluso el suicidio es ilegal, a pesar de que si se consuma, la persona, lógicamente, no podrá ser penada.

En base a los estudios realizados puede afirmarse que la gran mayoría de las personas que se suicidan, en torno al 90%, deberían ser tratadas psicológicamente porque tienden a llegar a esas conclusiones debido a diversos trastornos. Sin embargo, considero correcto mantener una posición favorable hacia el suicidio en aquellas personas que, estando mentalmente sanas y capaces, hayan tomado una decisión meditada de forma libre. Pero, hay que recordar, que este conjunto de personas lo conforma una minoría muy restringida,

Además de todo lo expuesto, llega el segundo tema de conflicto, más relacionado con la eutanasia y el auxilio al suicidio. ¿Debe protegerse la vida o la vida digna?

En estos casos, en la mayoría de países, se consideran actos ilegales. Es decir, no se permite que terceras personas dispongan de la vida de otro, aunque este individuo se encuentre en una situación de sufrimiento como consecuencia de una enfermedad irreversible. No se permite ni que otras personas le proporcionen los medios necesarios para realizar el suicidio por sí mismo, ni que otras personas acaben con su vida en caso de encontrarse en una situación de incapacidad (ya sea física o mental).

Por ende, lo que el Estado está permitiendo al ilegalizar estas conductas es que personas que se encuentran en un “estado vegetativo” (cuando una persona no da señal alguna de consciencia y es incapaz de reaccionar), o personas que como consecuencia de alguna enfermedad sólo puedan mover la cabeza y hablar, o individuos que se encuentran sedados permanentemente por padecer dolores insufribles, pasen largas temporadas en hospitales mientras se consumen física y moralmente, y no sólo ellos sino también sus familiares. Con esto no quiero decir que haya que acabar con la vida de estas personas cuando se encuentren en alguna de estas situaciones, pero, si han elaborado previamente una declaración de voluntades anticipadas, y en ellas consta la eutanasia para estos casos, debería legalizarse y respetarse esta decisión (por supuesto siempre que haya sido meditada suficientemente y de forma libre).

⁸ Hablamos aquí de la cooperación al suicidio bajo circunstancias de enfermedad irreversible y que produce un gran dolor, por lo que se castiga a la persona con una pena pequeña que puede ser suspendida o sustituida. De esta forma la población ve que ese acto se castiga y no lo realiza, pero el sujeto activo no sale muy perjudicado porque se entiende que ha sido un acto humano y solicitado por el sujeto pasivo.

En conclusión, la vida debe vivirse, debe ser digna, debe ser de calidad, y cuando una persona, dándose las circunstancias expuestas, no quiere continuar viviéndola, lo más racional sería respetar su decisión y no castigar a quienes quieran ayudarla.

A pesar de todo lo expuesto, es necesario incluir un matiz, el del control. Todas las sociedades necesitan un control, unas normas, para lograr crear una comunidad con una convivencia medianamente pacífica, este hecho se ha dado desde las sociedades más primitivas hasta las más contemporáneas. Ello implica que todo derecho conlleva sus limitaciones, porque un exceso de permisibilidad puede dar lugar a consecuencias extremadamente graves. Por ejemplo, en Suiza, cuando se abrieron las instituciones que permitían la eutanasia, se comenzó a hablar de un “Turismo suicida”, haciendo referencia a la gran cantidad de individuos de todo el mundo que acudían allí para acabar con su propia vida. No obstante, aunque en dicho lugar la eutanasia no esté penada, existe una regulación, que como todo, deberá ir mejorándose con el tiempo. De modo que la legalización del suicidio asistido o el auxilio al suicidio, al igual que todos los derechos, no están exentos de una amplia regulación y control.

Además, y como última cuestión, al considerar a las personas que cometen suicidio como víctimas, ¿no estarían incurriendo los estados en una victimización secundaria al penalizar el suicidio, la eutanasia y el auxilio al suicidio?

De alguna manera se está obligando a un individuo a vivir cuando su deseo es el de morir, ya sea por padecimientos insufribles como consecuencia de una enfermedad física incurable, por causas psicológicas, o por cualquier otro motivo. En definitiva, la persona que quiere quitarse la vida porque, por diversos motivos, no la desea, está siendo obligada, por parte del Estado, a mantenerse en ella independientemente de si vive de forma digna o no.

Todas las cuestiones previamente expuestas se deben, sobre todo, a la regulación del suicidio, que va variando con los cambios sociales. Sin embargo, hay otros aspectos que van ajustándose a las sociedades contemporáneas, como es el caso de las tecnologías de la información. Estas últimas están asociadas al suicidio en cuanto a la imitación de estas conductas, que es lo que se conoce como Efecto Werther.

Este efecto tiene su origen en los incidentes ocurridos tras la publicación de la novela *“Las penas del joven Werther”* de Goethe, en 1774. En su obra el personaje principal decidía poner fin a su vida disparándose como resultado de un amor no correspondido. Tras publicar el libro y pasado un tiempo, se notificó cierto aumento en los suicidios así como en el método, que era el mismo que el de la obra. Es por ello

que 200 años más tarde de dicha publicación David Phillips, sociólogo, acuñó el término “Efecto Werther”. Hoy en día a este efecto también se le llama “Efecto Copycat” (Álvarez Torres, 2012).

Existe otro ejemplo como es el del libro “Final Exit” de Derek Humphry. Se trata de un libro sobre prácticas de suicidio y suicidio asistido. Tras su publicación se observó un aumento en la similitud del método de suicidio con el comentado en el libro, aunque no queda muy claro si también aumentaron el número de suicidios de forma relevante.

Pero no son los únicos hechos que demuestran esta tendencia. La OMS señala que en torno a 50 investigaciones sobre la imitación del suicidio llevan a la misma conclusión, y es que la información sobre suicidios transmitida por los medios de comunicación pueden llevar a conductas de imitación. Además, hay grupos de personas especialmente vulnerables, como jóvenes y personas con depresión (WHO, 2008).

Asimismo, ha de señalarse que el efecto reviste una mayor gravedad cuando el individuo que ha fallecido por suicidio se trata de un personaje famoso, tal y como expone Álvarez Torres (2012) al hacer referencia al estudio de Hawton et al. (1999), que demostraron un aumento en el método de suicidio similar al de uno de los personajes de una serie del Reino Unido.

Además, Gould et al. (2003, citados por Álvarez Torres, 2012) señalan claramente que *“ya no queda ninguna duda al respecto a la validez de los efectos contagiosos del suicidio”*, tras realizar un análisis bibliográfico de noticias de prensa de suicidio y su incidencia en los posteriores suicidios por imitación.

Existe otro fenómeno, el “Efecto Papageno”, que hace referencia a la prevención del suicidio a través de la comunicación responsable de la información. El nombre del efecto se debe al personaje análogo de la “Flauta Mágica” de Mozart, el cual evitó el suicidio cuando unos niños le revelaron las alternativas que la vida le podía ofrecer (Ramírez Herrera, Ures Villar, & Martínez Jambrina, 2015).

Debido al creciente desarrollo de las tecnologías de la información y al incremento de su uso por la población general, hoy en día cualquier persona puede conocer una noticia que ha pasado al otro lado del mundo, y puede lograr información sobre una cantidad ingente de temas. Es por ello que el uso inteligente, responsable y adecuado de información sobre asuntos tan graves como el suicidio puede ayudar a erradicar el estigma y a promover conductas de prevención.

Teniendo en cuenta lo anterior podemos ver que las nuevas tecnologías son un arma de doble filo, por un lado pueden suponer un efecto de imitación pero por otro lado también sirven para la prevención. El uso de folletos, carteles, la prensa, la radio, los teléfonos, la televisión e incluso internet, pueden servir como oportunidades de prevención.

De hecho, centrándonos en este último medio, las ventajas que ofrece son innumerables. Primero, es una vía que puede emplearse a cualquier hora y en cualquier lugar, por lo que las personas que se encuentren en una situación de crisis pueden acceder al mismo sin necesidad de acudir a un lugar físico y explicar su problema a personas físicas. Esto último promueve tanto la privacidad como el anonimato, lo cual para muchos individuos es más fácil y menos “vergonzoso” que llamar a un teléfono de ayuda o buscar profesionales. Es por ello que mucha gente acude a foros y blogs para informarse, pero esto tiene a su vez un alto riesgo, porque, a no ser que sea un experto quien se encargue de dicha página web, puede darse información negativa y en lugar de prevenir podría llegar a fomentar conductas autolíticas (Luxton, June, & Kinn, 2011). Sin embargo, Arroyo Fernández y Bertomeu Ruiz (2012) señalan que, Internet puede aumentar la ideación y las conductas suicidas debido a la falta de control de las personas que escriben en las páginas web, existen así una gran cantidad de espacios prosuicidas en los que se habla de los métodos, cómo conseguir los materiales, cuál es el mejor momento para realizar la conducta autolítica, etc. Señalan además una serie de métodos poco comunes que se han ido expandiendo por internet, como es el uso del helio, la inhalación de sulfuro de hidrógeno y la intoxicación por taxina⁹, entre otros.

