

LA POLICIA LOCAL ANTE EL SUICIDIO INTERVENCIÓN BÁSICA



LA POLICIA LOCAL ANTE EL SUICIDIO INTERVENCIÓN BÁSICA

©SERGIO CARPIO PARRAS

JULIO 2018





AUTOR Y EDITOR:

© SERGIO CARPIO PARRAS

POLICIA LOCAL DE ARJONA (Jaén)
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA



Esta obra ha sido registrada en el Registro de Propiedad Intelectual Safe Creative con número de registro **1808108022844** bajo la licencia "*Creative Commons Atribución 4.0*" 

COLABORA Y DISTRIBUYE



SINDICATO INDEPENDIENTE DE
POLICÍA LOCAL DE ANDALUCÍA

REGISTRO DE PROPIEDAD INTELECTUAL



EJEMPLAR DE DISTRIBUCIÓN GRATUITA

Esta publicación electrónica se divulga y distribuye con la colaboración de SIP-AN, –SINDICATO INDEPENDIENTE DE POLICÍA LOCAL DE ANDALUCÍA– en su página web www.sip-an.es, en la sección biblioteca virtual dentro del apartado “Publicaciones de Interés Policial”, estando disponible para su visualización e impresión de cuantos usuarios estén interesados en los contenidos de la misma.

©Reservados todos los derechos del Autor, queda prohibida cualquier copia total o parcial de esta obra para su inclusión en otras publicaciones, salvo autorización expresa de su autor. Queda autorizada su impresión y difusión por cualquier medio.

“El suicidio es una solución eterna para lo que a menudo es un problema temporal.”

E. RINGEL, 1998

PRÓLOGO

A día de hoy, podemos considerar el suicidio como un grave problema de salud pública, siendo objeto de estudio de diferentes campos científicos, en especial de la psiquiatría, la psicología, la sociología y la filosofía. Importante para estas disciplinas ha sido explicarlo, justificarlo, analizarlo, clasificarlo y, por supuesto, predecirlo con el objeto de hacer posible su prevención.

Sobre este tipo de asuntos, también son las Policías Locales, como integrantes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, las que deben de asumir un papel activo en cuanto al afrontamiento de situaciones críticas donde la intervención preventiva es la herramienta básica para erradicar (o al menos, demorar por algún tiempo) posibles casos de intentos de suicidio.

Debido al carácter inherente de nuestra profesión, tarde o temprano seremos requeridos y acudiremos a un aviso donde algún sujeto se habrá intentado suicidar (o por desgracia, el intento habrá sido fructífero y habrá acabado consumado). Si ese momento llega, deberemos estar emocionalmente preparados y disponer de herramientas y conocimientos suficientes para prestar un servicio de calidad.

Puesto que las patrullas de Policía Local, suelen ser los primeros profesionales en llegar al lugar donde se puede estar llevando a cabo un intento de suicidio, de nuestra formación, destreza, experiencia y conocimiento depende que la situación se desencadene de forma favorable y acabe con un resultado positivo.

Con esta obra, abordaremos el tema del “suicidio” desde una perspectiva policial donde el papel que asume el agente de policía, estará orientado a la negociación y prevención frente al sujeto que, desde un punto de vista cognitivo, maneja esquemas mentales incompatibles con su propia vida.

El autor,
Torredonjimeno, JULIO del año 2018.

ÍNDICE**LA POLICIA LOCAL ANTE EL SUICIDIO: INTERVENCIÓN BÁSICA.**

1. HISTORIA Y ACTUALIDAD	6
2. ALGUNOS DATOS ESTADÍSTICOS	9
3. CONCEPTO Y DEFINICIONES	13
4. GÉNESIS DE LA CONDUCTA SUICIDA	16
5. ELEMENTOS DE LA IDEACIÓN SUICIDA	18
6. FASES DE LA VIVENCIA SUICIDA	20
7. CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA	22
8. MITOS. CREENCIAS FALSAS SOBRE EL SUICIDIO	23
9. FACTORES DE RIESGO	27
10. FACTORES DE PROTECCIÓN	29
11. SEÑALES DE ALARMA DE RIESGO DE SUICIDIO	30
12. TIPOS DE SUICIDIO SEGÚN METODO UTILIZADO	32
13. EL SUICIDIO EN GRUPOS VULNERABLES	35
14. INTERVENCIÓN POLICIAL ANTE SUJETOS CON IDEAS SUICIDAS	41
I. CONSIDERACIONES PREVIAS	
II. INTERVENCIÓN POLICIAL CON FAMILIA Y ALLEGADOS	
III. INTERVENCIÓN POLICIAL CON CURIOSOS	
IV. INTERVENCIÓN POLICIAL CON EL SUJETO	
15. ANEXOS	49
16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

1.- HISTORIA Y ACTUALIDAD.

El fenómeno del suicidio es tan antiguo como la historia misma de la humanidad. Miles de años después de que se registrara o se tuviera noticias del primer suicidio aún, a día de hoy, se continúan buscando las causas que hacen que el ser humano se quite la vida con sus propias manos, por lo que no se puede saber o predecir qué tiempo pasara para que la ciencia logre determinar con certeza que es lo que provoca esta conducta.

En la antigüedad el suicidio, era aceptado en la mayor parte de las sociedades. Para los galos, por ejemplo, el suicidio se justificaba si el motivo del acto era como consecuencia de la vejez, la muerte de uno de los cónyuges, la muerte del jefe, o por razones de salud. Las enfermedades graves eran igualmente causas razonables de suicidio para los Celtas Hispanos y para los Vikingos y Nórdicos.

Para los pueblos germánicos, si el suicidio tenía como finalidad evitar una muerte vergonzosa, era bien visto y hasta admisible.

En el mundo oriental (China) de unos veinte siglos antes de Cristo, el suicidio solía ejecutarse por razones de lealtad. En Japón se realizaba como una ceremonia bien fuera por purificación o por derrota (harakiri). En la India, se justificaba por razones litúrgicas o religiosas, así como por muerte de los esposos o esposas.

En algunas antiguas tribus africanas fue considerado maligno, y terrible, el tener contacto físico con el cadáver de un suicida e incluso se llegaba a quemar la propia casa o en caso de ahorcamiento, el árbol de donde se hubiese colgado. Consideraban que el suicidio era reflejo de la ira de los antepasados y era asociado con la brujería. En consecuencia el sepelio se llevaba a cabo sin los ritos reservados para quienes morían por otras razones.

Entre los antiguos cristianos el suicidio era poco frecuente debido a que desobedecía el V mandamiento: No matar.

En la historia antigua de Grecia y de Roma se encuentran múltiples referencias a suicidios llevados a cabo por los más diversos motivos entre los cuales destacan: conducta heroica y patriótica, vínculos societarios y solidarios, fanatismo, locura y ejecuciones (como el caso de Sócrates). Además se consideraba entonces razonable el suicidio del enfermo incurable, pero se despreciaba el suicidio cometido o intentado sin una causa aparente. Consideraban los romanos que, en determinadas circunstancias era mejor morir “de una vez” que tener que estar padeciendo indefinidamente. Así, para los romanos y los griegos, morir con decencia, racionalmente y al mismo tiempo con dignidad, era muy importante. En cierto modo, la forma de morir era la medida del valor final de la vida, en especial para aquellas vidas consumidas por la enfermedad, el sufrimiento y el deshonor.

En los primeros tiempos de la Roma republicana, el Rey Tarquino el Soberbio (534-509 a.C.) ordenó poner en cruz los cadáveres de los suicidas y abandonarlos para que fueran devorados por los zamuros y otros animales salvajes. Así que era habitual, como un castigo, no dar sepultura a los suicidas.



No fue hasta la Edad Media, con la llegada de la Iglesia Católica, cuando el suicidio se convirtió en un acto punible. Tras un suicidio, la realización de los pertinentes actos religiosos no se llevaba a cabo y no se permitía dar sepultura a los cadáveres en el cementerio. La memoria de la persona era desprestigiada y todas sus posesiones quedaban confiscadas. Se consideró que iba en contra de la Ley Natural e incluso se llegó a catalogar de homicidio. Es así como se convirtió en un tema tabú entre la población cristiana.

El suicidio en la época actual y según datos de la OMS (Organización Mundial de la Salud), cada año, cerca de 800 000 personas se quitan la vida y muchas más personas intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias y comunidades y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en 2015 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo. El suicidio no solo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, en 2015, más del 78% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos. El suicidio es un grave problema de salud pública; no obstante, es prevenible mediante intervenciones oportunas, basadas en datos fidedignos y a menudo de bajo coste. Para que las respuestas nacionales sean eficaces se requiere una estrategia de prevención del suicidio multisectorial e integral (es decir, deben entrar en escena la ciencia, las diversas administraciones, médicos de atención primaria, la propia familia o como bien se mencionaba al inicio de esta obra, las diferentes Fuerzas y Cuerpos de Seguridad).

Si bien el vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales (en particular los trastornos relacionados con la depresión y el consumo de drogas y alcohol) está bien documentado en los países de altos ingresos, muchos suicidios se producen impulsivamente en momentos de crisis que menoscaban la capacidad para afrontar las tensiones de la vida, tales como los problemas financieros, las rupturas de relaciones o los dolores y enfermedades crónicos.

Además, las experiencias relacionadas con conflictos, desastres, violencia, abusos, pérdidas y sensación de aislamiento están estrechamente ligadas a conductas suicidas. Las tasas de suicidio también son elevadas entre los grupos vulnerables objeto de discriminación, por ejemplo: los refugiados y migrantes, las comunidades indígenas, las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales, intersexuales y los reclusos. Con diferencia, el principal factor de riesgo de suicidio es un intento previo de suicidio.

2.- ALGUNOS DATOS ESTADÍSTICOS

En 2016 han fallecido por suicidio 3.569 personas en España, 10 personas al día; una cada dos horas y media. 3 de cada 4 han sido de varones (2.662) y un 25% de mujeres (907).

Estas cifras, que se basan en los últimos datos publicados por el INE en diciembre de 2017 y que están referidos a 2016, suponen una disminución de 33 defunciones respecto a 2015 (un 0,9% menos), de las que 17 corresponden a hombres (una disminución del 0,6%) y 16 a mujeres (una disminución del 1,7%)

El suicidio sigue siendo la principal causa de muerte no natural en España, produciendo el doble de muertes que los accidentes de tráfico, 13 veces más que los homicidios y 80 veces más que la violencia de género, siendo también, después de los tumores, la principal la primera causa de muerte en la juventud española (15 a 34 años).

Aunque el mayor número de suicidios en ambos sexos se produce entre los 40 y los 59 años, el riesgo de suicidio aumenta con la edad, sobre todo en varones, que llega a multiplicarse por 7 respecto a las edades más tempranas.

Por comunidades autónomas, Galicia y Asturias poseen las mayores tasas de suicidio por 100.000 habitantes, mientras que la menor la registra la Comunidad de Madrid, situándose la media estatal en 7,5.

Sólo en lo que llevamos de siglo, en España se han producido casi 60.000 suicidios. En el mundo, el suicidio causa más muertes que las guerras y los homicidios juntos.

