Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea

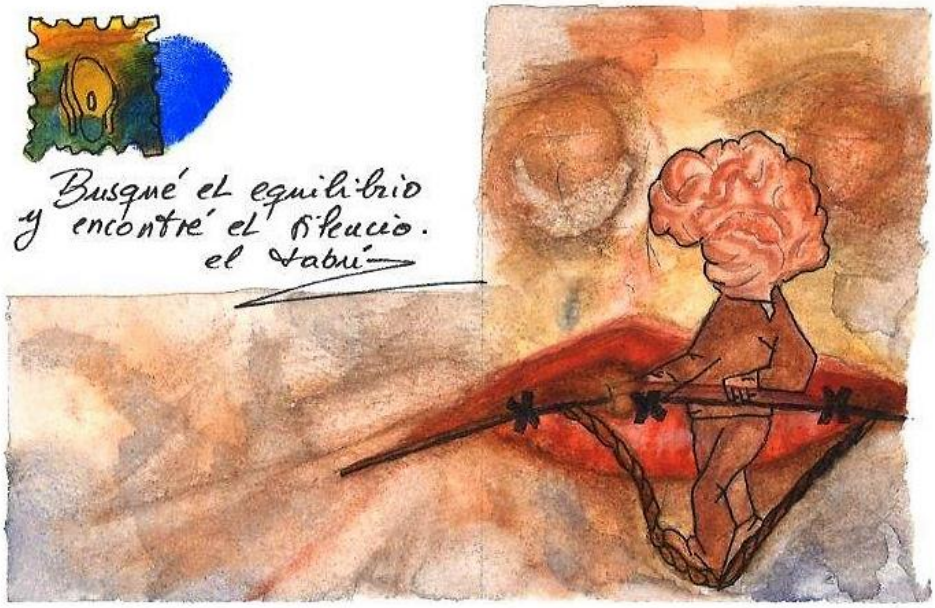
Zuzenbide Fakultatea / Facultad de Derecho

Trabajo Final de Grado

ABORDAJE INTERDISCIPLINAR SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA AL HILO DE UNA ESTRATEGIA AUTONÓMICA DE ACTUACIÓN

Elaborado por Leire Izaguirre García

y dirigido por José Martín Amenabar Beitia



Curso académico 2018/2019

Grado en Criminología

Este Trabajo Final de Grado ha sido realizado por la alumna Leire Izaguirre García, del grado en Criminología,

con DNI: 73433136 – R,

email: lizagarcia.nav@gmail.com

y teléfono: +34 679 585 226

Dirigido por José Martín Amenabar Beitia, del departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la UPV/EHU

RESUMEN

El presente trabajo teórico-práctico propone un análisis interdisciplinar del suicidio al hilo de la estrategia de actuación emprendida en Navarra. Se abarcan dimensiones micro y macro que van desde la génesis del comportamiento autolesivo hasta el tabú que lo envuelve, pasando por las estrategias para darle respuesta, el papel de los medios de comunicación en esta tarea y la realidad superviviente. Se plantea y discute la pertinencia de la autopsia psicológica y el enfoque victimológico para la investigación y postvención, así como la importancia de la educación emocional en materia preventiva. La aproximación se realiza a través de una revisión bibliográfica y entrevistas en profundidad a integrantes de la Comisión Interinstitucional para la Prevención y Actuación ante Conductas Suicidas de Navarra, junto con otros informadores clave. Se concluye la necesidad de encontrar el equilibrio entre cuestiones éticas y prácticas, de enriquecer enfoques y enfrentar firme y comprometidamente el reto de la coordinación.

Palabras Clave: Conductas suicidas, interdisciplinariedad, supervivientes, medios de comunicación, autopsia psicológica, educación emocional, victimología.

ABSTRACT

This theoretical-practical work proposes an interdisciplinary approach to suicide in line with the action strategy set out on Navarre. Micro and macro dimensions of the phenomenon are analysed, ranging from the genesis of self-harming behaviour to the taboo coupled to it. Including survivor's viewpoint, strategies for a better response and the role of the media in this complex work are deliberated. Besides, the relevance of psychological autopsy in research and postvention, the high-priority of including emotional education in preventive matters, and the need of a victimological approach are discussed too. The methodology consisted of a bibliographical review and in-depth interviews with members of the Interinstitutional Commission for Prevention and Action on Suicidal Behaviours in Navarre, together with other key informants. Final remarks include the need to balance ethical and practical issues, to include new approaches and to address the challenge of coordination in a resolute and committed manner.