La OMS, propuso dentro del programa SUPRE¹⁰ una herramienta para los profesionales de los medios de comunicación (WHO, 2008), con el fin de implantar medidas para prevenir el suicidio, y son las siguientes:

- La noticia puede emplearse como una oportunidad para educar a la población sobre el suicidio, erradicando mitos, expresando la multicausalidad del hecho (factores psicológicos, culturales, genéticos, socioeconómicos, etc.), haciendo especial hincapié en que no es una buena forma de solucionar los problemas.
- No se debe emplear un lenguaje sensacionalista ni que dé a entender que el suicidio es algo normal y una solución a los conflictos.

⁹ Elemento tóxico que se encuentra en el tejo, un arbusto de hoja perenne. (U.S. National Library of Medicine)

¹⁰ Este programa aparece expuesto más ampliamente en la Parte II de este trabajo (pág. 109).

- No hay que posicionar la noticia en las primeras páginas sino en las centrales, y tampoco debe realizarse una repetición innecesaria de las historias.
- No se debe dar información detallada sobre el método empleado ni sobre el lugar concreto, independientemente de si el suicidio ha sido o no consumado.
- Es necesario tener mucha precaución con las palabras que se empleen en el titular, así como con las imágenes y los vídeos, que no deben ser excesivamente claras y siempre deben contar con el consentimiento de la familia y los allegados.
- Tener especial cuidado con noticias de personajes famosos fallecidos por suicidio, pues son los que más pueden influenciar en las personas. Tampoco debe ponerse el suicidio como algo atractivo, y glorificar a una celebridad que ha puesto fin a su vida puede dar a entender que la sociedad entiende este acto como algo honorífico.
- Es fundamental respetar la privacidad de los familiares y allegados, pues se encuentran en una situación difícil y de riesgo.
- Facilitar información sobre recursos disponibles para pedir ayuda es algo más que recomendable (profesionales, páginas web, teléfonos de ayuda, instituciones, etc.).
- Los propios profesionales de los medios de comunicación pueden verse afectados por historias sobre el suicidio y por tanto deben buscar apoyo en los recursos disponibles.

En un estudio de Herrera, Villar y Jambrina (2015), en el que analizaron 148 noticias de suicidios recogidas de 5 prensas españolas diferentes durante un año (01/09/2011-30/09/2012), se constató el incumplimiento de las recomendaciones de la OMS. Como ejemplos está el carácter inexplicable del suicidio o la atribución de causas simplistas, la información que se da sobre el método, la falta de información sobre los antecedentes psicopatológicos de la víctima, así como de posibles medios de ayuda, etc.

Existe otro recurso desarrollado por la colaboración de una gran cantidad de instituciones (American Foundation for Suicide Prevention, y otros, 2012) en el cual se señala, además de lo recomendado por la OMS, que es importante no hablar del suicidio como una “epidemia”, ni señalarlo como un fenómeno inexplicable, simplista y repentino, tampoco deben reportarse los suicidios como si se tratase de crímenes sino como un problema de salud pública, es más positivo pedir consejo a expertos en prevención que pedir detalles a los policías, médicos o bomberos, sobre las razones

del suicidio, por último, no deben emplearse ciertas palabras como “sin éxito” o “intento fallido”, es mejor hablar de “murió por medio del suicidio” o “completado”. Asimismo, puede darse información sobre los factores de riesgo y de protección, las señales, los tratamientos disponibles, las líneas de ayuda, etc. Incluso las páginas y espacios de internet dirigidos por ciudadanos no expertos en prevención deben tener cuidado con el contenido de dichos medios, ya que en lugar de fomentar estas conductas pueden ayudar a disuadir a las personas con ideación suicida de llevarlo a cabo.

Además, y como prueba de la masiva información que puede encontrarse por Internet, si se introducen en el buscador de Google las palabras “cómo suicidarse”, nos encontraremos con aproximadamente 17 200 000 resultados, entre los que aparecen una cantidad ingente de blogs, foros y noticias. Sin embargo, como forma de prevención, el Teléfono de la Esperanza aparece como primera opción cuando alguien realiza este tipo de búsquedas. Ciertamente sería interesante la implantación de programas de prevención por Internet que permita conectar a las personas con los servicios y otros individuos con experiencias similares, así como crear un entorno interactivo y atractivo de apoyo y educación, aunque siempre deberá tenerse un control riguroso sobre estos ámbitos con el fin de evitar la incitación de conductas suicidas.

Como último punto de esta discusión es interesante estudiar la conexión entre el contexto actual de crisis económica y el suicidio. La relación entre el suicidio y las variables socioeconómicas no es novedosa, Durkheim y Hamermesh (citados por Domènech y otros, 2014) ya lo estudiaron en su época. Algunos autores opinan que cuando el individuo privado de empleo se percibe a sí mismo como inútil para el grupo, el riesgo de suicidio aumenta, así pues, el empleo no es sólo una forma de obtener sustento sino que se convierte en una forma de interactuar con el grupo (Milner, McClure y De Leo, 2012, citado por Domènech y otros, 2014). El trabajo por tanto, no nos aporta únicamente estabilidad económica para lograr objetivos o metas materiales, sino que nos proporciona estabilidad mental, ayuda a la interacción entre las personas y forma parte de todas aquellas variables que indican en el desarrollo de nuestra identidad personal. Es por ello que en los siguientes párrafos trataré de arrojar luz sobre la relación entre un momento de desestabilidad económica y la tasa de suicidios, a través de una revisión bibliográfica.

Muñoz Sánchez, García Jorge, García de Fernando García, Portabales Barreiro, Moreno Fernández, Ceverino Domínguez y Polo Usaola (2014) exponen la relación

entre los suicidios y la crisis económica en una revisión bibliográfica. En ella hacen referencia a un artículo que la *European Journal of Public Health* publicó en el 2013 sobre la situación de ambos fenómenos en España. En él se concluye el aumento de la tasa de suicidios en los años posteriores al 2008 (hasta el 2010, que es la fecha final de análisis), aunque este incremento es inferior a las tasas previas al 2005. Ramos (2012) añade que la tasa del 2012 es la más alta desde el 2005, aunque continúa siendo uno de los países con menos suicidios en Europa.

Volviendo a la publicación anterior, se incide en la relación entre la tasa de desempleo y las cifras de suicidio, dando lugar a un incremento del 0.79% tanto en suicidios como en homicidios por cada 1% de crecimiento de la tasa de desempleo (Muñoz Sánchez, y otros, 2014). Stuckler y McKee (2009, citado por Espino, 2014) además de verificar lo anterior, indican que un 3% de incremento del paro podría dar lugar a un crecimiento en la tasa de suicidios del 4.5%.

En Grecia, se observó un aumento del 60% en los suicidios a partir del 2007, según la publicación del *Lancet* (2013, citada por Muñoz Sánchez, 2014). En otro estudio realizado en este país en el que se analizó el impacto de los eventos de austeridad y prosperidad en los suicidios en una serie temporal interrumpida de 30 años, se concluyó el aumento de suicidios tras la crisis, pero además, se apreció que existían aumentos de la tasa tanto con el comienzo de la crisis en 2008 (en hombres) como con la toma de medidas de austeridad en 2011, sin embargo la aplicación de una medida de prosperidad en 2002 dio lugar al descenso de la tasa de suicidios (Branas y otros, 2015).

En Estados Unidos, tras analizar los ciclos económicos, se ha apreciado una tendencia de aumento de la tasa de suicidios durante las recesiones y la caída de dichas tasas durante las expansiones. Aunque este aumento afecta sobre todo a las personas en edad de trabajar. Lo mismo indica López Bernal (2013, citado por Ramos, 2014) tras realizar un estudio sobre las cifras españolas, por el cual concluye que a pesar de que durante el 2008 y el 2011 los suicidios han disminuido, los de hombres en edad de trabajar han aumentado. También se aprecia lo mismo en el Informe de 2013 de la OCDE (citado por Espino Granado, 2014).

Reeves (2012, citado por Muñoz Sánchez y otros, 2014) en Estados Unidos alude al incremento de la tasa de suicidios en un 3.8% como respuesta al aumento de la tasa de desempleo. Incluso se indica que esa tasa de desempleo podría explicar en torno al 25% del aumento de los suicidios. Asimismo se recalca dicha correlación entre el crecimiento del desempleo y de los suicidios. En Inglaterra, también se afirma esta

relación, pues las mayores tasas de suicidio se hallan en las regiones inglesas con mayores tasas de desempleo. A ésta última conclusión llegaron también Barr y otros (2012, citados por Ramos, 2014) tras realizar un estudio para conocer las consecuencias de la recesión en Inglaterra. E incluso Stuckler y Basu (2013, citados por Espino, 2014) alegaron esta relación en un estudio realizado en Italia, añadiendo además que tanto el aumento de la tasa de suicidios como de intentos autolíticos afectaba en su mayoría a hombres.