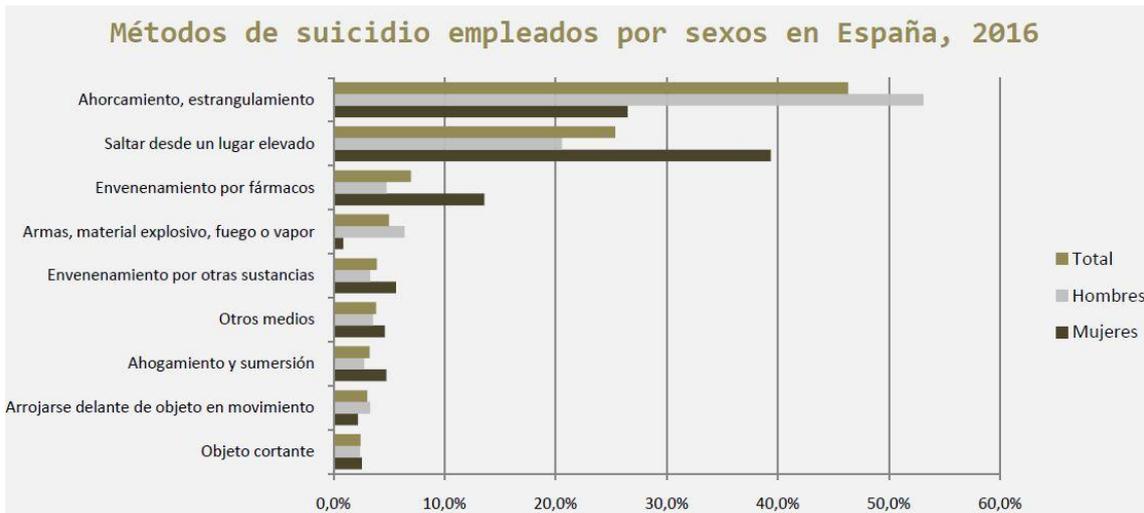
Cada suicidio tiene un serio impacto sobre al menos otras seis personas.

Las consecuencias psicológicas, sociales y financieras que el suicidio tiene sobre la familia del suicida son incalculables.

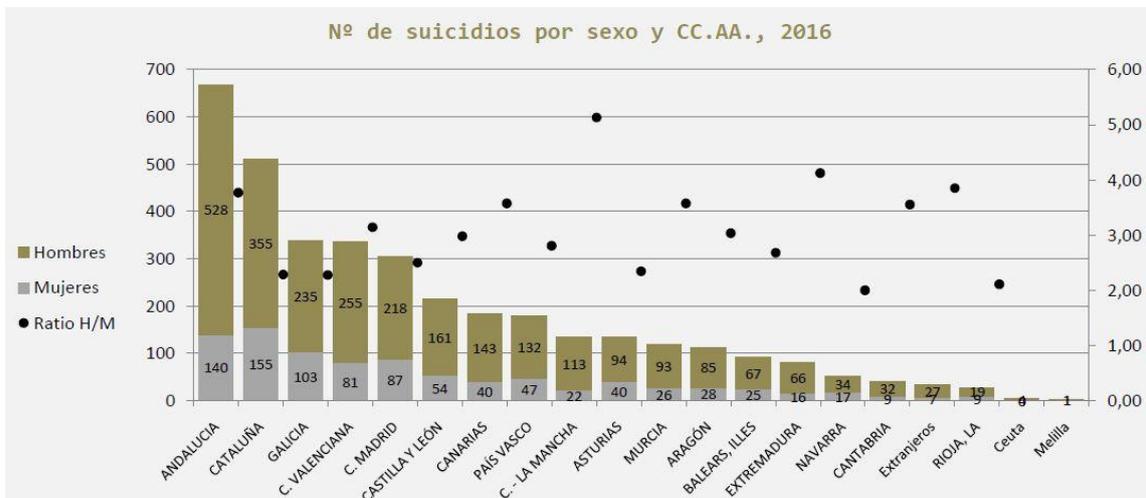
Estadísticamente hablando, las mujeres presentan tasas mayores de intento de suicidio que los hombres. Sin embargo, estos últimos superan en suicidios consumados a las primeras.

El ahorcamiento es el medio utilizado en casi la mitad de los suicidios, por influencia de los varones, que lo utilizan en la mayoría de los casos.

El método mayoritario en las mujeres (casi el 40%) es saltar desde un lugar elevado.

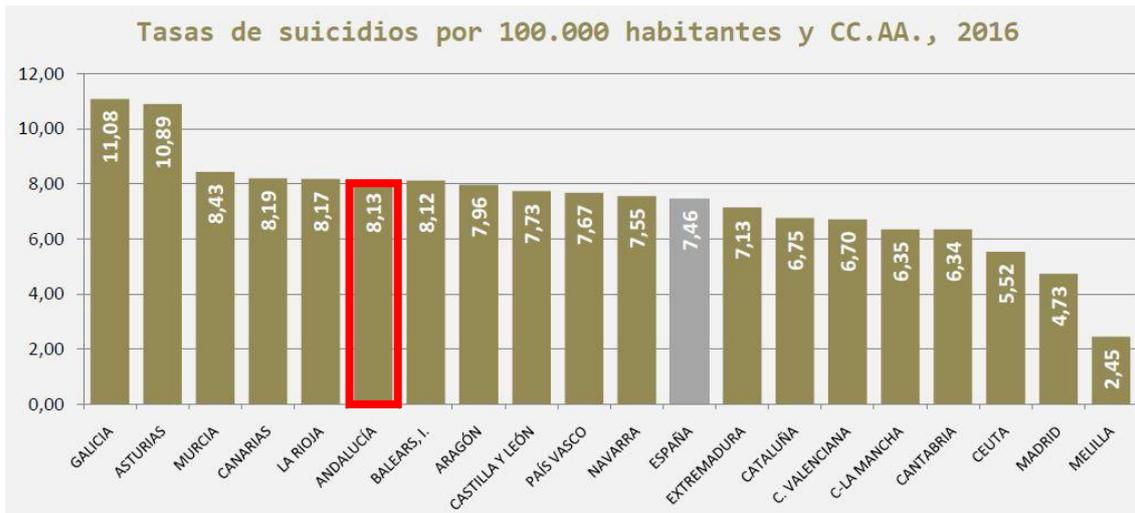


Las otras mayores diferencias entre sexos es la ingesta de fármacos y envenenamientos, mucho más usados por las mujeres, y las armas de fuego, más utilizadas por los hombres.



Andalucía es la comunidad con mayor número de suicidios (el 18,7% del total de España), seguida de Cataluña y Galicia.

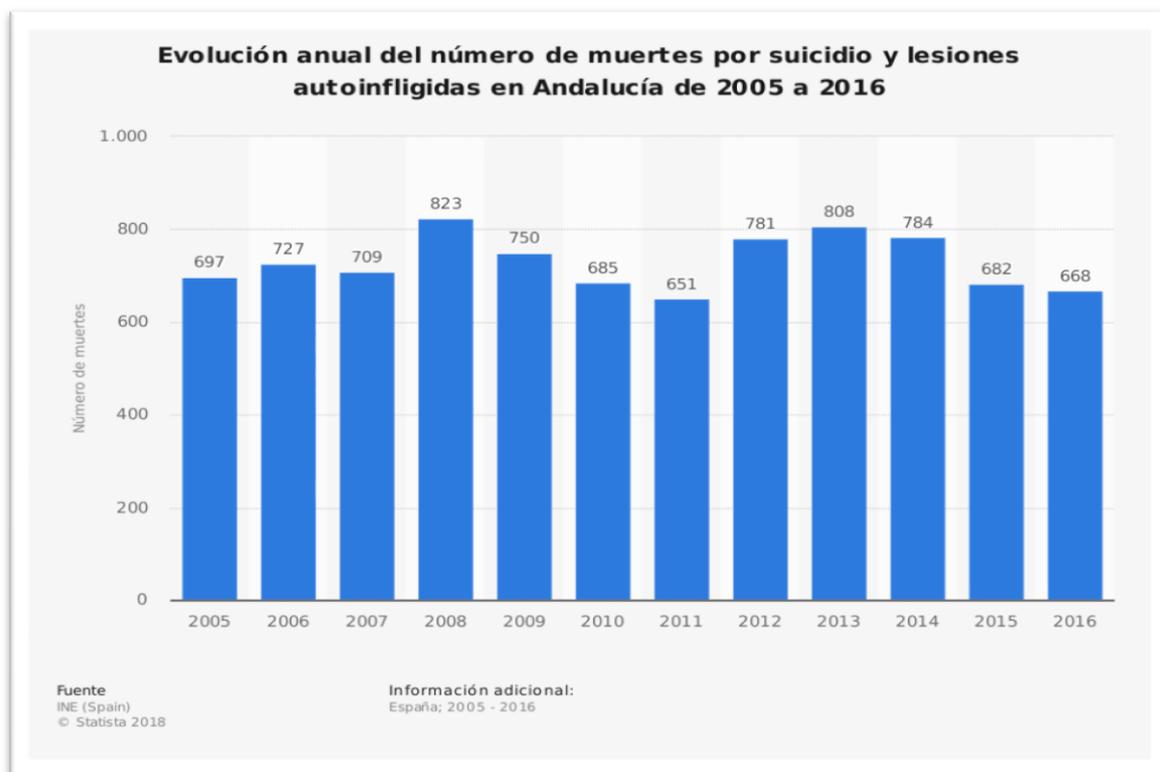
La media española registra una ratio hombres/mujeres de 2,9:1 suicidios. En los casos de C-La Mancha (5,1:1) y Extremadura (4,1:1) esta ratio es llamativamente elevada, mientras que en Navarra (2:1), La Rioja (2,1:1), Galicia (2,3:1) o Cataluña (2,3:1) es más baja.



La media de España es de 7,46 suicidios por 100.000 habitantes.

Las mayores tasas de suicidios por 100.000 habitantes se registran en Galicia y Asturias y las menores en la Comunidad de Madrid y las dos ciudades autónomas.

Andalucía, supera la media nacional, encontrándose en sexto lugar.



Durante esta última década, los valores en cuanto al número de muertes por suicidio y lesiones auto infligidas se ha venido manteniendo entre las 600 y 800 defunciones, observándose un pequeño repunte en el año 2008 con 823 defunciones.

3.- CONCEPTO Y DEFINICIONES

La conducta suicida es un fenómeno complejo con implicaciones psicopatológicas, sociales, morales, económicas, por la que resulta muy difícil encontrar una definición universal del mismo. Sin embargo diversos autores han tratado de definir la conducta suicida.

El suicidio es considerado como una forma de expresión del sufrimiento, una falsa salida de los problemas, y un escape a la desesperanza. El fenómeno del suicidio ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad. Etimológicamente la palabra suicidio procede del latín: sui “si mismo” y cidium “matar”, matarse a sí mismo. Otra de las definiciones que podemos encontrar es la que Émile Durkheim (Citado por Buendía J. Riquelme A. y Ruiz J. A 2004) expone, él denomina suicidio a todo caso de muerte, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que puede producir este resultado; es decir que es un acto consiente e intencional.

Rojas (1984) define el suicidio como: “Aquella conducta o conjunto de conductas que, dirigidas por el propio sujeto, conducen a la muerte, (suicidio consumado) o una situación de gravedad mortal (suicidio frustrado), bien de forma activa o pasiva.”

