

C/ DIVINA PASTORA 6 Y 8 ENTREPLANTA 47. 004 VALLADOLID

ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Coordinador : VICENTE MARTÍN PÉREZ



Tlf. 983 210 329

www.copcyl.es

copcyl@cop.es

ÍNDICE

1. Introducción
2. Situación actual de la conducta suicida en España
3. La detección de la conducta suicida
 - 3.1. Manifestaciones de pérdida del sentido de vivir
 - 3.2. Verbalizaciones de muerte y/o soledad
 - 3.3. Disminución significativa de relaciones sociales
 - 3.4. Abandono de actividades gratificantes
 - 3.5. Indiferencia a los elogios
 - 3.6. Cambios en el aspecto físico y en la imagen corporal
 - 3.7. Drogas y/o medicación
 - 3.8. Circunstancias vitales traumáticas
 - 3.9. Exposición a riesgos innecesarios
 - 3.10. Desprenderse de posesiones y despedidas
4. Conclusiones

Bibliografía

Direcciones de internet

1. INTRODUCCIÓN

La Psicología como ciencia especializada en el estudio de la mente y el comportamiento humano vela por dar tratamiento al problema del suicidio.

En el Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León (COPCyL) nos encontramos con que un grupo de especialistas están interesados en abordar esta problemática en nuestra comunidad. Por ese motivo, el 1 de Julio de 2017 se crea el Grupo de Trabajo de Atención y Prevención de la Conducta Suicida.

Desde el mismo se pretende informar, formar, orientar, atender y prevenir la conducta suicida.

Se apuesta por una formación e intervención interdisciplinar donde la colaboración y coordinación son prioritarias. Y con el objetivo de aunar los esfuerzos de los diferentes profesionales implicados en esta problemática, se trata de aportar conocimientos y herramientas que ayuden a abordar el problema de forma efectiva.

Los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado están en primera línea en cuanto a tratar con personas vulnerables o con predisposición a presentar esta problemática. O sea, que en sus intervenciones, la Policía trata con personas que padecen problemas de salud mental y emocionales y de abuso de sustancias que constituyen factores de riesgo y que aumentan la probabilidad de que la persona presente una conducta suicida.

No obstante, también hay que considerar que este colectivo, la Policía, presenta una de las tasas más altas de suicidio en nuestro país.

Y por estos motivos, nos dirigimos a ustedes para tratar de facilitarles la **identificación de las señales de alerta de una posible conducta suicida** porque anticiparse a un suicidio puede salvar vidas.

2. SITUACIÓN ACTUAL DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ESPAÑA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara el **10 de Septiembre** como el día internacional de la prevención del suicidio.

El suicidio es reconocido como un importante problema de salud pública y la fuente principal de muertes prevenibles a escala mundial (OMS, 2009) y por lo tanto, también lo es en nuestro país. Y más concretamente, la Sociedad Española de Suicidología -Fundación Salud Mental España-, así lo considera.

En España hasta este momento ha prevalecido un desinterés histórico y generalizado por este problema personal y colectivo unido a un intenso oscurantismo mediático, social y político (que puede estar motivado por el miedo al contagio de la conducta suicida) que ha inhibido la implantación de medidas adecuadas para la disminución de su prevalencia.

Sin embargo hay que considerar que el suicidio es la principal causa de muerte no natural en España. Una de cada diez personas al día se suicida en España y 200 lo intentan.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2014 se registraron 3.900 casos anuales, 10 al día. Un año después se registraron, 3.602 suicidios, por lo que disminuye la tasa creciente de los 4 años anteriores.

Aún así, la tasa de suicidio duplica los accidentes de tráfico. Es 13 veces mayor que los homicidios y 67 veces mayor que los casos de violencia de género.

Y todavía no existen campañas de protección, prevención, ni a penas hay asociaciones de víctimas que hagan visible el problema. No se han puesto en marcha estrategias, ni planes de prevención y protección para las personas que presentan ideación suicida y para sus familias.