Key Words: Suicide behaviour, interdisciplinarity, survivors, media, psychological autopsy, emotional education, victimology.

LABURPENA

Izaera teoriko-praktikoa duen lan honek, suizidioari buruzko analisi disziplina-anitza proposatzen du Nafarroan sustatutako akzio-planaren harira. Horretarako, dimentsio orokorrei zein bizipen konkretuei erreparatzen zaie; portaeraren genesitik hasi, suizidioak jotako senide eta lagun maiteetatik pasa eta bere buruaz beste egiteak inguratzen duen tabuak aztertzera iristeraino. Osasun publikoari dagokion arazoa dela kontuan harturik, egoerari aurre egiteko estrategiak eta komunikabideen elkarlana ere hartzen dira kontuan. Horrez gain, ikertze eta postbentzio ekimenetarako autopsia psikologikoaren erabilera, prebentzio saiakerarako adimen emozionalaren garrantzia, eta biktimologia perspektiba gehitzearen beharra ere eztabaidatzen dira. Erabilitako metodologia errebisio bibliografikoa eta sakoneko elkarrizketak osatzen dute. Elkarrizketak, Suizidioaren Prebentzioa eta Kudeaketa helburu dituen Nafarroako Komisio partaideei eta beste informatzaile klabeei gauzatu zaizkie. Ondorioen artean hiru behar identifikatzen dira: koordinazioaren erronkari aurre egiteko konpromezua eta irmotasuna azaltzea, gai etiko eta praktikoen artean oreka bilatzea eta beste zientzia eta perspektibei dagokienez ikuspegia zabaltzea.

Hitz-gakoak: jokabide suizidak, disziplina-aniztasuna, suizidioak jotako senide eta lagun maiteak, komunikabideak, autopsia psikologikoa, adimen emozionala eta biktimologia.

Agradecimientos

A Fermín por alentarme a escuchar,

a Gabriel por abrirme la primera puerta,

a las personas que han participado en las entrevistas por invitarme a entrar y sumergirme,

a Elena por no dejarme salir sin empaparme de *su saber* como superviviente,

a Piluka, mamá, por orientarme en este océano de conocimiento,

a Fitín por dar magia e imagen a estas páginas.

Postal 1: Desesperanza[1]

"Nuestro propósito tiene que ser que ninguna persona a la que se le nubla la vida tenga como única opción, y digo única, acabar con su vida. Porque acabar con la vida lamentablemente es una opción, entonces tenemos que ser capaces de aportarle más opciones para que sea capaz de elegir."

A.E. director del Teléfono de la Esperanza en Navarra

Entrevista número cuatro.

[1] El motivo y explicación de esta y otras pinturas se encuentra en el epílogo, recogido en la página 201

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE FIGURAS:

ÍNDICE DE TABLAS:

ÍNDICE DE INFOGRAFÍAS

INTRODUCCIÓN

1. PUNTO DE PARTIDA

La decisión de quitarse la vida es el resultado de un "sufrimiento psicológico insoportable" para el padre de la suicidología moderna, Edwin Shneidman. La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala a un alto número de muertes para difundir que el suicidio es un grave problema de salud pública al que debemos dar respuesta, y recalca que puede prevenirse si la respuesta es eficaz; esto es, si se cuenta con una estrategia integral y multisectorial de prevención. En 2014 publicó *Suicide prevention: a global imperative,* señalando estos datos y dando cuenta de su implicación en el ámbito, y muy recientemente, incide en la necesidad de desarrollar planes preventivos a nivel nacional[2] para reducir unas cifras sin duda sangrantes.