La Organización Mundial de la Salud (OMS) también define el **suicidio** como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” y el **parasuicidio**, como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico”.

La conducta suicida abarca un gran abanico de actividades y/o actitudes que los individuos pueden llegar a evidenciar. Es importante destacar que esta conducta suicida no se trata de un elemento rígido y estanco, sino que el sujeto puede atravesar distintas etapas o situaciones a lo largo del tiempo. A continuación se definen otros

conceptos que están íntimamente relacionados con las diferentes situaciones y/o etapas, que ante casos de intento de suicidio y como integrantes de Cuerpos Policiales, se nos pueden presentar.

Ideas suicidas: La persona contempla el suicidio como solución real a sus problemas, si bien aún no se ha producido un daño físico contra sí mismo. No existe aún una idea clara ni de cómo ni de cuando, pero entre las alternativas que puede tener para solucionar su situación problemática ya está presente el suicidio. Aquí también quedaría englobada la propia idea de planificar un posible suicidio.



Crisis suicida: De entre todas las alternativas que la persona disponía para solucionar la situación problemática, el suicidio comienza a tomar protagonismo. La idea ha tomado cuerpo y se activan a nivel cognitivo un conjunto de esquemas que le llevan a establecer un plan suicida. Son pensamientos recurrentes en los que la idea de muerte, de quitarse la vida, de no estar en este mundo, cogen fuerza suficiente como para impulsar al sujeto hacia la muerte.

Parasuicidio: También llamado “Gesto Suicida”. Es el conjunto de conductas voluntarias e intencionales que el sujeto pone en marcha con el fin de producirse daño físico y cuyas consecuencias son el dolor, la desfiguración, la mutilación o el daño de alguna función o parte de su cuerpo, pero sin la intención de acabar con su vida. Incluimos aquí entre otros, los cortes en las muñecas, las sobredosis de medicamentos sin intención de muerte y las quemaduras. La intención en el Parasuicidio no es por lo tanto la muerte. Los fines que puede buscar son el reclamo de atención, la manipulación de personas cercanas, evitar situaciones tales como conflictos familiares, riñas, problemas legales, etc. Sobre todo el sujeto utiliza este tipo de conductas para conseguir que los demás accedan a sus deseos y lo sobreprotejan. Como agentes de Policía y ante un posible caso de parasuicidio debemos de tener en cuenta que el

riesgo de muerte, es estos casos puede ser invertido, es decir, que el sujeto en cuestión, no controle el medio empleado (por ejemplo, que consuma más pastillas de las que debiera), falle y entonces ocurra el suicidio (el fallecimiento).

Planes suicidas: Se refiere a la organización por parte del sujeto en pensamiento o en actos sobre la manera concreta en que desea acabar con su vida, es decir, el cómo (método a seguir) y el cuándo.

Tentativa de suicidio: Toda conducta que busca la propia muerte pero para lograr el propósito la persona no emplea los medios adecuados y por lo tanto el sujeto no consigue acabar con su vida. Es un intento que puede fallar por múltiples causas, desde no tener una firme decisión de suicidarse hasta por el empleo de medios poco efectivos. Existe un verdadero y real propósito de muerte, pero la ejecución no es apropiada. Por ejemplo, una persona que intenta suicidarse mediante el ahorcamiento y en el momento de ejecutar la acción de “colgarse”, la cuerda se rompe y finalmente no se produce la muerte. Estas tentativas de suicidio, indican un alto grado de probabilidad de que el sujeto vuelva a repetir el intento de suicidio.

Suicidio frustrado: Es un acto suicida que no conlleva a la muerte de la persona porque determinadas circunstancias externas, muchas veces casuales y siempre no previstas acontecen en el momento crítico. No es por lo tanto un parasuicidio, ya que en el Suicidio Frustrado sí que hay una voluntad real de producirse la propia muerte. Sirva como ejemplo el caer sobre las cuerdas de un tendedero al arrojarse por una ventana de un patio interior.



Suicidio enmascarado: Cuando la conducta suicida tiene la apariencia de otro tipo de conducta no suicida, pero realmente es un suicidio. Por ejemplo accidente de tráfico en que la víctimas se estrelló voluntariamente, explosión de gas en un edificio

que se descubre provocada por persona que quería morir... o incluso persona que aparece muerta y se considera un homicidio por los primeros indicios, pero luego se descubre que es un suicidio. Puede haber intereses en relación a cobrar un seguro de vida si se demuestra que no fue suicidio.

Suicidio asistido: Se produce ante una enfermedad grave en la que el paciente solicita ayuda a otras personas para suicidarse. Como en ocasiones las consecuencias de la enfermedad impiden cometer el suicidio, la persona pide ayuda a otros para que le faciliten los medios necesarios (generalmente medicación con efectos letales). En España se contempla el suicidio como un acto punible. En el caso de que una persona facilite la consumación del suicidio a otra, ésta podrá ser juzgada y enfrentarse a una pena de entre 2 y 10 años de prisión, y así lo decreta el artículo 143 del Código Penal.

Suicidio consumado: El sujeto establece un plan de acción con diferentes niveles de elaboración. Si la puesta en práctica de este plan tiene éxito, conduce a la muerte por lo tanto se interrumpe libre y voluntariamente la propia vida del sujeto.



4.- GÉNESIS DE LA CONDUCTA SUICIDA

La conducta suicida no es fruto de una situación problemática aislada que lleva a la persona a decidir poner fin a su vida como medio de solución a la misma. Es más bien el fruto de la interacción de cuatro elementos fundamentales:

- Estructura familiar
- Perfil de personalidad
- Contexto actual
- Elementos desencadenantes

Estructura familiar:

Numerosos estudios (Stengel, 1965; OMS, 1976; Adams, 1985) han puesto de manifiesto que la conflictividad dentro del sistema familiar de origen, como historias de maltrato, de alcoholismo, de consumo de sustancias tóxicas, de separaciones no amistosas e incluso de enfermedad mental grave, dan como resultado graves carencias de vinculación afectiva y social en el niño, limitando el desarrollo de muchas de sus potencialidades y marcando su desarrollo biográfico.

Perfil de personalidad:

Aunque el estudio de la personalidad de un suicida es complicado, sobre todo si ha consumado el suicidio, no obstante es posible establecer un perfil de la personalidad suicida en base a notas dejadas por los mismos, así como por la información recogida a través de entrevistas realizadas a familiares y amigos. A grandes rasgos estaríamos hablando de sujetos con conductas impulsivas, con dificultades de autocontrol, muy reservados, perfeccionistas, con elevada autocrítica y con severas carencias comunicativas (Friedman, 1983). Respecto a los cuadros clínicos más comunes en la conducta suicida podemos citar la depresión mayor, las dependencias de sustancias tóxicas (alcohol y drogas), la esquizofrenia y el trastorno límite de la personalidad.

Contexto actual:

La persona que contempla la posibilidad de suicidarse siente que está fuera de su entorno, que no se le comprende y que no se le apoya. Podemos estar hablando de un sentimiento de abandono. Comentarios tales como “nadie me comprende”, “nadie puede/quiere ayudarme”, son un fiel reflejo de su vivencia. Esto está relacionado con un amplio espectro de carencias:

- falta de valores (religiosos y humanos)
- falta de vínculos afectivos
- falta de posibilidades de establecer relaciones gratificantes
- falta de interlocutores válidos con los que compartir alegrías, penas, preocupaciones y proyectos.

Por ello, se ha señalado como un contexto proclive o favorecedor de la vivencia suicida al aislamiento social y la soledad (viudedad, emigración, desempleo) y a la problemática de pareja, familiar y económica (Montesinos, 1898).

Elementos desencadenantes:

Todas las personas se ven sometidas a lo largo de su vida a determinados acontecimientos considerados como muy dolorosos (psicotraumáticos) y que dependiendo de los factores previamente comentados pueden conducir a la autodestrucción de la persona, al suicidio. Enfermedad grave, fracaso escolar, ruptura sentimental, severos problemas económicos, muerte de un ser querido, desengaños, etc.

Al fin y al cabo, estaríamos hablando de pérdidas. Como dice Quenard (1981), *“en el origen de muchas crisis suicidas existe un problema de dependencia inconsciente en relación a un objeto, que llega a faltar. Es una problemática de duelo donde el sujeto debe negociar la desaparición o modificación de un objeto. Se puede tratar de la pérdida de un ser real, de una amenaza contra la integridad corporal o psíquica o de un peligro social”*.

5.- ELEMENTOS DE LA IDEACIÓN SUICIDA

Como hemos visto en el apartado anterior, resulta un hecho que el suicidio es un proceso que comienza con pequeñas manifestaciones en la conducta del sujeto que denotan un deseo de autodestrucción. Estos razonamientos van en aumento dentro de la mente del suicida hasta que se perpetra el acto. Las ideas suicidas se constituyen como una serie de pensamientos intrusivos y reiterativos que el individuo presenta sobre cómo provocar su propia muerte, de qué manera realizarlo, qué objetos y/o métodos utilizar y en qué circunstancias.

Existe una gran controversia a la hora de clasificar los distintos elementos de la ideación suicida, sin embargo, la comunidad científica reconoce unas particularidades concretas en esta forma de pensamiento mediante las cuales el individuo intenta comunicarse:

- La amenaza de suicidio. Se trata de una manifestación verbal o no verbal por parte del sujeto de sus intenciones de quitarse la vida. Generalmente suele dirigirse a sus personas más allegadas. Este hecho debe interpretarse como la comunicación de una posible conducta suicida en el futuro. Puede clasificarse en tres ítems:
 - Tipo I: Sin intencionalidad suicida.
 - Tipo II: Con un nivel indeterminado de intención de suicidarse.
 - Tipo III: Algún grado de intención suicida.
- Plan suicida. Engloba la enumeración de sucesos o acciones que el sujeto pretende llevar a cabo con la intención de provocar su propia muerte.
 - Sin un método específico: El sujeto presenta simplemente deseos de morir.
 - Con un método específico: El sujeto ha planeado qué instrumento o metodología empleará para provocar su muerte.
 - Con método específico no planificado: Conoce el método que empleará pero no sabe dónde o cuándo lo realizará.

- Con método específico planificado: El individuo ha planificado su muerte, el lugar donde lo realizará, busca un momento oportuno para evitar ser descubierto y ha buscado motivos que justifiquen su acción.



No todas las características nombradas anteriormente se encuentran presentes en el sujeto suicida, pues existen personas que perpetran el acto de una manera muy impulsiva sin haber mostrado antes ningún síntoma o comportamiento inusual previo.

6.- FASES DE LA VIVENCIA SUICIDA

Walter J. Pödlinger, (psiquiatra austriaco 1929-2002), describe tres fases por las que una persona generalmente atraviesa cuando contempla la posibilidad de quitarse la vida de forma voluntaria:

- **Fase de consideración:**

En esta primera fase la persona considera que poner fin a su vida es una posibilidad para dar salida a una situación considerada como sumamente angustiada y dolorosa. En esta primera fase se ha visto que la información dada tanto en medios escritos como audiovisuales sobre otros suicidios, tiene una gran influencia en el sujeto, así como el conocimiento de historias de suicidio en familiares, amistades y vecinos. De este modo la persona puede seguir con la lógica “si otros lo hacen yo también podría”.