Los últimos datos recogidos por el INE son los que hacen referencia al año 2016. Estos indican que 3.569 personas se han suicidado. La cuarta parte, mujeres con un pico de 456 individuos entre los 30 y 39 años y cierta paridad entre los 15 y 89 años. Ese mismo año, 12 niños con una edad de 14 o menos años se quitaron la vida.

La forma de suicidio depende del entorno en el que se vive. En el medio rural, se ahorcaron (1.653) mientras que en la ciudad se precipitaron desde lugares elevados (904). Son menos los que se envenenan o se ahogan. La tasa de suicidio en España es de 7,6 por cada 100.000 habitantes. **Pero esta tasa puede ser mayor ya que: ahogamientos, envenenamientos, caídas u otros accidentes, pueden ocultar muertes por suicidio y no ser catalogadas como tales. Es necesario, por lo tanto, un protocolo de registro de casos homogéneo para todo el país.**

Actualmente el perfil más habitual es: varón adulto, con trastorno mental, principalmente depresión, con algún factor precipitante como: crisis conyugales, económicas o laborales.

En cuanto al género, 3 de cada 4 personas que se quitan la vida anualmente son varones. Ahorcamientos y armas de fuego son los métodos más usados por los hombres, mientras que saltar desde lugares elevados e ingesta de fármacos, es el método más usado en el caso de las mujeres.

Por otro lado, vemos que se pueden plantear una serie de propuestas de mejora para el futuro. Estas son las siguientes:

1. Que la ideación suicida y los casos de suicidio se puedan prevenir y reducir, con políticas y programas de prevención eficaces.
2. Que estos programas incidan especialmente en la población adolescente y anciana.
3. **Que es necesario proporcionar pautas prácticas de actuación a educadores, familiares, cuidadores y profesionales.**
4. **Que es importante difundir información veraz, científica, disminuyendo el oscurantismo y el estigma asociado históricamente al suicidio. Hablar adecuadamente sobre el suicidio ayuda a prevenirlo.**
5. Que hay que fomentar el aprendizaje de una adecuada gestión emocional desde la infancia y el afrontamiento de acontecimientos vitales estresantes.
6. **Que es necesario crear plan nacional de prevención del suicidio, con planes autonómicos adaptados a la casuística de cada comunidad y dotación económica para su puesta en marcha y ejecución.**

3. LA DETECCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Es fundamental una detección precoz para poder intervenir y prevenir el suicidio y, por tanto, estar alerta a los signos y síntomas que lo preceden.

A continuación se van a exponer **diez señales de alerta de riesgo de conducta suicida**:

3.1. MANIFESTACIONES DE PÉRDIDA DEL SENTIDO DE VIVIR

Las personas que pretenden suicidarse suelen realizar verbalizaciones sobre la pérdida del sentido de la vida. Pero la importancia que como valor social en una familia o grupo social se le da a manifestar la pérdida del sentido de vivir, puede influir en cómo la persona lo haga en el futuro. Véase el caso de un grupo manipulativo (sectas) en el cual los valores están relacionados con diferentes manifestaciones de la muerte con el grupo, por el fin del mundo, por no haber logrado los objetivos del líder, etc.

Otra variable a considerar es que en la familia haya habido muchos antecedentes de pérdida del sentido de vivir, con lo cual el aprendizaje de esas manifestaciones está dentro de la familia y el vínculo es más fuerte que en otras personas.

También que se presenten alteraciones funcionales. A estas nos referimos como estados emocionales negativos (pérdida de un ser querido, de un trabajo, situaciones de desesperanza en la pareja, estrés por falta de sueño...).

Por otro lado, la etapa de la vida en la que se encuentre la persona es muy importante. Y se pueden producir estas manifestaciones en la adolescencia, en la edad adulta o en la vejez, aunque es más probable que aparezcan en la última etapa del ciclo vital en que se acerca más el final de la vida.

En cuanto a las interacciones interpersonales hay que considerar una serie de variables:

- Habilidades de resolución de problemas: si ha tenido alguna posibilidad de solucionar problemas similares a lo largo de su vida o aprenderlos de otras personas.
- Habilidades específicas: soluciones específicas que haya aplicado la persona cuando se ha encontrado con manifestaciones de pérdida del sentido de vivir.