Por todo ello, el suicidio constituye una preocupación social atemporal (Aguilar, 2018) que no podemos seguir posponiendo. Se trata de un fenómeno global que se cobra alrededor de 800.000 vidas al año y, sin embargo, el sufrimiento que deja su estela va mucho más allá de números y, el que esconde, de palabras que reflejen dureza. Nos encontramos ante un acto que ha sido estudiado y cuestionado por infinidad de culturas y civilizaciones, y del que ha llegado a conocerse la complejidad y multicausalidad intrínseca. Sus motivos más profundos plantean incógnitas, aunque algo evidente es que el suicidio no existe de forma aislada, sino que requiere una contextualización histórica y social para determinar su significación. Asimismo, lo más profundo del individuo, aquello que lo lleva a causar su propia muerte, junto con las características psicológicas que lo determinan, también tienen que ver en la génesis y desarrollo del suicidio y conductas afines, siendo claro que existen factores a nivel personal que es preciso considerar también.

Este fenómeno es, a su vez, y ya anclado en el tejido social, un grave problema de salud pública si se repara a su prevalencia e impacto: una muerte cada 40 segundos a nivel mundial y la estimación de 20 intentos suicidas por cada fallecimiento no pueden ignorarse. Entre 6 y 10 personas gravemente afectadas por el fallecimiento.

Se trata de la segunda causa de defunción entre las personas de 15 a 29 años y se manejan cifras que superan tasas de 10.5 muertes por 100,000 habitantes (WHO, 2018). En España, este dato se traduciría a 7.9 muertes por cada 100,000 habitantes, esto es, 3,679 víctimas en el pasado 2017.

[2] *National suicide prevention strategies: Progress, examples and indicators.* World Health Organization 2018

Sirva la comparación para dimensionar: en el mismo año, se contabilizaron 1,943 muertes por accidente de tráfico, 325 por homicidios y 51 por violencia de género.

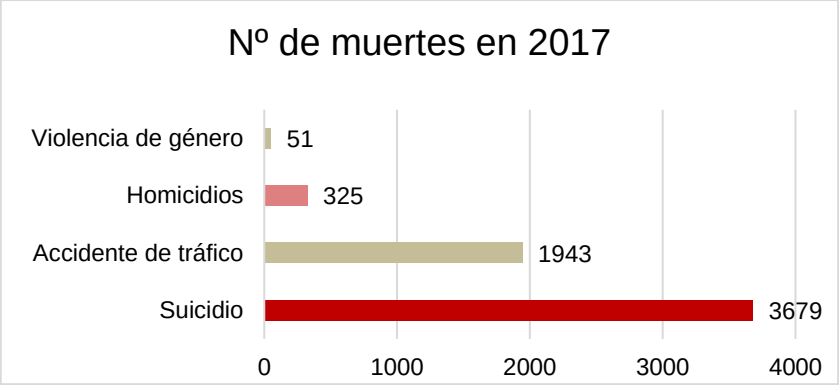


Figura 1: Gráfico que muestra las muertes por cuatro distintas causas en el año 2017

Fuente: Creación propia, a partir de los datos del INE

Como puede observarse, es un fenómeno marcadamente mayor en cifras a aquellos que reciben gran atención por parte de medios, instituciones públicas y población general.

Este trabajo parte de un tercer dato que puede tener que ver en el apunte anterior: el discurso social en cuanto al suicidio ha estado marcado durante siglos por el estigma y el silencio, que por partida doble reducía las posibilidades de requerir ayuda en personas vulnerables y aumentaba el peso de la muerte en los allegados al ocurrir ésta. Se parte de la posibilidad de empezar a identificar una situación de cambio, dado que aunque sigue siendo un comportamiento estigmatizado, se habla ya de la viabilidad de su prevención: lejos de tabús y mitos, cada vez se insta con mayor determinación a la responsabilización social ante el suicidio. Lo cierto es que en los últimos años las iniciativas que buscaban hacer frente a este problema han ido aumentando y diversificándose y, aun faltando en el caso español un plan nacional de prevención del suicidio, otras estrategias a nivel administrativo inferior resaltan ya por su firme apuesta.