Sin embargo, Ramos (2014), en un trabajo en el que relacionó el suicidio con variables macroeconómicas en el periodo que abarca desde 1980 hasta el 2012, señaló que la tasa de desempleo estaba inversamente relacionada con la de suicidios. De hecho, hace hincapié en la relación entre la evolución del PIB y la de la tasa de suicidios, que parece ser más clara en el caso de los hombres. Para Domènech y otros (2014) sin embargo, no existe una relación clara entre factores socioeconómicos y suicidios, de hecho indican la necesidad de realizar estudios más adelante.

A pesar de lo dicho hasta ahora, absolutamente todo es cuestionable y está sujeto a crítica y duda, se hacen necesarios más estudios al respecto para poder verificar estas afirmaciones. En esta línea, se critica la explicación simplista que se hace sobre la correlación entre desempleo y suicidio, incluso se señalan ejemplos como Estonia, Lituania y Latvia, donde los suicidios no aumentaron con la llegada de la crisis, pero sí lo hicieron con la caída del muro de Berlín. De hecho, Fountoulakis (2013, citado en Muñoz Sánchez y otros, 2014) indica que las mayores tasas de suicidio se registran con crisis políticas más que económicas, señalando países como Argentina, Hungría y Ucrania.

En España, un estudio indica el aumento de las tasas globales de mortalidad con los momentos de crecimiento económico, mientras que las cifras de suicidio lo hacen en los periodos de recesión. Sin embargo, la cantidad de intentos autolíticos no parecen aumentar con la crisis económica según Miret y otros (2014, citados por Ramos, 2012) de la Universidad Autónoma de Madrid.

En Asia existen controversias en la relación entre desempleo y suicidio. Ciertamente los suicidios aumentan cuando lo hace el desempleo, pero no disminuyen cuando lo hace este. Aun así se recalcan ciertas características en los suicidios ocurridos en las zonas rurales de China, donde se cree que las variables socio-culturales (cultura tradicional, clase social, posición económica...) han sido determinantes (Muñoz Sánchez, y otros, 2014). Espino (2014) también hace referencia al gran aumento de

suicidios que hubo en Japón, Hong-Kong, Corea del Sur y Tailandia como el resultado del impacto de la crisis asiática de finales de los 90.

Para finalizar, hay que destacar la falta de consenso sobre la relación entre crisis económica y tasas de suicidio, pues los datos están sujetos a interpretaciones muy diversas y difieren de unos países a otros. Por ejemplo Miguel Roca (2013, citado por Ramos, 2014), señala la dificultad de realizar aseveraciones sobre la relación entre crisis económica y suicidio, y cita a Fountoulakis, el cual señala la falta de pruebas que defiendan dicha relación causa-efecto.

Pero, según Chang, Stuckler, Yip y Gunnell (2013) se observa claramente un aumento de suicidios a partir de la crisis económica mundial del 2008, incluso hace una distinción entre géneros indicando un mayor aumento en los hombres que en las mujeres. También señala que el impacto en Europa fue mayor para los hombres de 15 a 24 años y en América lo fue para los que abarcaban la edad de 45 a 64 años. Asimismo indica una relación entre la tasa de desempleo y los suicidios en 2009, y más concretamente en los hombres de los países con un nivel bajo de desempleo antes de la crisis.

En lo que sí se está de acuerdo es en que las políticas sociales dirigidas a la protección social y laboral inciden en el impacto producido por la crisis y previene el aumento de la tasa de suicidios. Esto se ha deducido por las tasas de suicidio durante épocas de cambio económico tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, los cuales no tienen sistemas de protección adecuados. De hecho, Karanikolos y otros (2013, citados por Muñoz Sánchez y otros, 2014) señalan como factores que incrementan el riesgo de suicidio la austeridad fiscal, el shock económico y la débil protección social derivados de la situación de crisis económica. La propia Unión Europea emplea el porcentaje de gasto público sanitario como predictor de las tasas de suicidio (Innamorati y otros, 2010, citados por Espino, 2014).

Después de todo lo expuesto he de introducir un factor distinto pero no por ello menos relevante. Ya sabemos que la relación entre suicidios y crisis no es concluyente, sin embargo, sí que existe una relación más que confirmada entre, por un lado, crisis económica y depresión y, por otro lado, entre suicidio y depresión.

El Teléfono de la Esperanza hace hincapié en este tema en el número 251 de su revista AVIVIR (2013) y señala que la crisis aumenta la depresión, el estrés y la ansiedad. Asimismo, la depresión conlleva la debilitación de las energías, la desvalorización de la persona, la desesperanza, el aislamiento social y la desconexión

comunicativa, entre otras. Y también indica que esta patología está asociada al 40% de los suicidios.

Así pues, como conclusión, podemos deducir que si la crisis aumenta la depresión, y la depresión está asociada al suicidio, existiría una relación entre la crisis y los suicidios, aunque no sea de forma directa. Es decir, la crisis sería uno más de todos los factores que aumentan el riesgo de suicidio, porque incide en otros muchos factores, diversas patologías mentales, inestabilidad social y familiar, inestabilidad económica, etc. Además, podríamos valorarlo como un factor precipitante en aquellos individuos que ya cuentan con cierta cantidad de factores de riesgo.

ANEXOS

PLAN DE PREVENCIÓN

Tabla 1. Conceptos

CONCEPTOS	
CDC*	SILVERMAN ET AL.
Violencia autoinfligida <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> { <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 5px;"> No suicida Suicida </div> </div>	Ideación suicida
Intento de suicidio <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> { <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 5px;"> Indeterminado Intento en sí Interrumpido </div> </div>	Comunicación suicida <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> { <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 5px;"> Amenaza suicida Plan suicida </div> </div>
Otros comportamientos suicidas <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> → <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 5px;"> Incluidos los actos preparatorios </div> </div>	Conducta suicida <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> { <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 5px;"> Autolesión Conducta suicida no determinada Intento de suicidio Suicidio </div> </div>
Suicidio	

CDC: National Center for Injury, Prevention and Control.

Tabla 2. Mitos

MITOS	
Creencia errónea	Evidencia
Preguntar puede incitarle a hacerlo.	Hablar sobre el suicidio con una persona en situación de riesgo reduce el riesgo y hace que el sujeto analice sus motivaciones.
Quien lo quiere hacer no lo dice.	Casi todas las personas que se quieren suicidar lo expresan.
Quien lo dice no lo hace.	Todas las personas que se han suicidado lo expresan previamente con palabras, gestos o cambios de comportamiento.
El suicidio es impulsivo, no se puede prevenir.	Todas las personas que van a cometer un suicidio lo avisan, ya sea mediante cambios de comportamiento, señales verbales o no verbales, y demás.
Sólo se da en personas con problemas graves.	El suicidio es multicausal. Catalogar un problema como grave es subjetivo, pues lo que para unos es una nimiedad para otros es una catástrofe.
Quien lo intentan no desean morir, sólo alardean.	Quien se intenta suicidar tiene deseos de vivir y de morir. Pero en ningún caso alardean. Son personas que ven como única salida o solución la muerte.
Si de verdad se hubiera querido matar, hubiera empleado un método más letal.	El método elegido para el suicidio no prueba de manera alguna el mayor o menor grado de deseo de morir de la persona. El método dependerá de muchas cosas como el acceso al mismo, el dolor que puede soportar la persona y demás.
Quien se repone de una crisis	Existe un mayor riesgo de suicidio tras un

suicida no corre peligro de recaer.	intento fallido de suicidio. Las personas tienden a reincidir durante la etapa de recuperación y tras darles el alta hospitalaria.
Quien intenta el suicidio está en peligro toda la vida.	Generalmente el riesgo disminuye con el paso del tiempo.
Quien se suicida está deprimida.	La depresión aumenta mucho el riesgo de suicidio, pero no todas las personas con depresión se suicidan.
Quien se suicida es un enfermo mental.	Es cierto que las personas con una enfermedad mental tienen un mayor nivel de riesgo, pero ello no implica que lo vayan a hacer. Aunque sobre el 90% de las personas que se han suicidado tenían un trastorno mental, por ejemplo: depresión mayor, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la personalidad antisocial, trastorno de la personalidad límite...
El suicidio se hereda.	A pesar de existir estudios al respecto, y de que sí que existe cierto componente genético, sigue siendo un fenómeno de causas tanto personales, como sociales y ambientales.
El acercarse a alguien en crisis suicida sin la preparación adecuada es perjudicial.	Lo mejor es acercarse pero con paciencia y ánimo de escuchar a la persona. El único problema surgirá si se le juzga.
Sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio.	Es cierto que son profesionales y están mejor preparados, pero cualquier persona puede ayudar a alguien en una situación de riesgo.
Aquel que intenta suicidarse no quiere morir, sólo pretende llamar la atención.	Este es un mito que se achaca sobre todo a las mujeres, porque estas tienen mayores cifras de intentos de suicidios que de suicidios consumados.
Únicamente los pobres se suicidan.	El suicidio es un fenómeno que se ha dado a lo largo de la historia, en todas las poblaciones, en

todas las culturas, en todas las clases sociales, en definitiva, cualquier persona puede cometer suicidio.