- Habilidades sociales: importante la manera en que las puede manifestar a su entorno (tanto este tipo de emociones negativas como cualquier otras, es decir, si el entorno cercano es facilitador). También encontramos aquí las habilidades para decir “no”, expresar emociones, etc.

Y ante una situación de riesgo de conducta suicida hay que prestar atención a las expresiones verbales del tipo:

- *Para qué estoy yo aquí*
- *Toda mi vida ha sido inútil*
- *Mi vida no tiene sentido*
- *No merece la pena seguir viviendo, etc.*

La presencia física es muy importante para detectar a las personas que pueden mostrar éste tipo de conducta porque normalmente mostrarán un aspecto desarreglado, con bajo interés por su imagen personal, sin afeitar en caso de hombres o sin arreglar su pelo, cara, imagen personal en general en el caso de las mujeres.

Además, hay que considerar la tasa de estimulación reforzante. Es muy importante aumentarla en personas que manifiesten la pérdida del sentido de vivir, porque suele ser baja, es decir, el número de actividades gratificantes (juegos, relaciones con los demás, participación en diferentes actividades...).

Actuación:

- Realizar una escucha activa y tratar de establecer una comunicación adecuada
- Empatizar y validar los sentimientos de la otra persona
- Explorar a ver si hay algo que le pueda dar sentido a su vida, valorar alternativas
- Averiguar cuáles son actividades gratificantes para la persona e incrementar su presencia y/o frecuencia

3.2. VERBALIZACIONES DE MUERTE Y/O SOLEDAD

Las personas que quieren llevar a cabo el suicidio suelen realizar verbalizaciones con respecto al tema de la muerte y la soledad.

Es importante dejar atrás el mito de que estas verbalizaciones son llamadas de atención, porque esas evocaciones verbales, son demandas de auxilio emocional y están revelando que, tras ellas, se esconden sentimientos de vacío, soledad, de deseos de modificar una situación vital que están experimentando y son incapaces de cambiar, porque fallan sus recursos y estrategias de afrontamiento internas y externas.

Hay que prestar atención a expresiones del tipo:

- *Soy una carga para los demás*
- *El mundo estaría mejor sin mí*
- *No valgo para nada*
- *Me siento solo e incomprendido*
- *La muerte es la solución a mis problemas*
- *Nadie puede ayudarme y prefiero morir...*

Actuación:

- No intentar quitar o restar importancia a las manifestaciones verbales que realiza, puesto que, tras ellas, hay todo un pensamiento elaborado y manifestaciones emocionales vividas con gran intensidad que les generan desesperanza y gran malestar.
- Dar siempre validez a sus verbalizaciones
- No confrontar la idea, ni minimizar su discurso verbalizado.
- Estar atentos a las advertencias verbales que nos informan de sus estados emocionales.

3.3. DISMINUCIÓN SIGNIFICATIVA DE RELACIONES SOCIALES

Siguiendo la línea de los dos aspectos anteriores, cuando la persona pierde el sentido de la vida es probable que tenga un estado de ánimo apático y depresivo; que cada vez más le moleste el contacto con la gente; que en medio de esa despedida inconsciente vaya zanjando relaciones y encerrándose más en sí mismo.

Este cambio de actitud es lo que le va a llevar al aislamiento social, situación objetiva de tener mínimos contactos con otras personas, bien sean familiares o amigos. Y a la soledad, sensación subjetiva de tener menor afecto y cercanía de lo deseado en el ámbito íntimo (soledad emocional), de experimentar poca proximidad a familiares y amigos (soledad relacional) o de sentirse socialmente poco valorado (soledad colectiva).

El aislamiento social (finalización brusca de amistades y relaciones sociales) es uno de los factores considerados como de riesgo a la hora de detectar conducta suicida, de ahí que se debe prestar especial atención a aquellas personas que experimentan cambios ostensibles en su comportamiento habitual que limitan sustancialmente su adaptabilidad social.