En el marco de estas, la inclusión de actores a veces olvidados, la fusión de perspectivas novedosas y la consideración de otras herramientas aplicables, son cada vez más frecuentes, aunque de forma fraccionada. Como piezas de un puzle que aun reivindican encajar, hablamos de los medios de comunicación, los supervivientes, la autopsia psicológica, la inteligencia emocional y otros elementos que deberían ser de interés en este campo. Un ejemplo más sería la inclusión de la victimología como ciencia

con conocimientos que aportar en la prevención y gestión de conductas suicidas y su estela. Entre las principales cuestiones que plantea el trabajo estarían entonces:

- la complejidad y multicausalidad del suicidio, que podrían señalar que para la comprensión y abordaje de este es necesaria una perspectiva de análisis amplia
- la necesidad de seguir reivindicando el suicidio como grave problema de salud pública, así como estimar y familiarizar los datos que se manejan
- el cambio en el discurso social, sus avances y representaciones, estarían dando lugar a estrategias ante conductas suicidas que muestran en cierto modo un compromiso social
- la posibilidad de añadir perspectivas como la victimológica, la de los medios de comunicación o los supervivientes, y herramientas de otras disciplinas como la autopsia psicológica, para mejorar la comprensión y gestión del suicidio.

Para procurar un abordaje completo, la estructura del trabajo se divide en tres grandes apartados: uno introductorio (en el que nos encontramos), otro que abarca de forma teórica del fenómeno suicida, y otro que propone y elabora el análisis de las cuestiones planteadas en base a la literatura consultada y las entrevistas realizadas. Un cuarto, después, recoge las principales reflexiones y conclusiones que pueden extraerse, dando lugar a un epílogo donde se explica el motivo de incluir las ilustraciones que se intercalan a lo largo del trabajo. En un quinto y sexto apartado se acoplan al documento la bibliografía y el informe ejecutivo. Por último se incluyen los anexos.

2. MOTIVACIÓN

Precisamente la “complejidad” y la “multicausalidad” citadas, son elementos que dan lugar a considerar que el abordaje integral del suicidio precisa de multidisciplinariedad, en especial, por incluir variedad de escenarios de actuación, metodologías (asistencial, educacional, clínica, comunitaria…) y profesionales con aptitud para actuar. En esta línea, la integralidad de la respuesta habría de matizarse: no se queda en la “multi”; sino que se eleva a la “inter” – disciplinariedad, entendiendo que las alianzas, la coordinación y la sinergia entre ámbitos y agentes, adoptando estos una misma visión, son imprescindibles.

Pudiendo contar con un ejemplo paradigmático de apuesta por la interdisciplinariedad en materia preventiva y de gestión de la conducta suicida, sería posible contrastar los conocimientos teóricos disponibles sobre el suicidio con la puesta en práctica de un diseño de intervención que supuestamente los reúne. En el trabajo se

propone un análisis minucioso del Protocolo de Colaboración Interinstitucional ante Conductas Suicidas de Navarra, junto con el de la Comisión Interinstitucional de Coordinación para la Prevención y Atención de las Conductas Suicidas (incluido en este), con el fin de examinar la aplicación práctica de una propuesta real e identificar posibles mejoras. Sabemos que la base del Protocolo y la Comisión son la puesta en contacto y la coordinación interinstitucional y por eso, partiendo de que la interdisciplinariedad es la única forma de responder adecuadamente a un fenómeno con tal abanico etiológico, es preciso que desde la criminología esta propuesta pueda ser evaluada.

Este análisis determinado se complementa con el del contexto: el de otros planes y protocolos contiguos, incluyendo el marco de todos ellos: el ámbito nacional, para el que la OMS recomienda ciertas acciones en nuestro caso inexistentes.

3. INTERÉS CIENTÍFICO Y SOCIAL

Todo lo anterior será reflejo de la pertinencia de este trabajo. El estudio de la prevención del suicidio es un imperativo para la ciudadanía como señala la OMS, y no puede ser menos el reclamo que se le haga al ámbito académico. Comprender este fenómeno significaría mejorar el diseño de las intervenciones que buscan prevenirlo y, en este contexto, el interés social del trabajo es analizar si lo que se está haciendo ante una problemática puramente social, está dando frutos. Las preguntas son: si el discurso social está cambiando, ¿está cambiando también a nivel institucional? Se empiezan a redactar planes, protocolos, pero… ¿dan respuesta?, ¿son pertinentes y eficaces?, ¿están los últimos conocimientos sobre prevención e intervención integrados en los mismos?