Por lo tanto, en esta primera fase, el sujeto se plantea el suicidio como un método para resolver los problemas que tiene (o que considera que existen).

- **Fase de ambivalencia:**

Esta fase refleja la lucha interna entre las tendencias destructivas y constructivas en la persona, es decir, que por un lado no se rechaza de una forma frontal la idea del suicidio pero por otro lado se duda de los beneficios del mismo. La duración de esta fase es variable e incluso en los individuos muy impulsivos puede ni siquiera existir.

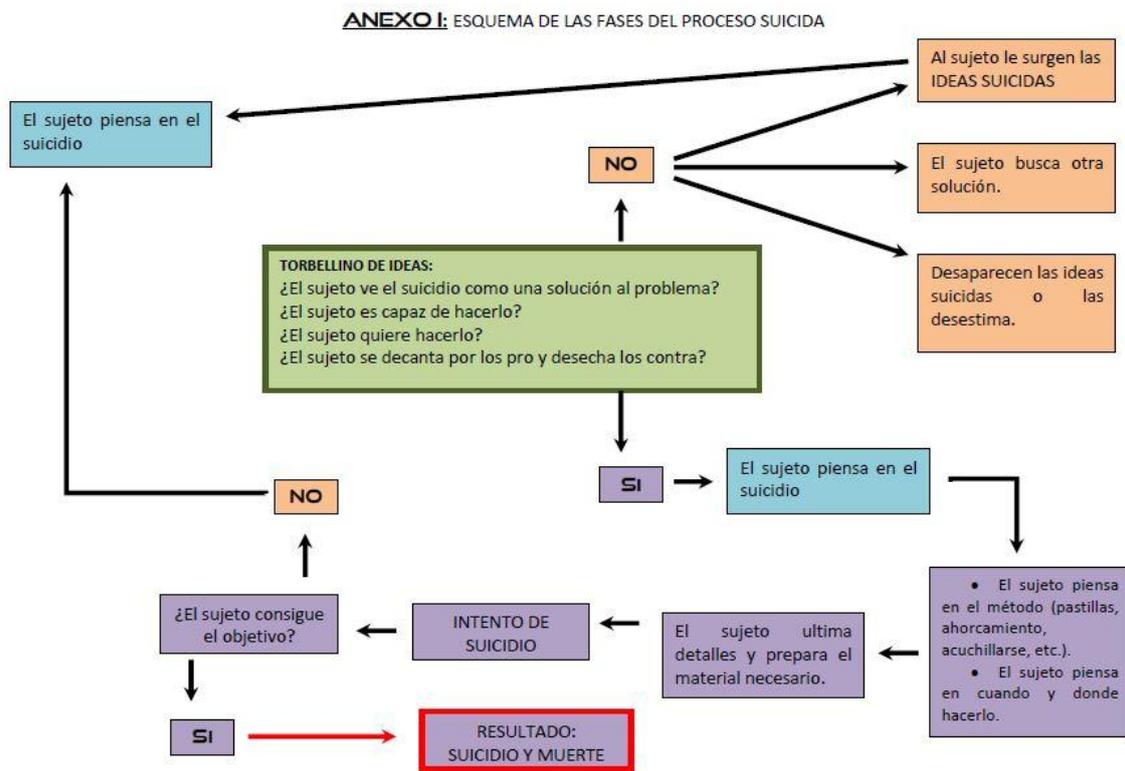
Es en esta fase donde el sujeto valora los pros y los contras del acto suicida. Por un lado, piensan que tras la acción suicida, el sufrimiento remitirá, pero también como aspecto negativo, encuentra otros elementos que le impiden tomar la decisión (por ejemplo si tiene hijos, pensará en sus cuidados).

Identificar esta etapa es fundamental para irrumpir sobre la idea suicida y prevenir el suicidio consumado.

▪ **Fase de decisión:**

Llegados a este punto, la persona ha valorado los pros y los contras y se decanta por los aspectos positivos del acto suicida, tomando la firme decisión de suicidarse.

La persona tiene ya establecido un plan más o menos detallado sobre cómo va a llevar a cabo su suicidio. A mayor precisión en los detalles, mayor riesgo suicida. Es en esta etapa donde se producen una serie de “avisos indirectos” sobre las intenciones autodestructivas de la persona, como por ejemplo una mejoría espectacular de una depresión, las despedidas o la preocupación por el testamento.



VER ANEXO I

7.- CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Podemos distinguir entre la conducta suicida sin base psicopatológica y aquella que es consecuencia de una alteración psiquiátrica, es decir, la conducta suicida que tiene que ver con procesos de salud emocional y la conducta suicida que está relacionada con una enfermedad mental.

CONDUCTA SUICIDA Y SALUD EMOCIONAL

- La conducta suicida surge como respuesta a una crisis de la vida cotidiana.
- Desencadenantes
 - Soledad
 - Rupturas
 - Pérdidas
 - Baja autoestima
 - Falta de recursos (callejón sin salida).
 - Sobrecarga emocional.

CONDUCTA SUICIDA Y ENFERMEDAD MENTAL

- La conducta suicida surge como respuesta a una crisis psicopatológica.
- Desencadenantes
 - Depresión mayor
 - Esquizofrenia
 - Trastorno límite de la personalidad
 - Toxicomanías
 - Otros trastornos de carácter psiquiátrico

8.- MITOS. CREENCIAS FALSAS SOBRE EL SUICIDIO

Un mito es un conjunto de creencias e imágenes idealizadas que se forman alrededor de un personaje o fenómeno y que le convierten en modelo o prototipo. En lo referido al suicidio, existen ciertos mitos o creencias erróneas que la población general ha ido adquiriendo con el paso del tiempo y que es necesario explicar y desmentir.



Hay numerosos mitos con respecto a los comportamientos suicidas, que todo Agente de Policía tiene que tener muy presente a la hora de abordar una situación relacionada con una persona con perfil suicida. A continuación se presentan algunos de los más comunes (datos de la OMS):

MITO 1.- El que se quiere matar no lo dice. Criterio equivocado pues conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse. **Criterio científico:** De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.

MITO 2.- El que lo dice no lo hace. Criterio equivocado ya que conduce a minimizar las amenazas suicidas que pueden ser consideradas erróneamente como chantajes, manipulaciones, alardes, etc. **Criterio científico:** Todo el que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría.

MITO 3.- Los que intentan el suicidio no desean morir, sólo hacen el alarde. Criterio equivocado porque condiciona una actitud de rechazo a quienes atentan contra su vida, lo que entorpece la ayuda que estos individuos necesitan. **Criterio científico:** Aunque no todos los que intentan el suicidio desean morir, es un error tildarlos de alardosos, pues son personas que han fracasado en el empleo de mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto el intentar contra su vida.

MITO 4.- Las personas que hablan acerca del suicidio no se hacen daño pues sólo quieren llamar la atención. **Criterio científico:** los terapeutas y agentes de ayuda deben tomar todas las precauciones posibles al confrontar a una persona que habla acerca de ideas, planes o intenciones suicidas. Todas las amenazas de daño a sí mismo se deben tomar en serio.

MITO 5.- El suicidio es siempre impulsivo y ocurre sin advertencia. **Criterio científico:** El suicidio puede parecer impulsivo, pero también puede haber sido considerado durante algún tiempo. Muchos suicidas dan algún tipo de indicación verbal o conductual acerca de sus intenciones de hacerse daño.

MITO 6.- Los suicidas de verdad quieren morir o están resueltos a matarse. **Criterio científico:** la mayoría de las personas con ideas suicidas comunican sus pensamientos por lo menos a una persona, o llaman a una línea telefónica de crisis o al médico, lo cual es prueba de ambivalencia, no de intención irrevocable de matarse.

MITO 7.- Cuando un individuo da señales de mejoría o sobrevive a un intento de suicidio, está fuera de peligro. **Criterio científico:** En realidad, uno de los momentos más peligrosos es inmediatamente después de la crisis o cuando la persona está en el hospital después de un intento de suicidio. La semana después del alta es cuando la persona está particularmente frágil y en peligro de hacerse daño. Puesto que el comportamiento pasado es pronóstico de comportamiento futuro, el suicida sigue estando en situación de riesgo.

MITO 8.- El suicidio es siempre hereditario. **Criterio científico:** No todo suicidio se puede relacionar con la herencia, y los estudios concluyentes son limitados. Sin embargo, el historial familiar de suicidio es un factor de riesgo importante de comportamiento suicida, particularmente en familias en que la depresión es común.

MITO 9.- Las personas que se suicidan o lo intentan siempre, tienen un trastorno mental. **Criterio científico:** Los comportamientos suicidas se han asociado con depresión, abuso de sustancias, esquizofrenia y otros trastornos mentales, además de comportamientos destructivos y agresivos. Sin embargo, esta asociación no se debe sobrestimar. Hay casos suicidas en que no es posible asociar ningún trastorno mental evidente.

MITO 10.- Si se reta a un suicida, no lo realiza. Criterio equivocado que pretende probar fuerzas con el sujeto en crisis suicida, desconociendo el peligro que significa su vulnerabilidad. **Criterio científico:** Retar al suicida es un acto irresponsable pues se está frente a una persona vulnerable en situación de crisis, cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, predominando en la actualidad los deseos de autodestruirse.

MITO 11.- Al hablar sobre el suicidio con una persona que esté en riesgo se le puede incitar a que lo realice. Criterio equivocado que infunde temor para abordar la temática del suicidio en quienes están en riesgo de cometerlo. **Criterio científico:** Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.

MITO 12.- Los que intentan el suicidio y los que se suicidan son individuos peligrosos, pues igual que atentan contra sí mismos pueden hacerlo contra los demás. Criterio equivocado que tiende a generar temor al enfrentamiento a este tipo de individuos. **Criterio científico:** El homicidio es un acto heteroagresivo. El suicidio, por lo general es un acto autoagresivo, en el que los impulsos destructivos el sujeto los vierte contra sí mismo. Existen ocasiones en las que el suicida, antes de morir, mata a otros que no desean morir, como en el llamado suicidio ampliado, en depresiones con síntomas psicóticos y en dramas pasionales en los que el homicida- suicida presenta un trastorno mental generalmente de espectro depresivo.

MITO 13.- Cuando una depresión grave mejora ya no hay riesgo de suicidio. Criterio equivocado que ha costado no pocas vidas, pues desconoce que en los deprimidos suicidas el componente motor mejora primero que el componente ideático. **Criterio científico:** Casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado.

MITO 14.- El acercarse a una persona en crisis suicida sin la debida preparación para ello y sólo mediante el sentido común, es perjudicial y hace perder el tiempo para su abordaje adecuado. Criterio equivocado que intenta limitar la participación de voluntarios en la prevención del suicidio. **Criterio científico:** Si el sentido común nos hace asumir una postura de paciente y atenta escucha, con reales deseos de ayudar al sujeto en crisis a encontrar otras soluciones que no sean el suicidio, se habrá iniciado la prevención.

9.- FACTORES DE RIESGO

La OMS define **Factor de Riesgo** como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

En epidemiología un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Los factores de riesgo implican que las personas afectadas por dicho factor de riesgo, presentan un riesgo sanitario mayor al de las personas sin este factor.