Tabla 3. Señales

SEÑALES	
VERBALES	NO VERBALES
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comentarios negativos sobre sí mismo o sobre su vida. <i>“No valgo para nada”</i>. ➤ Comentarios negativos sobre su futuro. <i>“Quiero terminar con todo”</i>. ➤ Comentarios relacionados con el acto suicida o la muerte. <i>“Quiero quitarme la vida pero no sé cómo”</i>. ➤ Despedidas verbales o escritas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cambios repentinos en la conducta. Puede suceder: <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la irritabilidad, ingesta de bebidas alcohólicas... • Periodo de calma y tranquilidad tras haber presentado gran agitación. ➤ Aparición de laceraciones recientes. ➤ Regalar objetos muy personales y valiosos para la persona. ➤ Cerrar asuntos pendientes. ➤ Preparar documentos para cuando no esté. ➤ Problemas para comer o dormir. ➤ Aislarse de los amigos o las actividades sociales. ➤ Perder el interés en el colegio, el trabajo o las aficiones, así como en su propia apariencia. ➤ Buscar información acerca de métodos para suicidarse.

Tabla 4. Factores de riesgo

FACTORES DE RIESGO	
Son factores que aumentan la posibilidad de que una persona se suicide.	

<i>Factores de riesgo individuales</i>	
Trastornos mentales	Depresión mayor, trastorno esquizofrénico, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta alimentaria, trastornos de personalidad antisocial y límite, abuso de alcohol y otras sustancias.
Factores psicológicos	Impulsividad, pensamiento dicotómico, dificultad de resolución de problemas, perfeccionismo, rigidez cognitiva y desesperanza.
Intentos previos de suicidios e ideación suicida	Los intentos previos son el predictor más fuerte. Durante los seis primeros meses e incluso en el primer año tras el intento el riesgo es muy elevado, sobre todo en la fase de recuperación y tras el alta hospitalaria.
Edad	Tradicionalmente existen unas franjas de edad que suponen un mayor riesgo: los adolescentes y los ancianos.
Sexo	Los hombres presentan mayor tasa de suicidios consumados y las mujeres de intentos de suicidio.
Factores genéticos y biológicos	Disfunción del sistema serotoninérgico central que provoca un menor control de los impulsos.
Enfermedad física o discapacidad	Sobre todo provoca mayor riesgo en personas de edad avanzada. Por lo general no se produce el suicidio sólo por la enfermedad física, sino que suele estar asociada a más causas, como una enfermedad mental.

<i>Factores de riesgo sociofamiliares y ambientales</i>	
Apoyo social y familiar	Es más frecuente en solteros, divorciados o personas que viven solas y carecen de apoyo social y familiar.
Pobreza	} Son eventos estresantes.
Pérdida de empleo	
Jubilación	
Trabajos con alto nivel de estrés y muy cualificados	
Nivel educativo	Se dan más suicidios en personas con un bajo nivel educativo.
Efecto Werther	La exposición a casos de suicidio cercanos o determinadas informaciones sobre suicidio en medios de comunicación se ha asociado a la conducta suicida.

<i>Otros factores de riesgo</i>	
Antecedentes de maltrato físico o abuso sexual durante la infancia	
Violencia de género	Las víctimas de violencia de género tienen un mayor riesgo.
Orientación sexual	No existe una base demasiado sólida al respecto pero varios informes afirman que existe un mayor riesgo en homosexuales sobre todo durante la adolescencia, lo que está relacionado con discriminación y falta de apoyo.

Acoso o Bulling	La violencia entre iguales en el ámbito escolar, así como fuera del mismo, es un factor de riesgo importante, sobre todo en las edades más jóvenes.
Fácil acceso armas/medicamentos/tóxicos	

Tabla 5. Factores precipitantes

FACTORES PRECIPITANTES
<p>Son sucesos vitales que precipitan el suicidio. Son acontecimientos que sirven como desencadenantes de la conducta suicida.</p> <p>Por ejemplo, la pérdida de un vínculo profundo (pareja, familiar...) o del empleo. También el aislamiento o las tensiones interpersonales.</p>

Tabla 6. Factores de protección

FACTORES DE PROTECCIÓN	
<p>Son factores que disminuyen el riesgo para que una persona se suicide cuando están presentes factores de riesgo.</p>	
Características psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Habilidad en la resolución de conflictos. ➤ Autoconfianza. ➤ Habilidades sociales. ➤ Flexibilidad cognitiva. ➤ Creencias y prácticas religiosas. ➤ Actitudes y valores positivos.
Factores familiares y sociales	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Presencia de apoyo familiar (hijos, hermanos...) y social (amigos y personas de confianza...) ➤ Buena integración social.

Tabla 7. Recursos

RECURSOS		
Profesionales	Centros médicos	Teléfonos
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psicólogos ➤ Psiquiatras 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Servicio de urgencias ➤ Hospital 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 112 ➤ Teléfono de la esperanza ➤ Teléfono de personas de confianza

ENTREVISTAS.

TELÉFONO DE LA ESPERANZA. *Alfonso Echávarri Gorricho*

¿En qué consiste el servicio?

El Teléfono de la Esperanza es un servicio telefónico (902 500 02, Navarra – 948 237 058) que atiende 24 horas los 365 días del año. Además de tener centros en casi toda España, en Navarra consta de un centro físico sito en la Rochapea.

En dicho centro tienen salas de atención psicológica.

Su función es atender las llamadas de urgencia y recoger la información de las personas en un programa específico. En dicho programa apuntan la edad, el género, el problema y demás.

Si el asunto es sobre suicidios estos datos se recogerán en el programa ATENSUI, en el cual se apuntan además los factores de riesgo, la urgencia de la situación, el lugar y todo lo necesario. Si la situación es extremadamente urgente se deriva la llamada a 112, policías o a aquellos que se considere necesario, mientras se habla con la persona para ganar tiempo, ya que en estos casos el tiempo es un factor esencial.

La llamada es anónima y no se graba, por lo que no se recogen datos del nombre de la persona y por supuesto la información que dé y que se apunte es confidencial, a no ser que sea necesario informar del problema a la policía por ser un caso urgente.

De hecho, incluso si llama un menor de edad, la confidencialidad prevalece, aunque se tratará de convencer a este de la importancia de informar a sus progenitores o cuidadores.

En caso de que se trate de una persona que está interna en un centro psiquiátrico, tras recibir la llamada de urgencia se comunica al centro lo sucedido.

¿Qué profesionales trabajan en el servicio?

Hay voluntarios, que no tienen una especial formación en psicología, pero sí que han recibido los cursillos necesarios para trabajar en el centro y poder recoger la información de manera eficaz, así como atender llamadas.

El equipo de psicólogos consta de 19 profesionales que trabajan tanto con adultos como con menores.

¿Qué tipo de llamadas reciben? ¿Y quiénes llaman más?

Reciben llamadas de todo tipo, desde personas con depresión, personas con ideación suicida o que el suicidio está en curso, mujeres víctimas de violencia género, maltratadores, personas con otro tipo de trastornos mentales....

También llaman los familiares para pedir orientación y ayuda psicológica, aunque generalmente llama la víctima.

Aunque las mujeres son las que menos problemas tienen para solicitar ayuda, en este caso, tanto las mujeres como los hombres llaman al servicio.

¿Se realiza seguimiento de las personas que llaman y están en grave riesgo?

En el caso de los suicidas sí que se les llama una vez que dejan el tratamiento en el centro.

¿Cómo se publicita el servicio?

El Teléfono de la Esperanza es gratuito y se publicita en Internet, pues tienen un contrato con Google y Facebook.

En el caso de Google, cada vez que alguien busca algo que contenga la palabra "suicidio" aparece como primera opción un Teléfono Rojo, el cual tiene escrito el Teléfono de la Esperanza y el número correspondiente.

En Facebook, si alguien tiene conocimiento sobre una persona que tiene ideación suicida y que tiene claras intenciones de acabar con su vida, los datos de esas personas son transmitidos al servicio y este se pone en contacto con dicho individuo.

¿Qué actividades se llevan a cabo?

Además de recibir llamadas, recoger información y ofrecer tratamiento psicológico gratuito, el Teléfono de la Esperanza también lleva a cabo talleres y cursos de formación.

Información adicional:

Los profesionales emplean lo que denominan “Contratos de vida”. Estos contratos sirven para que la persona se responsabilice de estar viva mientras dure el tratamiento. Le hecho de firmar y que esté plasmado en un papel ayuda a las personas a concienciarse y a no buscar el suicidio como solución.