Hay que prestar atención cuando una persona comienza a alejarse de las personas de su entorno, cuando tiene menos contactos telefónicos, cuando no quiere quedar para realizar actividades que antes sí hacía, se le ve con un carácter cambiante y comenta que prefiere estar solo/a, deja de hacer actividades que antes le resultaban gratificantes...

Con respecto a los adolescentes, un artículo publicado en el **Journal of Adolescent Health** informó sobre cómo la preferencia por la soledad y el aislamiento social influye en la probabilidad de pensamientos suicidas y de auto-daño entre los adolescentes. **Esta investigación destaca la importancia de intervenir con los adolescentes que prefieren la soledad o están socialmente aislados.**

Actuación:

- Favorecer el que establezca una red social que le ofrezca apoyo
- Servir de mediador y/o de personal de referencia
- Establecer una relación de apoyo

3.4. ABANDONO DE ACTIVIDADES GRATIFICANTES

La explicación de porqué una persona llega a abandonar actividades que en otro momento le han resultado placenteras tiene que ver con el siguiente proceso:

Lo primero que puede ocurrir es que se dé una pérdida o una serie de pérdidas significativas para la persona que generan un impacto psicológico, un dolor emocional. Este dolor se plasma en dos cambios importantes: pensamientos negativos y sensaciones emocionales y físicas desagradables (apatía, desmotivación, ganas de llorar, problemas de sueño, de apetito)

Como consecuencia de pensar así y de sentir esas sensaciones, lo siguiente que aparece es la inercia, el cansancio y la pérdida de interés. Y se empieza a dejar de hacer actividades. En este estado lo que menos le apetece a la persona es hacer cosas. Y si las hace es a costa de un gran esfuerzo y poco disfrute.

Se suelen abandonar primero aquellas actividades cuyo objetivo es pasarlo bien: salir con los amigos, hacer deporte, leer, pasear, ir al cine, a conciertos. Son actividades voluntarias, que no requieren un elevado grado de compromiso, en el sentido de obligación.

El hecho de privarnos de actividades placenteras que todos necesitamos para sentirnos bien se puede conceptualizar como más pérdida, que se añade a las pérdidas significativas del principio.

Generalmente, para una persona que se encuentra deprimida el hacer este tipo de actividades requiere un esfuerzo enorme y el nivel de satisfacción es muy bajo, lo que le lleva a perder la esperanza de obtener la gratificación en aquellas actividades que antes le agradaban.

Llegados a este punto el sujeto se ve atrapado en un círculo vicioso: su bajo nivel de actividad hace que se considere a sí mismo como un inútil: *“ya ni si quiera puedo hacer lo que antes me gustaba”*. A su vez, esta etiqueta le produce más desilusión, desesperanza y le conduce a un estado de mayor inmovilidad.

Estas formas de conducta, las actividades agradables, son instrumentos para conseguir satisfacción y mantener la propia autoestima y la estima de los demás.

Por tanto, el hecho de que se alteren de forma importante va a generar un impacto negativo en la persona y pueden ser (en combinación con otras señales, y si no hay otro motivo que explique su interrupción) una clara señal de que algo no va bien.

La pérdida de actividades reforzantes contribuye también a que el tiempo que antes se dedicaba a ellas, se dedique ahora a una mayor atención a los pensamientos negativos y a los sentimientos desagradables. A esto se suma una disminución de oportunidades para estar en contacto con la gente, aumentando el aislamiento y la sensación de estar desconectado del mundo y de los demás, combinación que contribuye a aumentar el riesgo de suicidio.

Hay que prestar especial atención cuando la persona deja de realizar actividades que venía haciendo habitualmente.

Actuación:

- Animar a que retome las actividades habituales
- Plantear alternativas si esas actividades han dejado de resultar gratificantes
- Acompañamiento en su realización hasta que la persona se encuentre con fuerzas para realizarlas por sí misma

3.5. INDIFERENCIA A LOS ELOGIOS

Reconocer el trabajo bien hecho, un mérito, una cualidad y responder mostrando agradecimiento o complicidad en el curso de una conversación, expresado verbal o gestualmente, forma parte de la interacción y comunicación cotidiana establecida entre dos o más personas.