A partir de los numerosos estudios realizados se ha podido constatar que existen una serie de situaciones sociales, familiares y personales que hacen aumentar la probabilidad de aparición de los pensamientos, intentos y/o conductas suicidas.

Cuanto más factores de riesgo concurren en una misma persona, mayor será la probabilidad de que la persona realice un intento o una conducta suicida. Ahora bien, que no se den estos factores de riesgo no significa que la persona no pueda llevar a cabo un intento de suicidio.

Entre los principales factores de riesgo detectados destacan:

FACTORES DE RIESGO PERSONALES

- Presencia de una enfermedad médica invalidante (cáncer terminal, enfermedades neurodegenerativas...).
- Padecer una enfermedad mental, especialmente depresión, trastorno bipolar, trastorno por abuso de sustancias (alcohol y otras drogas), esquizofrenia o trastorno límite de la personalidad).
- Debut reciente en una enfermedad mental grave y persistente.
- Alta reciente de una unidad de hospitalización psiquiátrica.
- Mala evolución de la enfermedad mental, caracterizada por constantes recaídas, o por la presencia persistente de sintomatología activa.

- Escasa adherencia al tratamiento farmacológico prescrito.
- Antecedentes personales de ideación o tentativas suicidas: La existencia de antecedentes personales de intentos autolíticos en el pasado, es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posibilidad de un futuro suicidio consumado.
 - A más números de intentos, mayor riesgo.
 - A más gravedad de los intentos previos, mayor riesgo.
 - A mayor grado de ocultación de los mismos, mayor riesgo.
- Sentimientos de fracaso personal, indefensión y desesperanza frente a la vida y su futuro.
- Altos niveles de impulsividad, agresividad y baja tolerancia a la frustración

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES

- Antecedentes familiares de suicidio.
- Pertener a una familia con altos niveles de hostilidad.
- Abuso de alcohol o drogas en el ámbito familiar.
- Haber sufrido o sufrir maltrato físico, psicológico y/o abuso sexual (en este apartado se incluiría a las víctimas de la violencia de género).

FACTORES DE RIESGO SOCIALES

- Desempleo
- Ausencia/pérdida de una red social de apoyo (por ejemplo, pertenecer a un club deportivo o a una asociación y que este/a desaparezca).
- Aislamiento social
- Dificultad para acceder a los servicios de atención socio-sanitarios especializados: Servicios de Salud Mental y Servicios Sociales.
- Presencia de acontecimientos vitales negativos (por ejemplo, muerte de una persona querida, ruptura de pareja, problemas con la justicia...).

10.- FACTORES DE PROTECCIÓN

Al igual, y en base a numerosos estudios realizados, se ha podido constatar que existen una serie de situaciones sociales, familiares y personales que disminuyen la probabilidad de aparición de los pensamientos, intentos y/o conductas suicidas y que por tanto, habrá que promover y reforzar para así prevenir la conducta suicida.

Cuanto más factores de protección concurren en una misma persona, menor será la probabilidad de que la persona realice un intento o una conducta suicida. Ahora bien, que estos factores de protección estén presentes no significa que la persona no pueda llevar a cabo un intento suicida.

FACTORES DE PROTECCIÓN PERSONALES

- Presencia de habilidades de comunicación.
- Presencia de habilidades para encarar y resolver los problemas de manera adaptativa.
- Búsqueda de consejo y ayuda cuando surgen dificultades.
- Receptividad hacia las experiencias y soluciones de las otras personas.
- Tener confianza en uno mismo.
- Actitudes y valores positivos, tales como el respeto, la solidaridad, la cooperación, la justicia y la amistad.
- Creencias religiosas.

FACTORES DE PROTECCIÓN FAMILIAR

- Apoyo familiar, caracterizado por una cohesión alta.

FACTORES DE PROTECCIÓN SOCIAL

- Apoyo social de calidad y consistencia. Los amigos constituyen uno de los factores de protección más efectivos en la prevención de la conducta suicida.

11.- SEÑALES DE ALARMA DE RIESGO DE SUICIDIO

Muchas personas, antes de intentar suicidarse, evidencian una serie de signos y síntomas que hacen posible la detección del riesgo suicida. Es muy importante conocer cuáles son estas señales de alerta para minimizar el riesgo de aparición de un intento suicida.

Ante un intento de suicidio, sería interesante (siempre, claro está, si el tiempo y las circunstancias lo permiten), entrevistarnos con familiares y allegados a fin de recabar información en base a estas señales que a continuación se exponen y que podrían indicarnos que alguien está pensando en acabar con su vida:

Hay que estar especialmente atentos con personas que verbalizan directamente o indirectamente la idea o posibilidad de suicidarse, con frases como:

- “Ya no hago nada en esta vida”
- “Quiero quitarme de en medio”
- “La vida no merece la pena”
- “Lo que quisiera es morirme”
- “Para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto”
- “Esto no durará mucho”, “pronto aliviaré mi sufrimiento”
- “Dejaré de ser una carga”

Así como las frases dirigidas hacia él mismo, el futuro o la vida tales como:

- “No valgo para nada”
- “Estaríais mejor sin mí”
- “Estoy cansado de luchar”
- “Quiero terminar con todo”
- “Las cosas no van a mejorar nunca”.

Amenazan o se comenta a personas cercanas su amenaza, lo cual se podría entender como una petición de ayuda.



Realizan comentarios a personas cercanas la insatisfacción y poca voluntad de vivir antes que al profesional sanitario, por lo que puede ser de gran utilidad obtener información del entorno personal. (Aquí entra en juego nuestra labor policial de indagación con fines preventivos).

Desarrollan actividades compatibles con preparativos para quitarse la vida, como por ejemplo, arreglar documentos, cerrar asuntos, preparar el testamento, regalar objetos o bienes y despedirse.

Expresan estar solos/as y/o aislados/as y se ven incapaces de sobrellevar la vida cotidiana.

Expresan sentimientos de impotencia, indefensión, depresión y especialmente desesperanza.

Pierden interés por aficiones, obligaciones, familia, amistades, trabajo y apariencia personal y comienzan a aislarse personal y socialmente.

Están deprimidos y mejoran de forma repentina e inesperada, momento en el cual pueden sentirse con fuerzas suficientes para llevar a cabo sus planes de suicidio.

Experimentan cambios de conducta repentinos.

Realizan acciones de recolección de información sobre autolesiones, métodos de suicidio.

Adquieren de forma repentina útiles que pueden ayudar al suicidio sin motivación aparente.

12.- TIPOS DE SUICIDIO SEGÚN MÉTODO EMPLEADO

Las personas que eligen darse muerte recurren a diferentes medios para ello según la intencionalidad concreta de su acción, de su necesidad de tener el control de la situación, del nivel de sufrimiento que quieren padecer o simplemente de la disponibilidad de medios concretos a su alcance. Si se clasifican los suicidios e intentos de suicidio por el método empleado para ello, podemos encontrarnos con diferentes tipos.

Método blando:

Se trata de formas de suicidio que en principio no causan traumas evidentes y que tienden a causar adormecimiento y poco dolor. Una de las principales formas de suicidio con métodos blandos es la ingestión de cantidades masivas de fármacos, como los barbitúricos. La persona suele tener un papel más pasivo en su propia muerte, esperando los efectos de su acción.

Asimismo suponen una mayor probabilidad de arrepentimiento y salvación, y en muchos casos los efectos pueden ser revertidos antes de que causen el fallecimiento.

Método duro:

Dentro de esta clasificación se incorporan métodos que implican una mayor brutalidad, tales como el suicidio mediante el uso de armas (sean armas blancas o de fuego), electrocutarse, arrojarse al vacío o el ahorcamiento. Tienden a suponer una mayor probabilidad de muerte que los métodos blandos.

En comparación con las formas blandas de suicidio, es mucho más probable que causen algún tipo de sufrimiento. También suelen ser métodos que suponen una actuación directa del individuo a la hora de provocar su propia muerte.

Empleo de métodos extraños:

Este tipo de suicidios suelen provocar un elevado nivel de sufrimiento antes de producir la muerte, revistiendo cierta crueldad hacia uno mismo. Suelen ser llevadas a cabo en situaciones de psicopatología, especialmente psicótica. Ejemplos de ello serían la ingesta de sustancias corrosivas o cortantes, ahogarse a sí mismo o prácticas auto caníbales.

No suelen ser muy comunes.

Métodos para enmascarar:

Se trata de muertes que son provocados por la propia persona de una manera tal que pueden confundirse con muertes naturales o con homicidios. Suelen perseguir una intencionalidad concreta, como el cobro de seguros de vida por parte de allegados o inculpar a alguien de la propia muerte.

MÉTODOS MÁS EMPLEADOS

MÉTODOS MÁS EMPLEADOS EN SUICIDIOS E INTENTOS DE SUICIDIO

- AHORCAMIENTO
- PRECIPITARSE AL VACÍO: Tirarse desde gran altura. Vivienda, puente, etc.
- INTOXICACIÓN POR MEDICAMENTOS
- HERIDAS GRAVES: Cuchillos, pistola, escopeta.
- POR ENVENENAMIENTO: Productos de limpieza, ácidos, productos fitosanitarios.
- POR ASFIXIA
- POR INTOXICACIÓN DE GASES
- POR DESCARGA ELECTRICA
- QUEMARSE O INCENDIARSE
- POR ACCIDENTES DE TRÁFICO O SER ATROPELLADO INTENCIONADAMENTE
- TRAGARSE OBJETOS PUNZANTES O CORTANTES

Sustancias químicas.

Los productos de limpieza caseros, pesticidas, tal como se usan en la agricultura, son métodos comunes y desagradables del suicidio. Los plaguicidas constituyen una causa significativa de suicidio en zonas rurales.

Armas.

Métodos comunes y de fácil acceso para hacerse autolesiones son: cuerdas, cuchillos y armas de fuego. En la comunidad en general, puede que las cuerdas no se consideren como armas pero son el método más común de suicidio en las zonas rurales. Otro método común es infligirse autolesiones cortantes mortales.

Saltar o lanzarse.

Las personas imprudentes o impulsivas corren el riesgo de suicidarse por este medio. Considerando que el individuo debe pensar sobre el método a emplear y hacer un plan si piensa usar otros métodos, esta forma de suicidarse puede lograrse con poca premeditación. Suelen elegir lanzarse al metro, al tren, desde viviendas/edificios o desde puentes elevados.

Conducir demasiado rápido y con imprudencia temeraria, o intoxicación con monóxido de carbono.

Colisionar un vehículo a gran velocidad da la apariencia de un accidente de tráfico, y puede eliminar algo los sentimientos de culpa que se sienten cuando se eligen métodos más agresivos. Usar los gases del escape de un vehículo para inducir la inconsciencia y la muerte también es un método utilizado.

Medicamentos.

Suspender o dejar de tomar los medicamentos. Las personas que sufren de depresión tienen alto riesgo de suicidio particularmente si no toman los medicamentos prescritos apropiadamente. Como medio utilizado: Acumular los medicamentos hasta que la persona crea que ya tiene suficientes para cometer suicidio.