Se realizan dos tipos de intervención cuando una persona está en una situación de riesgo suicida:

- Intervención en crisis: es la primera intervención que se realiza cuando una persona está a punto de suicidarse y sirve para amortiguar dicha crisis.
- Intervención en la que se combina el tratamiento farmacológico con el psicológico: por lo general la persona recibe de 18 a 20 sesiones y luego se realiza un seguimiento.

Los elementos protectores más importantes en los suicidios son:

- La familia (dado que este es un factor de protección muy importante, se deberían promover políticas para mantener la cohesión familiar).
- La pareja, siempre y cuando funcione bien.
- Las creencias personales o religiosas.

Para la prevención son muy importantes aspectos como los aportes en la infancia (resiliencia), aspectos psicológicos, biológicos y sociales.

Según el experto, no existe un perfil determinado, pero estadísticamente sí que se denotan ciertas características comunes, como son:

- Varón.
- 45-50 años.
- Problemas familiares.
- Problemas económicos.
- Poco control de impulsos.

En cuanto a violencia de género, la terapia empleada con el maltratador es una terapia de choque cognitiva, en los que se tratan los problemas de autocontrol. Y mientras se realiza la terapia se aísla a la mujer.

FUNDACIÓN ARGIBIDE. *Iñaki Lorea*

Las preguntas realizadas sirvieron para confirmar lo ya expuesto en el trabajo sobre:

- Factores de riesgo, factores de protección y señales.
- Proceso de duelo.

Me proporcionó información sobre epigenética y me envió dos documentos al respecto. La epigenética supone que todos los comportamientos tienen una base genética, y es por esto que se estudia la base genética del suicidio.

Los estudios giran en torno a una hormona que segregamos en situaciones de estrés, está relacionada con la impulsividad. Esta hormona es captada por un receptor el cual la coge y libera otra que permite frenar esos impulsos. Por tanto, la mayor o menor cantidad de este receptor supone un mayor o menor control de los impulsos.

Se ha verificado que dependiendo de los tratos recibidos durante la infancia se tienen más o menos receptores. Pero, si posteriormente a la persona se le dan más cuidados, la cantidad de esos receptores puede aumentar.

Esto está relacionado con el suicidio en la medida en que se entiende como un acto impulsivo. De lo cual, se puede deducir que ese componente genético (que sería la cantidad de receptores que tenemos al nacer) puede ser modificado mediante los cuidados en la infancia y posteriormente, dando lugar a un incremento de dichos receptores y haciendo que la persona sea más capaz de controlar sus impulsos.

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO DE NAVARRA, Unidad de Violencia de Género.

Beatriz Gil

Se dan suicidios en los centros penitenciarios, al igual que fuera. En los casos de los penados por delitos de libertad sexuales el índice es mayor.

En caso de que un preso cometa un intento, o exista riesgo, se activa un protocolo de actuación. Primero se evaluará el riesgo de suicidio en el sujeto en cuestión y también será posible el acompañamiento a este por un interno sombra.

Los internos sombra son internos que están las 24 horas con el interno que ha intentado suicidarse o que tiene un alto riesgo. Otra posibilidad es que estos internos sean acompañados sólo durante las horas de la siesta y la noche.

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO DE NAVARA, Asesoría de Convivencia. *Cristina Satrústegui*

Hay 2 asesoras. Se creó la unidad en 2005 con el caso de Jokin En Fuenterrabía. Cuentan con un teléfono de ayuda y ofrecen servicios de ayuda, asesoramiento e intervención en casos de acoso o conflictos graves, y organizan la formación de profesores en conflictos escolares (mediación, acoso, etc.). Asimismo, organizan unas 55 actividades (cursos, talleres, seminarios...). También ayudan a centros a crear e impulsar planes de convivencia, ofertan mediación...

Tuvieron unos 200-300 casos en el 2013, de los cuales 286 eran situaciones conflictivas. Las familias también pueden solicitar este servicio, pueden pedir asesoramiento e intervención.

Los casos que tienen son:

- La mayoría acoso a alumno conflictivo o profesores con problemas con los alumnos.
- Violencia de género en adolescentes, aunque suelen acudir menos casos.
- Muerte o fallecimientos importantes en los centros.

El teléfono es gratuito y se publica en la web del departamento, así como en la radio y en los periódicos. Cada 2 años hacen una campaña-

En cuanto a la formación, dado que el profesorado público puede elegir 35 horas de formación en la materia y los cursos que se ofrecen, no están obligados a coger los cursos de convivencia. Sin embargo, este servicio ofrece múltiples cursos y son 55 actividades las que llevan a cabo, todo esto desde hace 8 o 9 años.

En el protocolo se acordó que a todos los profesiones se les oferte prevención al suicidio y desde educación se van a ofertar módulos de 10 horas.

En 2013 se formaron 1009 profesores en esta temática, y cada año ronda esa cifra.

No se tenía pensado en administración hacer un protocolo para los intentos de suicidio, pero actualmente ya existe uno que sirve para actuar antes, durante y después. Este protocolo está colgado en la web de educación.

Lo que ofrece es un modelo de intervención en centros. Son medidas de sensibilización, de arropar a la persona. Se busca la formación del profesorado, la creación de equipos de iguales, la colaboración de la familia con los centros...

En el momento de “durante el suicidio y la conducta suicidio”, se ofrece un sistema de comunicación efectivo y recursos.

En el momento de “después” se establece cómo proteger a la persona o si ha fallecido, cómo actuar con las personas que están en su alrededor, como los hermanos por ejemplo.

En cuanto al efecto contagio, los últimos suicidios que ha habido se saben. Se callan algo que los alumnos saben y eso no es bueno. En general, si se suicidan hay que hablar del asunto. Cuando se habla con ellos hay que abrir un espacio que permita abrir las emociones (escuchar, comprender...).

Sobre mi plan de prevención, señala que la formación a las familias, el problema está en sensibilizar a las familias para que vean que su formación es necesaria, que es positivo que aprendan a comunicarse, a escuchar, a resolver los conflictos de forma adaptativa, aprender algo de psicología también...

BRIGADA CIENTÍFICA DE LA POLICÍA FORAL. *Ubaldo Uriz.*

Se pide toda la información que haya. No se entra en la escena por miedo a contaminarla. Lo primero que se hace es comprobar que la persona está muerta, luego se avisa al CMC y luego el caso se deriva a la policía judicial.

La policía judicial recibe la información y se la pasa a la policía científica, estos llevan el material pertinente al lugar de los hechos.

Se acota la zona para no destruir las pruebas y entonces comienza a estudiarse la escena. Se comprueba que sea un suicidio y no un homicidio. En caso de que haya notas se realizará la pericia caligráfica.

Se recogen pruebas de todo tipo, dependerá del caso: si es un ahorcamiento, la cuerda, la medida del lazo, cómo está hecho el lazo...

Si el suicidio es en un río, suelen dejar ropas y siempre dejan algo. Por la forma de dejarse se sabe si es un suicidio o un homicidio. Pueden dejar notas en el coche, es muy importante mirarlo. En el resto hay de todo. Otros dejan notas en el ordenador y esto también se mira.

En el 2013, de los recogidos por la Policía Foral, hubo 36 suicidios, generalmente hombres. No hay diferencias en la metodología empleada para el suicidio dependiendo de la edad.

BASE DE DATOS

Los datos aquí presentes han sido obtenidos del Instituto Nacional de Estadística, del Instituto Navarro de Estadística y del Instituto Navarro de Medicina Legal.

CAUSAS EXTERNAS DE MORTALIDAD									
2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
258	271	271	243	225	232	239	195	217	214

	CAÍDAS ACCIDENTALES	ACCIDENTES DE TRÁFICO	SUICIDIOS	RESTO DE CAUSAS
2003	47	86	51	74
2004	54	93	54	70
2005	55	81	52	83
2006	59	57	46	84
2007	57	51	69	48
2008	66	45	49	72
2009	76	43	55	65
2010	65	42	41	4
2011	66	31	51	69
2012	78	39	44	53

PORCENTAJE DE SUICIDIOS/ACCIDENTES TRÁFICO POR CAUSAS EXTERNAS										
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Suicidios	19.77	19.93	19.19	18.93	30.66	21.12	23.01	21.02	23.5	20.56
Accidentes de tráfico	33.33	34.32	29.89	23.46	22.67	19.4	18	21.54	14.28	18.22

CIFRA DE SUICIDIOS EN ESPAÑA/NAVARRA POR GÉNERO, 2003-2012

	ESPAÑA			NAVARRA		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
2003	2650	828	3478	31	20	51
2004	2651	856	3507	38	16	54
2005	2570	829	3399	40	12	52
2006	2512	734	3246	39	7	46
2007	2463	800	3263	48	21	69
2008	2676	781	3457	34	15	49
2009	2666	763	3429	47	8	55
2010	2468	690	3158	32	9	41
2011	2435	745	3180	37	14	51
2012	2724	815	3539	36	8	44