Al mismo tiempo, la interdisciplinariedad y naturaleza violenta del suicidio (Tollefson, 2015) lo definen como fenómeno de especial interés para la criminología, además de definir esta ciencia como una adecuada para trabajar en su abordaje por integrar las distintas perspectivas que lo componen.

4. OBJETIVOS

El presente trabajo contaría con objetivos generales y específicos.

4.1 Generales

A nivel general, hablaríamos de tres intenciones:

- Definir y presentar la complejidad y amplitud del fenómeno suicida, conducta multicausal y violenta, comprendiendo la interdisciplinariedad como única forma eficaz de abordarla.
- Analizar una estrategia interdisciplinar para el abordaje del suicidio en el marco de otras propuestas contiguas: la estrategia en Navarra.
- Contribuir al debate sobre la pertinencia de incluir una serie de herramientas, perspectivas y aportaciones a la prevención y acción ante el fenómeno suicida.
- Evidenciar la necesidad de un plan Nacional de Prevención del Suicidio en España.

4.2 Específicos

Por otro lado, con ánimo de lograr dichos objetivos generales, a nivel específico se busca:

- Para definir y presentar la complejidad y amplitud del fenómeno suicida, conducta multicausal y violenta que hace esencial la interdisciplinariedad en su abordaje:
    - Exponer el suicidio como fenómeno multifactorial en origen y desarrollo.
    - Conocer los mitos existentes sobre el mismo, su alcance y consecuencia.
    - Detallar en qué debe basarse una prevención eficaz del suicidio, en base a dicha multicausalidad y conocimiento previo.
    - Evidenciar la necesidad de coordinación, pasando del abordaje *multidisciplinar* al abordaje *interdisciplinar* para reducir muertes por suicidio.
- Para analizar la estrategia de intervención y prevención ante conductas suicidas de Navarra:
    - Contextualizar el marco en el que se encuentra: un país sin un Plan Nacional de Prevención del suicidio pero con iniciativas recientes a nivel administrativo inferior.
    - Describir los dos ejes que la componen: el Protocolo Interdepartamental para la Prevención y Actuación ante Conductas Suicidas y la Comisión Interinstitucional para la Prevención y Actuación ante Conductas Suicidas:
    - Conocer algunos de los ámbitos de actuación y espacios/realidades representados/as, puntualizando los retos que plantea cada uno y la

principal labor que cumplen o pueden cumplir ante las conductas suicidas.

    - Apuntar posibles mejoras en ambos ejes.

- Para contribuir al debate sobre la pertinencia de incluir una serie de herramientas, perspectivas y aportaciones a la prevención y acción ante el fenómeno suicida, se procura:
    - Considerar la pertinencia de la autopsia psicológica en la recogida de información sobre el suicidio.
    - Proponer la educación emocional como herramienta preventiva.
    - Impulsar la inclusión de la victimología como ciencia con aptitud para colaborar en la labor asistencial que requiere el suicidio.

- Por último, para evidenciar la necesidad de un plan Nacional de Prevención del Suicidio en España:
    - Se presenta el suicidio en España, como en todo el mundo, como un grave problema de salud pública que requiere de respuesta.
    - Se analiza la importancia dada a los planes de prevención en el ámbito nacional por parte de la Organización Mundial de la Salud.
    - Se deja constancia del reclamo ya existente del Plan Nacional en nuestro contexto.

5. METODOLOGÍA

Para la consecución de los fines del trabajo se han empleado técnicas e instrumentos de distinta índole. En primer lugar, ha sido imprescindible realizar un estudio teórico previo que nos dote de conocimiento suficiente para evaluar y analizar críticamente el contenido de la propuesta seleccionada y otros planteamientos que se exponen. Citada base teórica ha servido también para respaldar las distintas propuestas que se hacen a lo largo del documento y contextualizar lo planteado por los profesionales con los que se ha tenido contacto.