13- EL SUICIDIO EN GRUPOS VULNERABLES

13.1 CONDUCTA SUICIDA EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es un factor de riesgo para la aparición de comportamientos suicidas y en las últimas décadas se ha observado un aumento en esta edad y en la infancia.

La conducta suicida tiene la misma definición en la infancia que en la edad adulta. El objetivo de la ideación o acción suicida es la muerte, con independencia de que en la infancia se tenga un concepto maduro de la finalidad de la muerte.



Antes de abordar la conducta suicida en el adolescente, vamos a recordar algunas características sobre la adolescencia que nos pueden ayudar a comprender mejor esta etapa de la vida.

La adolescencia supone un periodo de crisis, marcada fundamentalmente por el cambio, la ambivalencia y la oposición. El cambio se produce tanto a nivel biológico como psicológico y social. La adolescencia es un período primordialmente de duelos. Se produce la pérdida del cuerpo infantil, de los roles infantiles, de la dependencia de los padres, pierde también los padres de la infancia y en definitiva, pierde su identidad. Durante esta etapa el adolescente lucha por la construcción de su realidad psíquica, por la reconstrucción de sus vínculos con el mundo exterior, y por su identidad.

Schneiderman, distingue los diferentes tipos de conducta suicida

- Impulsiva: Tras una desilusión, frustración o importante enfado.
- Por la sensación de que “la vida no vale la pena”.
- Por un problema físico grave: Sensación de que “no hay salida”
- Como forma de expresión: Para captar el interés de los demás o transmitir algo a los demás

Por lo tanto, puede tener distintos significados:

- Como huida de una situación insoportable.
- Como petición de ayuda, a veces no sabe cómo transmitir su conflicto.
- Puede ser una forma de autoagresión, de autocastigo.
- Como forma de agredir a los demás, de castigar a otras personas con su acto (heteroagresividad).
- Suele estar presente la idea de un control mágico de la situación. El suicidio es un acto omnipotente, la persona que quiere quitarse la vida muere cuando quiere y como quiere. Es algo poderoso.

Van Heeringen, 2003, describe los sentimientos y la vivencia básica de los jóvenes con conducta suicida. Estos sentimientos son de:

- Derrotismo, incapacidad para resolver problemas, desesperanza
- Pensamientos negativos
- Imposibilidad de escape
- Imposibilidad de rescate

Características de la conducta suicida en los adolescentes (Villardón, 1993)

- No es planificada cuidadosamente.
- Comienza en la infancia.
- Son frecuentes las ideas suicidas.
- Suicidio=chantaje. Es una manera de manifestar su malestar o incapacidad.
- Características de las familias: carencias afectivas, control excesivo, ausencia de límites, conflicto en la pareja o relaciones simbióticas.

Además de los posibles factores que pudieran intervenir como desencadenantes de una conducta suicida (factores de riesgo familiares e individuales y de personalidad) como policías, debemos de tener muy presente los factores que actualmente están desencadenando numerosos casos de suicidio en adolescentes como pueden ser los **factores culturales y sociales**:

- Rupturas sentimentales (jóvenes que rompen con su pareja).
- Desajustes culturales (emigrantes que no consiguen encajar en su nuevo destino).
- Aislamiento social
- Presión/rechazo por el entorno
 - Bullying escolar
 - Ciberbullying
- Modelización y efecto contagio

Sobre este último punto y relacionado con las redes sociales, hay que hacer mención a los casos que salieron a la luz en España el pasado año 2017, sobre suicidios e incitación al acto suicida con el macabro juego online de origen Ruso, “Ballena Azul”.

Relacionan el juego mortal de la 'Ballena Azul' con el suicidio del niño de 12 años de Murcia

Según reconocen varias fuentes del entorno de la víctima a EL ESPAÑOL, el macabro reto de la Ballena Azul sería la razón por la que el joven apareció ahorcado en la habitación de su casa en La Unión (Murcia).

19 abril, 2018 - 13:05

EN: LA UNIÓN (MURCIA) SUCEOS JUEGO DE LA BALLENA AZUL MURCIA (PROVINCIA) MENORES

Para más información, **VER ANEXO III**

Para finalizar el punto, se indican algunas de las señales de alarma que pueden aparecer ante un inminente caso de suicidio en menores y adolescentes:

- Cambios en los patrones alimentarios o de sueño
- Aislamiento de amigos, familiares o actividades habituales
- Conducta rebelde, violenta, fugas del hogar,...

- Aumento en el uso de drogas o alcohol
- Abandono del cuidado de su aspecto físico
- Aburrimiento persistente, quejas de falta de concentración, empeoramiento académico
- Quejas físicas relacionadas con cambios en el estado emocional
- Pérdida de interés por actividades placenteras
- Intolerancia al elogio o las recompensas
- Manifestar sentirse “horrible” interiormente
- Comentarios tales como: “ya no seré un problema durante mucho más tiempo”, “ya nada importa”, “no te volveré a ver”.
- Poner sus cosas en orden (por ejemplo, regalar sus pertenencias,...)
- Volverse súbitamente alegre en una fase de tristeza

Señales de alarma en la escuela

- Falta de interés en las actividades cotidianas
- Descenso general en las calificaciones
- Disminución del esfuerzo
- Comportamiento inadecuado en la clase
- Ausencias inexplicables, repetidas o inasistencia sin permiso
- Beber o uso inadecuado de drogas
- Incidentes que conducen a violencia estudiantil o intervenciones de la policía.

13.2 CONDUCTA SUICIDA EN PERSONAS MAYORES

Las personas mayores de 60 años tienen un especial riesgo asociado al suicidio que aumenta conforme va aumentando la edad. Los factores de riesgo que se asocian al suicidio en las personas mayores tienen que ver con las enfermedades crónicas, terminales, con la discapacidad, las hospitalizaciones prolongadas, el deterioro cognitivo (demencia), la soledad, la inactividad, la ausencia de proyectos vitales y la carencia de relaciones sociales.

Características de la conducta suicida de personas mayores

- En España, más del 32% de los suicidios son cometidos por personas mayores.
- Prevalencia de síndromes depresivos.
- Sienten que su única compañía son la soledad y los recuerdos.

- Aislamiento afectivo.
- Sensación de estorbo , sentirse una carga.
- No tener miedo al dolor corporal.
- Carencia de soporte familiar, institucional o social.
- Enfermedades crónicas.
- Suicidio cuidadosamente planificado.
- Realizan menos intentos de suicidio.
- Usan métodos letales.
- Reflejan menos señales de aviso.
- Dichos actos son premeditados, reflexivos.
- Pueden asumir la forma de suicidios pasivos (dejarse morir).



Al igual que en el caso de los adolescentes, este grupo de riesgo, además de los posibles factores personales e individuales, debemos tener en cuenta los socio-familiares:

- Viudedad reciente.
- Pérdidas familiares.
- Soledad.
- Cambio de casa/residencia.

Señales de alarma a tener en cuenta:

- Testamento legal o no, o informar sobre la gestión de los bienes
- Trámites para «poner las cosas en orden»
- Regalar sus bienes o animales de compañía
- Comprarse un arma
- Despedidas y comentarios «no tendréis que preocuparos más de mi, dejaré de ser una carga.».
- Almacenar píldoras
- Ir al médico sin razones aparentes. Volver al médico después de una visita reciente
- No tomarse una medicación indispensable. Rehusar el tratamiento que se ofrece
- Estados de súbita mejoría del estado de ánimo deprimido, hiperactividad o sentimientos de calma inefable. Así como los cambios bruscos de humor, con irritabilidad, agresividad o agitación.

Dentro de la población anciana debe extremarse la valoración de la ideación suicida, porque **los ancianos comunican menos sus intenciones que los jóvenes y también hacen menos intentos suicidas que éstos.**



14- INTERVENCIÓN POLICIAL ANTE SUJETOS CON IDEAS SUICIDAS

12.1 CONSIDERACIONES PREVIAS

Policialmente hablando, cada intervención que se nos presente, cada sujeto, cada escenario..., en definitiva, cada contexto será único y diferente. En estas situaciones críticas aparecerán en juego un amplio repertorio de variables y por desgracia, no se dispondrá de una regla fija para actuar. No existen las palabras mágicas y, ni tan siquiera siguiendo las indicaciones que a continuación se exponen, aseguran un resultado cien por cien favorable aunque bien es cierto, ayudan, con un elevado índice de probabilidad, a que la actuación se resuelva sin tener que lamentar.

A la llegada de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, generalmente, se genera una situación de tensión y hacen que la probabilidad de que el sujeto (ante la presencia de éstos) se sienta amenazado, sea un factor para acelerar el proceso de suicidio. Por otra parte, contaremos con otra variable que no juega precisamente a nuestro favor. Se trata de los posibles espectadores que se encuentren en el lugar, que harán que nos sintamos observados, presionados e incluso cuestionados.

También indicar que en ciertos casos, a pesar de la intervención de los profesionales, el suicidio finalmente puede consumarse y puede llegar a desencadenar en estos profesionales, sentimientos de culpa e inseguridad en su actuación. Por lo tanto siempre debemos tener claro, que el que decide suicidarse o no, es el propio sujeto, por lo que nosotros (como Policías) no somos los culpables de lo que pueda ocurrir allí.

Como profesionales, debemos tener estas cuestiones bien presentes y focalizar nuestra intervención en el objetivo final, que no es otro, que anular el intento de suicidio en ese mismo tiempo-lugar y derivar al sujeto a otro tipo de recursos de ayuda mucho más especializada (médico de atención primaria, psicólogo, etc.).

12.2 INTERVENCIÓN POLICIAL CON LA FAMILIA Y ALLEGADOS

Solamente si lo pide o con su permiso intentaremos involucrar presencialmente en la situación a miembros de su familia o amigos cercanos, pero después de evaluar la situación ya que, en ocasiones su presencia, si son parte del problema antecedente, precipitarán la conducta suicida.

Generalmente los estímulos externos inducen respuestas de más alta intensidad, frecuencia y duración que los eventos privados. Si son parte del problema o lo ignoramos, la familia será retirada del campo visual y auditivo mutuo para eliminar su función amenazante o discriminativa.

Se buscará un lugar tranquilo e íntimo y alejado del lugar. Otro policía será el encargado del acompañamiento y si es posible, tratará de conseguir datos relevantes de las motivaciones del suicida que hará llegar, si es posible, al compañero que está realizando la intervención directa con el sujeto.

12.3 INTERVENCIÓN POLICIAL CON LOS CURIOSOS

Hace referencia a testigos circunstanciales, viandantes, periodistas, etc. que están en el entorno de la situación suicida.

El sujeto puede sentirse reforzado socialmente y cumplir su amenaza. Existe un acuerdo generalizado que es muy negativo para el sujeto suicida tener testigos de su conducta ya que favorecen la consumación por su función amenazante, discriminativa y reforzante.

Puesto que pueden llegar a dificultar la intervención, se debe retirar a las personas que simplemente están allí para ver lo que pasa y se delimitará un perímetro que permita trabajar a todo el personal profesional (equipo médico, psicólogo/a, bomberos, etc.).

12.4 INTERVENCIÓN POLICIAL CON EL SUJETO

Ante una persona que intenta quitarse la vida, para él, los elementos con función amenazante o discriminativa son los uniformes, las armas, cascos (bomberos), señales identificativas, grúas, sirenas, señales luminosas, etc. también que cuando la policía interviene, generalmente lo hacen en grupo, lo que reduce la privacidad y la posible relación empática.