POBLACIÓN POR PARTIDO JUDICIAL

	Mujeres	Hombres	Total
PAMPLONA	187540	180248	369274
AOIZ	31945	33714	65871
ESTELLA	31951	33171	65122
TUDELA	47996	48597	96593
TAFALLA	23241	24366	47617

SUICIDIOS POR PARTIDO JUDICIAL Y PORCENTAJE DE SUICIDIOS POR FALLECIDOS

	FALLECIDOS	SUICIDIOS	PORCENTAJE
PAMPLONA	27279	328	1.2%
AOIZ	3634	35	0.96%
ESTELLA	7143	51	0.7%
TUDELA	8752	68	0.78%
TAFALLA	4738	30	0.63%

PORCENTAJE DE LOS FALLECIDOS POR SUICIDIO POR PARTIDO JUDICIAL

	Suicidios	Fallecidos	Porcentaje
ESTELLA	51	7143	0,7
AOIZ	35	3634	0,96
PAMPLONA	328	27279	1,2
TUDELA	68	8752	0,78
TAFALLA	30	4738	0,63

SUICIDIOS POR MEDIO EMPLEADO POR AÑOS

	Asfixia	A.blanca	A.fuego	Intox.	Precip.	Sum.	Susp	Tráfico	Tren	Quem.
2003	0	1	2	8	13	7	19	0	1	0
2004	0	1	7	12	10	4	16	0	3	1
2005	0	1	4	8	20	2	15	0	2	0
2006	0	0	2	4	13	5	17	0	3	1
2007	0	0	6	13	19	3	23	0	4	0
2008	0	4	2	7	12	7	14	0	3	0
2009	0	7	3	7	13	5	18	1	1	0
2010	0	2	5	8	9	3	13	1	0	0
2011	0	1	7	13	11	3	15	0	1	0
2012	1	2	3	9	15	1	11	0	2	1
Total	1	19	41	90	135	40	162	2	20	2

MÉTODOS MÁS EMPLEADOS POR GÉNERO

	Suspensión	Precipitación	Intoxicación
Hombres	140	82	57
Mujeres	22	53	33

SUICIDIOS POR FRANJAS DE EDAD, GÉNERO Y AÑOS

	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M
11-20	1	0	1	0	2	0	1	1	3	1	3	1	3	0	3	0	0	0	0	0
21-30	6	6	10	5	9	2	7	0	4	2	4	0	8	0	4	1	3	0	2	0
31-40	7	0	7	0	7	5	6	3	8	1	5	4	9	1	2	3	5	1	4	2
41-50	0	5	2	4	4	1	6	1	11	7	5	1	7	2	6	2	10	6	9	3
51-60	2	4	8	5	6	0	7	0	8	3	6	2	4	0	7	1	4	2	11	1
61-70	4	2	7	1	3	2	3	0	4	4	2	1	4	0	5	0	5	3	4	1
71-80	5	2	2	0	5	2	5	1	6	1	4	4	4	4	1	1	4	1	2	1
81-90	6	1	1	1	4	0	4	1	4	2	5	2	8	1	4	0	6	1	4	0
91-100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
TOTAL	31	20	38	16	40	12	39	7	48	21	34	15	47	8	32	9	37	14	36	8

SUICIDIOS POR FRANJAS DE EDAD, GÉNERO Y AÑOS

	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M
Enero	1	1	2	1	7	1	4	0	1	1	2	1	5	2	0	0	1	2	1	1
Febrero	5	1	2	2	2	1	3	0	5	2	3	2	2	0	4	1	1	3	2	1
Marzo	2	2	1	1	3	1	4	1	3	2	2	1	6	2	2	1	4	3	3	0
Abril	3	3	3	1	5	1	1	2	4	1	2	3	7	0	5	0	2	2	5	1

Mayo	4	3	6	1	2	1	5	0	7	2	4	0	8	0	1	0	6	1	6	0
Junio	5	4	4	0	5	1	1	1	4	1	4	1	2	1	3	1	4	0	3	1
Julio	4	0	3	2	5	1	2	1	5	1	6	3	4	0	7	0	3	0	2	2
Agosto	1	1	4	2	3	1	4	0	5	3	3	0	1	3	6	3	3	1	4	0
Sept.	3	1	5	0	2	1	3	1	1	3	0	3	2	0	1	2	6	1	2	0
Octubre	1	1	3	3	4	0	5	0	6	0	4	1	2	0	3	0	1	1	0	0
Nov.	1	1	2	3	1	2	3	1	3	2	4	0	3	0	0	1	3	0	1	2
Diciem.	1	2	3	0	1	1	4	0	4	3	0	0	5	0	0	0	3	0	7	0
TOTAL	31	20	38	16	40	12	39	7	48	21	34	15	47	8	32	9	37	14	36	8

CIFRAS DE FALLECIDOS POR SUICIDIO NACIONALES/EXTRANJEROS POR GÉNERO

	Nacionales			Extranjeros		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
2003	2491	778	3269	159	50	209
2004	2493	804	3297	158	52	210
2005	2408	778	3186	161	51	212
2006	2512	734	3246	198	51	249
2007	2269	744	3013	192	56	248
2008	2447	719	3166	228	62	290
2009	2464	709	3173	198	53	251
2010	2272	625	2897	184	64	248
2011	2235	687	2922	198	58	256
2012	2519	738	3257	198	77	275
TOTAL	24110	7316	31426	1874	574	2448

SUICIDIOS EN ESPAÑA POR NACIONALIDAD			POBLACIÓN EN ESPAÑA POR NACIONALIDAD			
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Nacional	24110	7316	31426	198228086	206621014	404854070

Extranjero	1874	574	2448	23015308	20482174	43497482
Total	25803	7840	33643	221243394	227103188	448346474

PORCENTAJE DE SUICIDIOS EN ESPAÑA POR NACIONALIDAD				PORCENTAJE DE POBLACIÓN EN ESPAÑA POR NACIONALIDAD		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Nacional	88.23%	89.38%	88.81%	93.44%	93.32%	93.4%
Extranjero	11.77%	10.62%	11.19%	7.26%	7.32%	7.27%

PORCENTAJE DE MUJERES Y HOMBRES SUICIDADES ENTRE NACIONALES Y ENTRE EXTRANJEROS		
	Hombres	Mujeres
Nacional	76.72%	23.28%
Extranjero	76.55%	23.45%

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Gibb, B. E., Hankin, B. L., & Corenette, M. M. (2002). The Hopelessness Theory of Suicidality. En T. Joiner, & D. M. Rudd, *Suicide Science* (págs. 17-32). Springer.
- Agnew, R. (1998). The Approval of Suicide: A social-psychological model. *Suicide and life-threatening behaviour*, 28(2), 205-225.
- Ajdacic-Gross, V., Weiss, M. G., Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F., & Rössler, W. (2008). Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 726-732.
- Álvarez Torres, S. M. (2012). Efecto Werther: Una propuesta de intervención en la facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación (UPV/EHU). *Norte de salud mental*, 10(42), 48-55.
- American Foundation for Suicide Prevention. (2015). *Suicide Warning Signs*. Obtenido de American Foundation for Suicide Prevention: <https://www.afsp.org/preventing-suicide/suicide-warning-signs>
- American Foundation for Suicide Prevention. (s.f.). *International Survivors of Suicide Loss Day - Novembres 22, 2014*. Obtenido de American Foundation for Suicide Prevention: www.afsp.org/coping-with-suicide-loss/international-survivors-of-suicide-loss-day
- American Foundation for Suicide Prevention, Anneberg Public Policy Center, Columbia University Department of Psychiatry, National Alliance on Mental Illness, Substance Abuse and Mental Health Serv. Adminis., & Suicide Awareness Voices of Education. (2012). *The Recommendations for Reporting on Suicide*. Obtenido de Recommendations for Reporting on Suicide: <http://reportingonsuicide.org/Recommendations2012.pdf>
- American Psychological Association. (2015). *Suicide warning signs*. Obtenido de American Psychological Association: <http://www.apa.org/topics/suicide/signs.aspx>
- Arroyo Fernández, A., & Bertomeu Ruiz, A. (2012). Métodos suicidas e Internet. *Revista Española de Medicina Legal*, 38(4), 143-148.

- Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA). (2008). *Suicidio e Intento de Suicidio*. Santander: AEPNYA.
- Biblioteca de Legislación Serie Menor. (2003). *Constitución Española* (3 ed.). Madrid: Thomson-Civitas.
- Bille-Brahe, U. (2000). Sociology and Suicidal Behaviour. En K. Hawton, & K. V. Heeringen, *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (págs. 193-207). Chichester: Wiley.
- Branas, C. C., Kastanaki, A. E., Michalodimitrakis, M., Tzougas, J., Kranioti, E. F., Theodorakis, P. N., . . . Wiebe, D. J. (Febrero de 2015). The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis. *BMJ Open*, 1-11.
- Cardona, G., & Ladino, F. M. (2009). Conducta suicida en la localidad de Kennedy: Análisis y estrategias de prevención desde el modelo de sobreposición de Blumenthal. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 10(1), 23-38.
- Chang, S.-S., Stuckler, D., Yip, P., & Gunnell, D. (2013). Impacto of 2008 global economic crisis on suicide: time tren study in 54 countries. *BMJ*, 347-362.
- Conseil National De L'Ordre Des Médecins. (2012). *Code De Déontologie Médicale* (Novembre 2012 ed.). Paris: Conseil National De L'Ordre Des Médecins.
- Conseil National de l'Ordre des médecins. (04 de 10 de 2012). *Conseil National de l'Ordre des médecins*. Obtenido de <http://www.conseil-national.medecin.fr/fin-de-vie-1226>
- Consejo General de la Psicología de España. (10 de 09 de 2013). *El dolor físico intenso y la desesperanza, principales motivos para el suicidio*. Obtenido de Infocop: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4681&cat=
- Consejo General de la Psicología de España. (10 de 10 de 2006). *INFOCOP*. Obtenido de Reducir el riesgo de suicidio: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1072
- Consejo General de la Psicología de España. (10 de 10 de 2006). *INFOCOP*. Obtenido de Factores de riesgo en el suicidio: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1070

- Consejo General de la Psicología de España. (15 de 10 de 2007). *Infocop*. Obtenido de El suicidio... ¿Un "rasgo de modernidad"?:
http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1562
- Consejo General de la Psicología de España. (10 de 9 de 2009). *INFOCOP*. Obtenido de Jóvenes, suicidio y medios de comunicación - 10 de Septiembre, Día Mundial para la Prevención del Suicidio:
http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2508
- Consejo General de la Psicología de España. (20 de 12 de 2012). *INFOCOP*. Obtenido de Se aprueba una Proposición No de Ley para reforzar las medidas de prevención del suicidio: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4346
- Consejo General de Procuradores de España. (s.f.). *Consejo General de Procuradores de España*. Obtenido de Partidos judiciales de la provincia de Navarra:
www.cgpe.net/provincia.aspx?idprovincia=31
- Conwell, Y., & Duberstein, P. R. (2001). Suicide in Elders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932, 132-150.
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J., Forbes, N., & Caine, E. D. (1998). Age Differences in Behaviors Leading to Completed Suicide. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 122-126.
- Conwell, Y., van Orden, K., & Caine, E. D. (2012). Suicidio en ancianos. *Psiquiatría Biológica*, 19(4), 127-136.
- Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (15 de 04 de 2009). Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias. *Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2006 (1)*, 13(1), 1-4.
- Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (15 de 04 de 2009). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2006 (y 3). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias*, 13(3), 9-12.
- Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (15 de 04 de 2009). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2006 (2). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias*, 13(2), 5-8.

- Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (20 de 02 de 2010). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2007 (2). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias*, 14(5), 17-20.
- Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (01 de 09 de 2010). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2008 (1). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias*, 15(1), 1-4.
- Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (01 de 09 de 2010). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2008 (2). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias*, 15(2), 5-8.
- Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (01 de 09 de 2010). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2008 (y 3). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias*, 15(3), 9-12.
- Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (20 de 02 de 2010). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2007 (1). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias*, 14(4), 13-16.
- Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (20 de 02 de 2010). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2007 (y 3). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias*, 14(6), 21-24.
- Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (10 de 05 de 2011). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2009 (2). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias*, 16(2), 5-8.
- Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (10 de 05 de 2011). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2009 (y 3). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias*, 16(3), 9-12.
- Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (10 de 05 de 2011). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2009 (1). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias*, 16(1), 1-4.
- De Miguel Sánchez, C., & López Romero, A. (2006). Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia. (S. Arán Ediciones, Ed.) *Medicina Paliativa*, 13(4), 207-215.

- Death With Dignity National Center. (2015). *Death With Dignity National Center*.
Obtenido de <http://www.deathwithdignity.org/history>
- Dirección General de Instituciones Penitenciarias. (2005). *Programa Marco de Prevención de Suicidios*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Domènech, A., Gili, M., Salvá, J., Homar, C., Sánchez de Muniain, M., Llobera, J., & Roca, M. (2014). Variables socioeconómicas asociadas al suicidio. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y psiquiatría de enlace*(111), 15-23.
- Durá Llopis, M. (2009). Perfil socio-cultural del suicidio infantil. *Isla de Arriarán: revista cultural y científica*(34), 301-308.
- Durkheim, É. (2004). *El Suicidio*. Buenos Aires: Losada.
- Echávarri Gorricho, A. (2013). Retrato psicológico de una persona con depresión. *AVIVIR*(251), 18-23.
- Echeburúa, E., & de Corral, P. (2004). Raíces Psicológicas del Fanatismo Político. *Análisis y Modificación de Conducta*, 30(130), 161-176.
- Espino Granado, A. (2014). Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(122), 385-404.
- EXIT. (s.f.). *EXIT*. Obtenido de <http://www.exit.ch/en/>
- Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales. (2012). *Informe de resultados de la investigación. Acoso escolar homofóbico y riesgo suicida en adolescentes y jóvenes LGB*. FELGTB.
- Frías Ibáñez, Á., Vázquez Costa, M., Del Real Peña, Á., Sánchez del Castillo, C., & Giné Servén, E. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*(103), 33-48.
- Fundación Salud Mental España. (2015). *España 2013. Suicidios*. Madrid: FSME.
- Fundación Salud Mental España. (2015). *Navarra 2013. Suicidios*. Madrid: FSME.
- García Jalón, E., & Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(3), 87-96. Obtenido de Suicidio y riesgo de suicidio.

- General Assembly of the State of Vermont. (2013). Patient choice at end of life. En G. Assembly, *Vermont Statute* (págs. 5281-5292). Vermont: General Assembly of the State of Vermont.
- Gimbernat Ordeig, E., & Mestre Delgado, E. (2014). *Código Penal. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre* (20 ed.). Madrid: Tecnos.
- Giner Jiménez, L. (2010). *Diferencias en la conducta suicida. Estudio comparativo entre los intentos de suicidio y suicidio consumado*. Madrid.
- Gobierno de Navarra. (2014). *Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y actuación ante conductas suicidas*. Navarra: Gobierno de Navarra.
- Gómez Pardiñas, S. M. (2013). *Interconsulta Psiquiátrica en un Hospital General. Intentos de Suicidio y Factores Relacionados (1997-2007)*.
- Grupo de Trabajo de Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Consellería de Sanidad.
- Hass, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'augelli, A. R., . . . Clayton, P. J. (2011). Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations: Review and Recommendations. *Journal of Homosexuality*, 10-51.
- Hirschi, T. (2003). Una Teoría del Control de la Delincuencia. *Capítulo Criminológico*, 31(4), 5-31.
- Hospital Santa Creu i Sant Pau y Centre Psicoteràpia Barcelona-Serveis Salut Mental. (s.f.). *Plan Prevención Suicidio. Eixample Dreta*. Obtenido de www.suicidioprevencion.com/index.php?lang=es
- House of Lords. (8 de 1 de 2004). Assisted Dying for the Terminally Ill Bill. London, United Kingdom: House of Lords.
- Instituto de Estadística de Navarra. (s.f.). *Instituto de Estadística de Navarra*. Obtenido de www.cfnavarra.es/estadistica/redie.asp?qry=0101
- Instituto Nacional de Estadística. (s.f.). *Instituto Nacional de Estadística*. Obtenido de www.ine.es

- Jiménez Pietropaolo, J., Martín Ulloa, S., Pachecho Tabuenca, T., Pérez Iñigo Gancedo, J., Robles Sánchez, J., Santiago García, P., & Torras García, A. (2011). *Guía para familiares. Detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental*. Madrid: Salud Madrid y FEMASAN.
- Jiménez Ruiz, J. (2013). La familia del suicida. (T. d. Esperanza, Ed.) *avivir*(250), 26-32.
- L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse. (1937). *Code pénal suisse*. Confédération suisse.
- Luxton, D. D., June, J. D., & Kinn, J. T. (2011). Brief Communication. Technology-Based Suicide Prevention: Current Applications and Future Directions. *Telemedicine and e-Health*, 17(1), 50-54.
- Milner, A., & De Leo, D. (2010). Suicide research and prevention in developing countries in Asia and the Pacific. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 795-796.
- Ministerio de sanidad, política social e igualdad. (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Madrid: Ministerio de sanidad, política social e igualdad.
- Muñoz Sánchez, S., García Jorge, P., García de Fernando García, S., Portabales Barreiro, L., Moreno Fernández, L., Ceverino Domínguez, A., & Polo Usaola, C. (2014). Conducta suicida y crisis económica. *Norte de salud mental*, 12(48), 36-43.
- National Assembly. (10 de 6 de 2014). Bill 52. An Act respecting end-of-life care. Québec: Québec Official Publisher.
- Negredo López, L., Melis Pont, F., & Herrero Mejías, Ó. (2010). *Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Oregon Public Health Division. (s.f.). *Death With Dignity Act*. Obtenido de Oregon.gov: <https://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Pages/index.aspx>