Es frecuente que quien pueda hallarse inmerso en un proceso depresivo de mayor o menor envergadura o que sencillamente le aborda una sensación subjetiva de desánimo, desatención o muestra torpeza en su interacción social, evidenciando retraimiento, apatía e indiferencia incluso en situaciones de refuerzo positivo como puedan ser el recibimiento de halagos.

Cabe la posibilidad de que tal inhibición conductual y escasa reactividad sea consecuencia de la falta de habilidad suficiente para solicitar ayuda por parte de alguien bloqueado y envuelto en una situación problemática a la que no ve salida, tratándose realmente de una llamada de atención tácita.

A quienes ronda la idea de “quitarse de en medio” ocupan parte de sus procesos cognitivos en rumiar (dar vueltas una y otra vez) este tipo de ideas y pensamientos, ideas que subsiguientemente pueden constituirse en planes más elaborados y realistas acerca de cómo llevarlo a efecto. Por esto precisamente pueden mostrarse desatentos y ensimismados, dando la sensación de que, en ocasiones, van a lo suyo impertérritos al mundo que les rodea.

El ámbito de las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado no es ajeno al empleo del elogio para reconocer el trabajo y los logros de los compañeros, pues sirve de acicate, contribuye a establecer un buen ambiente de trabajo y es simplemente gratificante; por ello puede resultar una señal de alarma verificar como alguien que previamente se comportaba “normalmente” y respondía adecuadamente en este aspecto, modifica su conducta y deja -de un tiempo a esta parte- de expresarse en su línea habitual, mostrándose apático, falta de interés, incapaz de disfrutar o de sentir satisfacción ante un merecido elogio, bien sea referido a su desempeño en el campo profesional o a cualquier otra faceta de su vida. No es algo infalible, pero es posible que hayamos detectado signos de conducta suicida, en especial si observamos la concurrencia de varias de estas señales de alarma.

Hay que prestar atención cuando la persona se muestra indiferente o apática o incluso rechaza los comentarios positivos acerca de su persona o comportamiento.

Actuación:

- Intentar cortar la rumiación y el ensimismamiento
- Dialogar sobre lo que les ronda por la cabeza y sobre lo que están pensando
- Poner énfasis o hacer hincapié en los comportamientos positivos y adecuados que la persona esté llevando a cabo

3.6. CAMBIOS EN EL ASPECTO FÍSICO Y EN LA IMAGEN CORPORAL

Consultados exhaustivamente documentos, publicaciones e investigaciones relacionados con el reconocimiento de señales que puedan advertir una tendencia suicida, no se aprecia este apartado como un indicador con valor destacado, exceptuando algunos aspectos que se van a señalar*:

a) Dentro de los factores de riesgo y de protección personales, se cita la presencia de “tatuajes”, encontrando cierto grado de asociación al comportamiento antisocial, el abuso de sustancias y los intentos de suicidio (Dhossche et al, 2000), encontrando dichos autores en un trabajo descriptivo de 134 suicidios consecutivos que el 21% de los sujetos presentaban al menos un tatuaje). Otros estudios similares están en esta línea.

b) Otro de los aspectos considerados es la pérdida de interés, donde tienen cabida “los problemas con el cuidado personal”, con manifestaciones de **abandono de su higiene y apariencia personal por la escasa limpieza tanto en su persona como en sus pertenencias, falta de cuidado (abandono) en su vestuario por falta de del tipo de ropa con la estación del año, rara combinación de colores, alteraciones notables de su imagen por exceso o defecto de peso...**

c) Presencia de autolesiones más o menos relevantes,

d) Aspecto de demacrado, generalmente ocasionado por problemas de sueño.

* En cualquier caso, a la hora de comentar estas conductas ha de dejarse muy claro que son meros exponentes de posible (insistiendo en la palabra posible) conducta suicida, ya que muchos de los aspectos anteriormente citados pueden estar presentes en personas, simplemente atípicas, pero sin patología, o con posibles patologías psiquiátricas, tales como la depresión, trastorno de la personalidad límite, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos por consumo de sustancias, entre otras.