Es importante que, intervenga con el suicida una sola persona y con los menos elementos identificativos posibles, por lo que no es mala idea el desprenderse de la gorra, del cinturón con el resto de material policial e incluso de la parte superior del uniforme. Debemos dar sensación de ayuda y no de represión.

Ante situaciones de riesgo inminente de suicidio, nuestro objetivo será el de disuadir a la persona de su intención de suicidarse, rescatándola y garantizando su seguridad hasta que sea transferida a los servicios de emergencia sanitaria.

Tener cuidado con los domicilios en pisos altos, la precipitación es el segundo método de suicidio más frecuente en España en el medio urbano, y en el medio rural, el ahorcamiento.

En estos casos, una de las mejores herramientas de disuasión es sin duda alguna el diálogo y las habilidades del policía para ser capaz de preguntar y saber escuchar. Por lo tanto es muy importante tener presente ciertas **habilidades de escucha activa**:

- No juzgar a la persona. No reprocharle su manera de pensar o actuar.
- Tomar las amenazas en serio, no criticar, no discutir, no utilizar sarcasmos, ni desafíos. Minimizar sus ideas es una actitud equivocada.
- No entrar en pánico.
- Adoptar una disposición de escucha auténtica y reflexiva.
- Comprender que, por muy extraña que parezca la situación, la persona en riesgo está atravesando por un momento muy difícil en su vida.
- Emplear términos y frases amables y mantener una conducta de respeto (por ejemplo dirigiéndose a la persona: “Me gustaría que me dieras una oportunidad para ayudarte”).
- Hablar de su idea de cometer suicidio abiertamente y sin temor (recuerda que hay que descartar el mito de que nosotros le vamos a dar la idea de suicidarse).
- Conocer los motivos que le llevan a querer acabar con su vida y barajar alternativas de solucionarlo o brindar apoyo emocional si ya no tiene solución.
- Retirar del alcance del sujeto los objetos potencialmente peligrosos.
- Desconfiar de actitudes del sujeto de excesiva sumisión, tranquilidad y colaboración.
- Solicitar con la mayor brevedad posible, la asistencia médica correspondiente y responsabilizarse de que el sujeto la reciba.

ACTUACIONES BÁSICAS: RECOMENDACIONES Y CONSEJOS FRENTE A LA INTERVENCIÓN

En caso de que la persona en riesgo contactara telefónicamente, se intentará recabar la máxima información y mantenerla el mayor tiempo posible al teléfono.

Antes de intervenir en una situación de riesgo de suicidio inminente, es conveniente haber obtenido toda la información posible entre las personas del entorno:

- Nombre del sujeto (muy recomendable, dirigirse por su nombre).

- Posible precipitante del intento (cual ha podido ser la gota que ha colmado el vaso)
- Problemas principales que han llevado a generar el intento suicida.
- Preguntar sobre intentos previos y en caso afirmativo, método empleado.
- Si el sujeto ha consumido alcohol y/o drogas.
- Si padece algún tipo de enfermedad mental o física
- Profesión. A que se dedica (cuantos más datos sepamos del sujeto, mejor podremos empatizar con él).
- Contexto socio-familiar en el que vive.
- Aficiones y preferencias tiene el sujeto.

Desde el primer momento, deberemos actuar con mucha paciencia, tranquilidad y empatía, transmitiendo calma y creando un clima de confianza mediante una actitud comprensiva, de escucha auténtica e interés genuino por la persona.

Presentación: Debemos dar a conocer nuestro nombre y la profesión a la mayor distancia pero suficiente para tener contacto visual y auditivo con el sujeto. El policía debe presentarse como un profesional y manifestar que está en esa situación para ofrecer la ayuda que se le demande.

Realizar un acercamiento físico muy progresivo, sin brusquedades, manteniendo inicialmente una distancia prudencial que no resulte ni fría ni invasiva para la persona. Siempre pidiendo permiso para ello, anticipando, avisando y describiendo cada uno de los movimientos que realice, reforzando el consentimiento verbalmente o mediante gestos (gracias, vale, de acuerdo, muy bien, asentimiento, sonrisa). Hay que tener en cuenta que el acercamiento debe ser lento y pausado ya que los movimientos o acciones bruscas pueden alterar al sujeto. Si la persona lo permite, el contacto físico (por ejemplo, una mano sobre el hombro) puede ser muy positivo y contenedor de las emociones.

A veces puede ser útil un abordaje indirecto, interesándose por las necesidades básicas de la persona (por ejemplo, ofreciéndole agua, ropa de abrigo para el frío, etc.) para cambiar el foco de atención de la persona y que esta se sienta cuidada y atendida. Utilizar apoyos del entorno para la aproximación; parece y es natural utilizar elementos propios o del entorno para realizar el acercamiento (silla, mesa, cigarro, bebida, teléfono, pared,) siempre para intentar acercarnos lo suficiente para poder establecer el rol correspondiente.

Sutilmente retiraremos de su entorno todo tipo de material susceptible de ser utilizado potencialmente con finalidad suicida. Pensar siempre que, si ha fracasado en un intento previo, podrá utilizar un método más letal al previamente usado.



Acercamiento psicológico: Hay que intentar combinar la aproximación física con la psicológica mediante la conexión empática sucesiva y la escucha activa, todo ello lentamente ya que intentar convencerle de forma inmediata propicia el fracaso. Recordar que cuando una persona siente emociones, estas no se pueden discutir ya que es el propio sujeto quien las padece.

Utilizar frases cortas. Es más probable que la actuación fracase si se habla más de lo que se escucha. Tolerar los silencios, también comunican. Se deben utilizar los silencios y respetar los suyos como parte de la comunicación adecuada. El profesional debe estar entrenado en habilidades sociales y un aspecto importante es ser capaz de soportar los silencios del interlocutor.

También es importante estar atentos a la comunicación no verbal (por ejemplo, tensión muscular, temblores, etc.).

Preguntar cuando sea posible por los motivos para querer suicidarse, empezando por preguntas generales y yendo progresivamente hacia la concreción. Utilizar la palabra “suicidio” con normalidad, sin que la persona perciba rechazo alguno.

Si la decisión de suicidarse es firme, se intentará generar ambivalencia o dudas sobre este propósito. Si ya existen dudas, se procurará reforzar los aspectos negativos de la decisión y potenciar los aspectos positivos de seguir viviendo.

Es muy importante no cuestionarle, tampoco culpabilizarle o sobreprotegerle. El proceso empático consistirá en contagiarse emocionalmente (el policía imitará pequeños gestos verbales y posturales) y aprobará sus reacciones con excepción de la acción suicida. En estos casos el lenguaje no verbal y paralingüístico es más importante que el verbal puesto que el sujeto confuso y desbordado por sus emociones tendrá dificultades en el procesamiento lingüístico.

Se evitará generar falsas expectativas y formular promesas que no se puedan cumplir.

Puede facilitar la comunicación el compromiso de guardar secreto por parte del policía interviniente. Se preservará todo lo posible la imagen pública de la persona.

Es clave transmitir a la persona en riesgo, que la situación en la que se encuentra tiene salida, y que aunque aún no haya encontrado solución a la misma, ésta existe. Se intentará encontrar conjuntamente alternativas que la “visión en túnel” de la lógica suicida impide vislumbrar. Le explicaremos, por tanto, que el suicidio no se elige, sucede cuando el dolor que sentimos es mayor que nuestros recursos para afrontarlo.

Habrá que hacerle ver que es una decisión muy importante, que puede meditar, que puede esperar antes de tomarla y que tiene todo el tiempo que desee para pensarlo. Siempre podrá suicidarse más adelante.

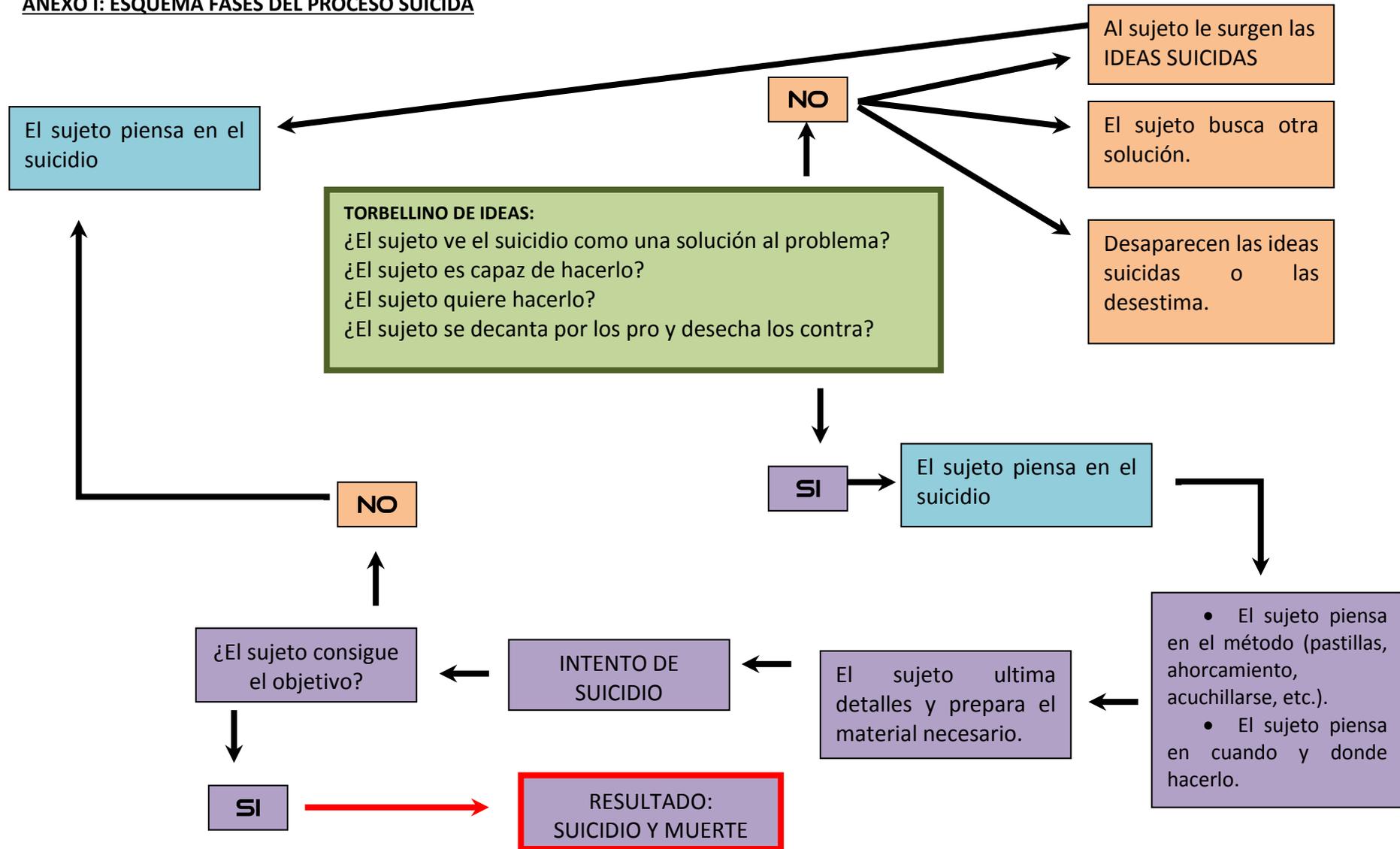
En definitiva intentaremos con estos recursos que el sujeto salga del contexto y que se aleje de su estado emocional y perceptivo e imagine situaciones ajenas para probabilizar la generalización y transferencia de toma de contacto con las soluciones.