- Organización de las Naciones Unidas. (1985). *Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder*.
Obtenido de <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/40/34&Lang=S>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Prevención del suicidio: ¿Cómo Establecer Un Grupo de Supervivientes?* Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Prevención del Suicidio: Un Instrumento para Médicos Generalistas*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Prevención del Suicidio: Un Instrumento para Trabajadores de Atención Primaria de Salud*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Prevención del Suicidio: Un Instrumento para Docentes y Demás Personal Institucional*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Prevención del Suicidio: Recurso para Consejeros*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Prevención del Suicidio: Un Instrumento en el Trabajo*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Prevención del Suicidio: Un Instrumento para Policías, Bomberos y Otros Socorristas de Primera Línea*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Prevención del suicidio (SUPRE):
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de www.who.int/mental_health/publications/suicide_prevention/es/
- Organización Mundial de la Salud y Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio. (2007). *Prevención del Suicidio: En Cárceles y Prisiones*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud y Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio. (2007). *Prevención del suicidio en cárceles y prisiones*. Ginebra:
Organización Mundial de la Salud.
- Otero, H. (2013). La depresión, una crisis mundial. *AVIVIR*(251), 6-11.

- Palacio de Luxemburgo. (16 de 3 de 2009). Legislación que regula los cuidados paliativos así como la eutanasia y asistencia al suicidio. *Memorial. Diario Oficial del Gran-Duado de Luxemburgo*, 609-619.
- Parliamentary Assembly. (1999). *Recommendation 1418 (1999) Protection of the human rights and dignity of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying*. Obtenido de Council of Europe:
<http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=16722&lang=en>
- Pérez Barrero, S. A. (s.f.). *World Psychiatric Association*. Obtenido de
http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/a-idea-suicida.pdf
- Pérez Camarero, S. (2009). El suicidio adolescente y juvenil en España. *Revista de estudios de juventud*(84), 126-142.
- Pinto Rodríguez, M. E. (2006). *Suicidio Juvenil: Sociología de una realidad social*. Madrid.
- Pirkis, J., & Burgess, P. (December de 1998). Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *Br J Psychiatry*, 173, 462-474.
- Ramírez Herrera, R., Ures Villar, M. B., & Martínez Jambrina, J. J. (2015). El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto werther o efecto papageno? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*(125), 123-134.
- Ramos, M. E. (2014). Evolución del número de suicidios en España respecto a variables macroeconómicas. *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses*(13), 31-48.
- Real Academia Española. (s.f.). *Real Academia Española*. Obtenido de
<http://www.rae.es/>
- Ros Segura, L. (2009). *Los Procesos Ejecutivos en la Sobregeneralización y los Efectos de Positividad de los Recuerdos Autobiográficos en Jóvenes y Mayores*. Albacete: Universidad de Castilla-La Mancha.

- Roxin, C. (2013). Homicidio a petición y participación en el suicidio Derecho vigente y propuesta de reforma. *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, 66, 313-327.
- Rueda López, F. (2010). *Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares*. Andalucía.: Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Ryan, C. (2009). *Niños saludables con el apoyo familiar: Ayudar a las familias con niños gays, lesbianas, bisexuales y transgénero*. San Francisco: San Francisco State University.
- Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, M. A. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del Psicólogo*, 35(2), 181-192.
- Saugar, A. (2013). El paro y la crisis económica aumentan el número de deprimidos en España. *AVIVIR*(251), 42-45.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (1999). *Informe General 1996*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (1999). *Informe General 1997*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (1999). *Informe General 1998*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2000). *Informe General 1999*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2002). *Informe General 2000*. Madrid: Mnisterior del Interior.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2003). *Informe General 2001*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2003). *Informe General 2002*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2004). *Informe General 2003*. Madrid: Ministerio del Interior.

- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2005). *Informe General 2004*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2006). *Informe General 2005*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2007). *Informe General 2006*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2011). *Informe General 2009*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2011). *Informe General 2010*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2013). *Informe General 2012*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2014). *Informe General 2013*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (s.f.). *Gobierno de España. Ministerio del Interior. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias*.
Obtenido de
<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/prevencionSuicidios.html>
- Senado. (2001). Comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio y modificación del Código Penal y de la Ley reguladora de los funerales. Holanda.
- Senado de España. (22 de Enero de 2013). Boletín Oficial de las Cortes Generales. *Del GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL SENADO, por la que se insta al Gobierno a activar (662/000057)(145)*, 5. Obtenido de
http://www.senado.es/legis10/publicaciones/pdf/senado/bocg/BOCG_D_10_145_1096.PDF
- Sibón Olano, A., Martínez-García, P., Palacios Granero, R. J., & Romero Palanco, J. L. (Abril de 2005). Muerte por Ahorcadura. *Cuadernos de Medicina Forense*, 11(40), 145-149.

- Simón Cabodevilla, A., & Sanchis Cordellat, F. (29 de 11 de 2011). *INFOCOP*.
Obtenido de Perfil personal de adolescentes con ideación suicida patológica:
http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3674
- Suárez Suárez, A. (Febrero de 2000). *Disponibilidad sobre la propia vida y el derecho a morir con dignidad*. Obtenido de Noticias Jurídicas:
<http://noticias.juridicas.com/articulos/25-Derecho-Sanitario/20002-425582621022840.html>
- Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (15 de 05 de 2012).
Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2010 (1). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias*, 17(1), 1-4.
- Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (15 de 05 de 2012).
Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2010 (y 2). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias*, 17(2), 5-8.
- Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (12 de 08 de 2013).
Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2011 (y 2). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias*, 18(2), 5-8.
- Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (12 de 08 de 2013).
Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2011 (1). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias*, 18(1), 1-4.
- Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (01 de 08 de 2014).
Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2012 (1). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias*, 19(5), 17-20.
- Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (01 de 08 de 2014).
Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2012 (y 2). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias*, 19(6), 21-24.
- Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. (15 de 02 de 2008). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias. Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2005 (2)*, 11(11), 41-44.
- Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. (15 de 02 de 2008). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias. Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2005 (3)*, 11(12), 45-48.

- Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. (15 de 02 de 2008). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2005 (1). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias*, 11(10), 37-40.
- TAD. (2011). *Eutanasia, Suicidio Médicamente Asistido y Sedación en la Agonía*. Centro de Análisis y Propuesta Estratégica de Familia. México: TAD.
- Teléfono de la Esperanza. (s.f.). *Teléfono de la Esperanza*. Obtenido de Internacional Survivors of Suicide Day, 19 de Noviembre: [www.telefonodelaesperanza.org/noticias/view/4930/international-survivors-of-suicide-day, 19-de-noviembre](http://www.telefonodelaesperanza.org/noticias/view/4930/international-survivors-of-suicide-day,19-de-noviembre)
- Torras García, A., Jiménez Pietropaolo, J., Martín Ulloa, S., Pachecho Tabuenca, T., & Santiago García, P. (2012). *Guía de autoayuda. Prevención del suicidio ¿Qué puedo hacer?* Madrid: Salud Madrid.
- Tovilla-Zarate, C. A., & Genis Mendoza, A. D. (2012). Los genes, el sistema serotoninérgico y la conducta suicida. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 52-58.
- U.S. National Library of Medicine. (s.f.). *Yew poisoning*. Obtenido de Medline Plus: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002877.htm>
- Velasco Díaz, C. M. (2014). La Psicología Aplicada a la Investigación Criminal. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*(16-02), 1-41.
- Verwilghen, M. (28 de 5 de 2002). Loi relative à l'euthanasie. Bruxelles, Bélgica.
- Villalobos Galvis, F. H. (2009). *Ideación suicida en jóvenes: Formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior*. Granada: Universidad de Granada.
- Washington Government. (2009). *The Washington Death With Dignity Act*. Obtenido de Washington State Legislature: <http://apps.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=70.245&full=true#70.245.903>
- Weiss, J. M. (Enero de 1954). Suicide: An Epidemiologic Analysis. *The Psychiatric Quarterly*, 28(1), 225-252.
- World Federation of Mental Health. (2006). *WFMH*. Obtenido de Building awareness - Reducing risk: Mental Illness and suicide: <http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/12/wmhd2006-SPANISH-RIGHT.pdf>

- World Health Organization. (2008). *Preventing suicide: a resource for media professionals*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide. A global Imperative*. Geneva: World Health Organization.
- Zambrano-Enríquez Gandolfo, D. (2014). *Mortality and suicide risk in the evolution of child and adolescent psychopathology*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Zhang, J., Stewart, R., Phillips, M., Shi, Q., & Prince, M. (2009). Pesticide exposure and suicidal ideation in rural communities in Zhejiang province, China. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 745-753.