Actuación:

- Preguntar a la persona si hay algo últimamente que le está haciendo sentir mal
- Dialogar para ver si aparecen otras señales de alerta de riesgo de suicidio
- Tener en cuenta la observación y estar pendiente de la posible evolución del estado de la persona

3.7. DROGAS Y/O MEDICACIÓN

Entre los múltiples factores que influyen en el riesgo de conducta suicida, se debe prestar especial atención por su alta incidencia y a las características que llevan asociados, a la presencia de síntomas y/o trastornos psicológico/psiquiátricos (Torre, 2013). Los momentos de mayor riesgo se dan cuando aparece un cambio repentino en su conducta, por ejemplo, un aumento significativo de la irascibilidad, irritabilidad,

agresividad, ingesta de bebidas alcohólicas en cantidades superiores a las habituales y con una frecuencia inusual, calma o tranquilidad repentina cuando previamente ha presentado gran agitación, etc. (Torre, 2013). Estos suelen presentarse en mayor medida en los siguientes periodos (Oto, 2014): inicio de la problemática/trastorno, recaída, finalización del episodio, primeras semanas tras el alta hospitalaria, abandono de la medicación (o tomarla sin seguir la prescripción médica) y/o de la atención en salud mental, entrada en la cronicidad, muerte de cuidadores, consumo de alcohol y otras sustancias...

En concreto, el suicidio está considerado como la primera causa de muerte prematura entre las personas que tienen depresión (especialmente depresión mayor), trastorno bipolar, esquizofrenia o algún trastorno por consumo de sustancias (Jiménez, Martín, Navío, Pachecho, Pérez-Íñigo, Petersen, Robles, Santiago, Tébar, Torras, y Villoia, 2016). También la prevalencia es significativa en casos de trastorno límite de la personalidad (Jiménez, Martín, Navío et Al., 2016) y de trastorno antisocial (Oto, 2014). Una de las características asociadas a este tipo de problemáticas es que es frecuente que tomen medicación. Numerosos estudios indican que existe riesgo de suicidio en el tratamiento con fármacos antidepresivos, pero su porcentaje es pequeño. Se observan diferencias según la edad: aumenta en la niñez, adolescencia y juventud, se mantiene neutro en la adultez y deja de existir en la vejez (factor protector de los antidepresivos). Por ello aún cuando la persona esté tomando antidepresivos es recomendable vigilarle muy de cerca, sobre todo las primeras semanas del tratamiento que es cuando más riesgo existe (Fernández, 2017) y también estar pendiente en todo momento de que no acumule medicación (propia o de otra persona) para evitar un posible suicidio (Servicio Andaluz de Salud, 2010) o de que no deje de tomarla sin el consentimiento facultativo.

Además de que tener una adicción es un factor de riesgo que aumenta la probabilidad del suicidio, estar bajo los efectos de alguna sustancia se considera peligroso debido a que puede usarse para lograr “el valor” necesario para llevar a cabo sus intenciones y también como método para conseguirlo (Servicio Andaluz de Salud, 2010). Se hace especial hincapié en el consumo de alcohol, debido a que se estima que el riesgo es seis veces mayor en personas con abuso a esta sustancia que en la población general (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

Actuación:

- Si la persona no se encuentra en estado consciente intentar localizar a algún familiar o persona próxima
- Derivar a un centro de salud y a personal sanitario

3.8. CIRCUNSTANCIAS VITALES TRAUMÁTICAS

A lo largo de la vida las personas nos enfrentamos con acontecimientos difíciles que ponen en marcha nuestros recursos internos de afrontamiento. Uno de ellos es la manera en que hacemos frente ante la pérdida de un ser querido.

La mayor parte de las ocasiones podemos resolver adecuadamente las dificultades, pero sucede que, en determinados momentos, estos recursos no son suficientes para afrontar las situaciones de manera exitosa y no logramos hacer frente a las exigencias produciéndose un desequilibrio entre nuestras expectativas y nuestra realidad.