En todo caso NO utilizar las típicas frases hechas como tranquilo, todo tiene solución, piensa en tus hijos, no hagas locuras, etc. Tampoco dar consejos, recetas o prescripciones vulgares.

Debemos de recordar que, cada minuto que pase aumentará la probabilidad de éxito en nuestra intervención, siendo la COMUNICACIÓN-ESCUCHA ACTIVA nuestra mejor y más efectiva herramienta.

15.- ANEXOS

ANEXO I: ESQUEMA FASES DEL PROCESO SUICIDA



ANEXO II: COMENTARIOS REALES DE SUPERVIVIENTES

Sentimientos de los que han sobrevivido un intento de suicidio.

Una persona que intentó suicidarse infringiéndose cortes a si misma y fue interrumpida por su marido describe algunas de sus motivaciones. El sentimiento cada vez más urgente de que debía morir suicidándose se sentía como una bola de fuego en la boca. Al principio la sentía tan caliente que era insoportable, pero cada vez que consideraba la bola de fuego del suicidio su calor disminuía hasta parecerle una solución aceptable. Pero una vez que su intento fracasó, su dolor pareció disiparse y después de un tiempo fue capaz de retomar tanto su vida como su matrimonio.

El resultado afortunado de esta historia fue que la necesidad de morir por suicidio de esta mujer se disipó. No obstante, parte de la historia demuestra que la gente sigue pensando en el suicidio después de un intento, a menos que sea dirigido a iniciar otro curso en su vida.

Lo que han dicho acerca de sobrevivir (testimonios reales).

- “Me sentí muy desanimado y que no valía nada. Pensé que debía intentarlo nuevamente.”
- “Un amigo me preguntó ‘¿por qué no me pediste ayuda?’ Otros que yo consideraba mis amigos me abandonaron como si yo no fuese nada para ellos.”
- “Sé que cuando desperté en la Sala de Cuidados Intensivos en el hospital y vi a mi padre sosteniendo mi mano junto a la cama estaba feliz de estar vivo.”
- “Fue mi mejor amigo quien logró sacarme adelante y darme un motivo para vivir. Venía regularmente al hospital, y su amor y entrega me hicieron sentir que la vida valía la pena.”

- “Pasé meses en el hospital recuperándome de mis lesiones. Simplemente no había pensado en eso cuando decidí terminar con mi vida.”

Después de un intento de suicidio.

Una entrevista con una persona que había intentado suicidarse reveló como se sentía antes y después del intento.

“Cuando intenté suicidarme sentía que no podía soportar más mi vida y que tenía que ponerle fin. Cada momento se sentía como una eternidad. Me sobrepasó la depresión. El tiempo se detuvo para mí. No pensé en mi familia ni en mis amistades. Cuando recuperé el conocimiento en el hospital después del intento no sabía por qué estaba allí o qué me había sucedido. Me preguntaba si había tenido un accidente automovilístico. Fue solo cuando la enfermera puso mi ficha en mi falda mientras me llevaba a hacerme unos exámenes que leí “intento de suicidio”. Yo estaba choqueada y no podía creerlo”.

“Me sentí conmovida cuando la familia, amigos y miembros de mi iglesia vinieron a visitarme y dejarme muestras de su cariño. Había hermosos jarrones con flores y tarjetas de buenos deseos por toda la habitación. Creo que esto me sostuvo durante este difícil momento”.

“Una cosa que me alteró mucho fue cuando el psiquiatra me preguntó por qué no había dejado una nota suicida. Pensé que él había visto demasiadas películas de Hollywood. Las notas de suicidio simplemente no formaban parte de mi perturbado razonamiento. Como dije, la depresión se apoderó de mí totalmente”.

“Pienso que todos debieran darse cuenta de que cada persona es única. Es peligroso generalizar. Desde que intenté suicidarme, he tenido que construir mi propia red de apoyo. Mis familiares tenían su propia vida y algunos de ellos simplemente no querían oír hablar de ello. Aunque todavía tengo ideas suicidas, me disuade el saber

por lo que hice pasar a mi familia. Me he construido una vida equilibrada haciendo actividades, ejercicio y haciendo amistades”.

(Grace – Comunicación personal)

Consejos que dieron (testimonios reales).

- “Vale la pena luchar por la vida. Ahora lo sé”.
- “Si yo sólo hubiese admitido mis problemas – a mi doctor, a alguien- tal vez esto no habría ocurrido jamás. Fui muy necia, pero en ese momento yo no lo veía así”.
- “Dejé de tomar un medicamento que me estaba ayudando por sus efectos colaterales. Yo no debería haber hecho eso. Lo estoy tomando nuevamente y no he pensado en el suicidio hace ya mucho tiempo”.
- “Todavía tengo ideas suicidas, pero hago todo lo posible para distraerme”.

FUENTE:

World Federation for Mental Health 2010. Enfermedad mental y suicidio: Guía para la familia para encarar y reducir los riesgos.

ANEXO III.- SOBRE NOTICIA CASO "BALLENA AZUL".

Relacionan el juego mortal de la 'Ballena Azul' con el suicidio del niño de 12 años de Murcia

Según reconocen varias fuentes del entorno de la víctima a EL ESPAÑOL, el macabro reto de la Ballena Azul sería la razón por la que el joven apareció ahorcado en la habitación de su casa en La Unión (Murcia).

19 abril, 2018 - 13:05

EN: LA UNIÓN (MURCIA) SUCEOS JUEGO DE LA BALLENA AZUL MURCIA (PROVINCIA) MENORES

Ni malos tratos, ni *bullying*. La razón por la que el niño de 12 años de La Unión (Murcia) decidió quitarse la vida sería el **peligroso juego de la Ballena Azul**, un conjunto de pruebas que inducen al suicidio. Tras las primeras hipótesis, ahora parece que la investigación abre también esta línea de análisis para tratar de explicar por qué este joven apareció ahorcado en la habitación de su casa este martes, según reconocen varias fuentes del entorno de la víctima a EL ESPAÑOL.

La *Ballena Azul* propone a los participantes **50 pruebas en 50 días**. Todas tienen un componente autolesivo, que estarán supervisadas por un 'curador' para acreditar que el jugador está cumpliendo correctamente el reto. Los jugadores son denominados *ballenas azules*.

Con una prueba diaria, **este supuesto juego alterna autolesiones**- cortes en brazos o piernas, sangrados- **con votos de silencio** -no hablar con nadie durante 24 horas- y **privación del sueño** -despertarse a las 4:20 de la mañana y acudir a escenarios de riesgo, como vías de tren o tejados, o ver durante todo un día películas de terror-. La prueba final consiste en quitarse la vida.

Los menores conocen y se inician en este macabro reto gracias a las redes sociales, principalmente **Facebook, Instagram y WhatsApp**.

LOS HECHOS

Todo ocurrió sobre las diez menos veinte de la noche. Los hechos tuvieron lugar en una vivienda tipo dúplex del barrio de Santa Bárbara. La familia, llegó a casa y se encontró la puerta de la habitación del chico cerrada. No eran capaces de tirarla abajo. Cuando consiguieron entrar, vieron que se había colgado.

Las investigaciones policiales están en marcha y que la Guardia Civil "ya ha tomado las riendas del caso. La casa está muy cerca del centro de salud de La Unión. Los sanitarios lograban reanimar al joven.

Los servicios asistenciales se llevaron al pequeño al Hospital Santa Lucía de Cartagena. Finalmente, falleció en el centro hospitalario.

Pedro López Milán, alcalde de La Unión, conocía bien a la familia. La Unión es una localidad mediana, apenas 20.000 habitantes. Todos se conocen, y la familia del joven de 12 años que se quitó la vida llevaba mucho tiempo en la zona. En la casa vivían tres hermanos, dos hermanas y los dos padres, siete personas en total. "Era un chico diez" comenta el regidor a este periódico. "Jugaba como el que más. Y era un chico cercano, un chico diez, que arrastraba de sí a la gente, muy solidario. Nunca había tenido ningún problema".

Tanto en el instituto, que cuenta con novedosos protocolos para la prevención del acoso escolar (tienen un buzón para que los alumnos escriban a los profesores si algo les sucede) como en el entorno familiar, se trataba de un chico tranquilo, normal, estudioso y deportista. Nadie se explica qué es lo que ha podido ocurrir.

Según relatan a EL ESPAÑOL fuentes del entorno de la familia del pequeño, en los próximos días, tras concluir la autopsia del cuerpo, el cadáver del pequeño será trasladado a Marruecos por la familia.

Allí, en la localidad de Taourirt, de donde los padres del chiquillo llegaron hace 20 años a la localidad murciana en la que residían actualmente, descansará el cuerpo del pequeño.

FUENTE: EL ESPAÑOL

https://www.lespanol.com/reportajes/20180419/relacionan-juego-mortal-ballena-azul-suicidio-murcia/300970405_0.html

16.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sánchez JC, Villarreal ME, Musitu G. Capítulo 12. Ideación suicida. Universidad de Valencia. <https://www.uv.es/lisis/sosa/cap13/cap12-ideacion-suic-trillas-13.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. Ginebra: 2015. Temas de salud, factores de riesgo. http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Capponi, R. (2000). Psicopatología y Semiología Psiquiátrica. Edt. Universitaria: Santiago.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2012. http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/completa/index.html
- Durkheim, E. (2005). *Suicide: A study in Sociology* (2nd ed). Taylor and Francis Hoboken.
- World Federation for Mental Health 2010. Enfermedad mental y suicidio: Guía para la familia para encarar y reducir los riesgos.
- Grupo de trabajo FEAFES. *Afrontando la realidad del suicidio. Orientaciones para su prevención*. Ed 2006. Madrid: FEAFES; 2006.
- Bobes García J, Giner Ubago J, Saiz Ruiz J. *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. 1ª ed. Madrid: Triacastela; 2011.
- Grupo de trabajo. *Guía para la detención y prevención de la conducta suicida*. Servicio Madrileño de Salud. www.madrid.org
- Pérez Barrero SA. *Los mitos sobre el suicidio, la importancia de conocerlos. El suicidio, prevención y manejo*. 2006.
- Grupo de trabajo. *Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares*. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud 2010.
- Vicente Martín Pérez. *CONDUCTA SUICIDA. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN*. Psicólogo CL-403. León. Coordinador del Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias de Castilla y León. <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.298>

RECURSOS EN RED:

- <https://www.fsme.es>
- <http://www.ine.es/>
- <https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia>
- <https://www.elperiodico.com/es/opinion/20170428/ballena-azul-macabra-incitacion-al-suicidio-editorial-de-el-periodico-6005333>
- https://www.lespanol.com/reportajes/20180419/relacionan-juego-mortal-ballena-azul-suicidio-murcia/300970405_0.html