El duelo es la reacción emocional normal ante una pérdida. No nos preparan para saber qué hacer, qué decir o cómo afrontar la muerte de una persona cercana y cuando ocurre, sentimos que no estamos preparados; sobre todo si la muerte es inesperada. En estos casos, el sentimiento de malestar y de dolor, es indescriptible. La pérdida de un ser querido o cercano es un factor estresante per se. El duelo nos deja vulnerables para sufrir trastornos depresivos, ansiosos e incrementa el riesgo de suicidio.

El riesgo de suicidio ante la muerte de un ser querido, tiene que ver con dos aspectos importantes:

1. Sentimiento de malestar y duelo complicado
2. Anhelo de reunirse con el ser querido

El primer aspecto tiene que ver con un aumento del malestar que hace que experimentemos emociones muy intensas y el dolor se hace tan insoportable que nos puede llevar a pensamientos de este tipo. En estas situaciones, el suicidio no tiene tanto que ver con la idea de poner fin a su vida como la de quitar ese sufrimiento que están viviendo.

Las muertes inesperadas o en circunstancias complicadas suelen producir una elaboración de duelo más complicado. Nuestro bienestar psicológico se ve alterado, y

no somos capaces de sobreponernos y poner en marcha estrategias adecuadas de afrontamiento, generando un gran daño emocional.

Situaciones dramáticas:

- Duelos complicados
- Problemas económicos
- Trastornos afectivos y trastornos mentales
- Antecedentes de suicidio
- Pérdida de empleo
- Ruptura de pareja, etc.

Actuación:

- Acompañar y apoyar en el proceso, no dejar sola a la persona
- Involucrar a otros profesionales y familiares
- Limitar el acceso a posibles medios lesivos

3.9. EXPOSICIÓN A RIESGOS INNECESARIOS

En ocasiones observamos que determinadas personas asumen riesgos innecesarios en la vida cotidiana y en la vida profesional. Podemos afirmar que en ocasiones están en el filo de la osadía en el cumplimiento del deber.

En la profesión de policía nacional es difícil delimitar la línea que separa obligación, valentía y temeridad, la cobardía y la precaución, que son valores muy tenidos en cuenta en este tipo de profesionales que se encargan de velar por la seguridad del ciudadano y la defensa de la ley.

Delincuencia común, terrorismo, maltrato intentos de suicidio, atentados, secuestros, amenazas de muerte, etc, son incidentes en los que la integridad física y la vida, de intervinientes, están implicados.

Todo este tipo de incidentes en una gran parte de los casos no se pueden resolver negociando sino mediante el empleo de la fuerza y las armas, medios coercitivos que no siempre son bien recibidos y provocan la defensa y el ataque del trasgresor de la ley.

En todos estos casos los cuerpos y fuerzas de seguridad tienen un protocolo de intervención que, de alguna manera intenta probabilizar su seguridad personal, la de sus compañeros y la de los ciudadanos, son protocolos de autocuidado o autoprotección.

Generalmente en estos protocolos queda muy claro los límites de su conducta policial en los siguientes casos:

- Conducción de presos o detenidos.
- Custodia de personas.
- Vigilancia.
- Detención.
- Identificación.
- Registro personal.
- Entrada a domicilios.
- Retención en las celdas.
- Uso de armas.
- Transporte y custodia de armas.
- Seguridad del delincuente en el hospital.
- Conservación de elementos disuasorios...etc.

Diferentes estudios indican que cuando una persona está alterada emocionalmente sus sentidos alteran las percepciones y disminuye la atribución de señales de peligro del entorno, con lo cual la valoración de riesgos se ve condicionada al estado emocional.

En este momento la integridad física y la vida de los afectados, de otros intervinientes y de testigos estará comprometida.

La policía nacional en su formación en la academia y en su devenir diario saben valorar esos riesgos y actúan en consecuencia según el protocolo aprendido y ensayado.

Cuando se observa que un compañero no sigue las directrices establecidas y encomendadas es una señal inequívoca de que algo anormal le está ocurriendo, puede ser un estímulo discriminativo de autolisis buscando causas en el entorno o búsqueda de la muerte probabilizándola en casualidad extrínseca. También son señales a tener en cuenta.

Actuación:

- Hay que promover un compromiso de no lesión
- Poner en marcha protocolos de autoprotección

3.10. DESPRENDERSE DE POSESIONES Y DESPEDIDAS

La evaluación de un suicidio potencial requiere de una historia completa, un examen cuidadoso del estado mental de la persona, un estudio de los síntomas depresivos, de los pensamientos suicidas, propósitos, planes y tentativas.

Entre los factores que aumentan el riesgo de suicidio está el llevar a cabo determinados preparativos relacionados con su desaparición, como por ejemplo, encontramos la falta de planes a futuro, regalar posesiones personales y objetos o bienes muy preciados poner en orden sus asuntos, limpiar su cuarto, tirar papeles o cosas importantes, hacer testamento, arreglar documentos, cerrar asuntos, llamar a otras personas para despedirse, cerrar cuentas de redes sociales...

Actuación:

- Averiguar si desea quitarse la vida
- Poner en conocimiento de un profesional y familiar el hecho

Cuando algunas de estas señales están presentes, aparece el riesgo de suicidio, y es urgente la intervención de un profesional de la salud mental. Hasta que esto sea posible, **orientar y acompañar a la persona o compañero-a pueden ser de vital ayuda mientras se gestiona la ayuda profesional especializada**, pero en ningún momento pueden sustituirla. Es fundamental hacer todo lo posible para que la persona en riesgo, tenga ayuda profesional especializada en el menor tiempo posible.

CONCLUSIONES

La prevención del suicidio está en la mano de todos.

Todos debemos implicarnos y hacer todo lo posible por que el número de intentos y suicidios consumados disminuya.

Pero en este colectivo es importante la especialización en este tema pues se da una doble exposición. Por un lado, en el trabajo diario se pueden encontrar con personas que desean suicidarse y precisan de una intervención de emergencia y por otro lado, pueden encontrarse con compañeros que se encuentran pasando una situación difícil y corren mayor riesgo al tener a su disposición un arma de fuego.

Estas señales que alertan del riesgo de suicidio pueden ayudar a identificar a la persona que pretende poner fin a su vida.

En tu mano y en la de todos está prevenirlo.

BIBLIOGRAFÍA

FERNÁNDEZ, O. Riesgo de Suicidio por Antidepresivos. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia: volumen VII, Nº 1, marzo 2017

GRUPO DE TRABAJO DE LA 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*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

JIMÉNEZ, MARTÍN, NAVÍO, PACHECHO, PÉREZ-ÍÑIGO, PETERSEN, ROBLES, SANTIAGO, TÉBAR, TORRAS, Y VILLOIA, (2016). *Guía para la Detección y Prevención de la Conducta Suicida*. Madrid: SaludMadrid

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, (2010). *Guía sobre la prevención del suicidio para las personas con ideación suicida y familiares*. Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública.

OTO, M., (2014). *Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y actuación ante conductas suicidas*. Gobierno de Navarra.

TORRE, M. (2013). *Protocolo para la Detección y Manejo inicial de la Ideación Suicida. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA)*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid

DIRECCIONES DE INTERNET:

1. El imposible mapa de los suicidios en España:
https://elpais.com/elpais/2017/06/12/ciencia/1497291180_123865.html
2. Evolución del número de suicidios en España respecto a variables macroeconómicas:
https://www.uv.es/gicf/4A3_Ramos_GICF_13.pdf
3. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida:
http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/resumida/apartado01/introduccion03.html
4. Epidemiología de la Conducta Suicida en el mundo:
<https://www.fsme.es/centro-de-documentacion/sobre-conducta-suicida/epidemiologia-de-la-conducta-suicida/>
5. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal:
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-numero-suicidios-espana-diferencias-entre-S1888989114000056>
6. España en cifras (INE):
http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2017/index.html#20
7. La tasa de suicidios en España oculta un problema de salud pública:
https://www.eldiario.es/sociedad/SUICIDIO-ESPANA-TASA-SALUD-PUBLICA_0_300970441.html
8. El número de suicidios crece un 20% desde el inicio de la crisis económica:
<http://www.elmundo.es/sociedad/2016/03/30/56fb9dc5ca47413d358b4604.html>
9. Suicidio - World Health Organization (OMS)
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>