La parte empírica de este trabajo ha podido desarrollarse gracias a la colaboración de la Comisión Interinstitucional para la Prevención de las Conductas Suicidas del Gobierno de Navarra y a otros profesionales que han querido participar. En ambos casos el acercamiento se ha encauzado mediante el método cualitativo, ya que ha comprendido de forma casi exclusiva entrevistas semi estructuradas en profundidad. A través de la mirada de los miembros la Institución Foral se ha podido analizar el

funcionamiento de la Comisión, así como la pertinencia y aplicabilidad del Protocolo navarro, documento que, según sus objetivos, la propia comisión ha de evaluar. Para entrevistar a las personas vinculadas a este ente se ha utilizado el guion que se incluye en el anexo 2.4 de este documento. Las dos personas entrevistadas fuera del marco de la comisión, por su parte, han hecho posible el alcanzar cuestiones como la inclusión de la victimología en la respuesta multidisciplinar que se sugiere, y la consideración de la educación emocional como herramienta preventiva que podría ser de utilidad.

Los profesionales entrevistados son los siguientes[3]:

- **Participante 1:** psicóloga clínica y directora del Hospital de Día Psicogeriátrico de la Red de Salud Mental de Navarra, que en la Comisión representa al Departamento de Salud Mental (transcripción en anexo 2.1).
- **Participante 2:** periodista y autor de un libro sobre el tratamiento del suicidio por los medios de comunicación, que en la Comisión representa a la Asociación de Periodistas de Navarra (transcripción en anexo 2.2).
- **Participante 3**: psicólogo y coordinador del *Teléfono de la Esperanza* en Navarra que en la Comisión representa a dicha ONG (transcripción en anexo 2.3).
- **Participante 4:** médico forense director del Instituto Navarro de Medicina Legal que en la Comisión representa al Instituto Anatómico Forense (transcripción en anexo 2.4).
- **Participante 5:** Comisario Principal del área de Investigación Criminal de la Policía Foral de Navarra que en la Comisión representa al cuerpo del que forma parte (transcripción en anexo 2.5).
- **Participante 6:** superviviente del suicidio que en la Comisión representa a la asociación Besarkada-Abrazo (transcripción en anexo 2.6).

Para completar el trabajo, se han realizado las siguientes dos entrevistas fuera del contexto de la Comisión:

- **Participante 7:** profesor en el Centro de Formación de Grado Medio de Atención a Personas en Situación de Dependencia en el Centro de Formación Profesional Mª Inmaculada de Pamplona. Es también Formador en

[3] Se alistan las entrevistas que han decidido incluirse para el análisis, quedando alguna fuera por no reunir lo necesario o referirse a la temática propuesta de forma global.

Competencias Emocionales para el profesorado, motivo por el que ha sido entrevistado (transcripción en anexo 3.1).

- **Participante 8:** docente en la Universidad del País Vasco en las asignaturas de Política Criminal y Victimología, Doctora Investigadora permanente del Instituto Vasco de Criminología. La entrevista se realiza para ahondar en la aportación de la victimología al abordaje del suicidio y a la respuesta ante la realidad superviviente (transcripción en anexo 3.2).

Es divulgado que emplear datos de carácter cualitativo hacen al investigador partícipe de la realidad que investiga, por éste poner esfuerzos en intentar comprenderla y estudiarla (Mayz, 2009). Recogiendo esta idea en el objetivo principal, para abarcar toda esta información se ha empleado el método comprensivo de análisis. Como dicen Strauss y Corbin (2002), método útil en "investigaciones sobre la vida de la gente, las experiencias vividas, los comportamientos, así como el funcionamiento organizacional, movimientos sociales, los fenómenos culturales" (pág.11).

Según explica Mayz (2009), en líneas generales, éste comenzaría por la transcripción de las entrevistas completas y seguiría con la identificación de núcleos temáticos (respuestas de los distintos participantes que refieren a la misma cuestión), conformando así macro-categorías, lo que daría lugar a la búsqueda de puntos o ideas principales en ellas (que él designa *subcategoría*). Después, una vez aisladas estas ideas que engloban los fragmentos agrupados, quedarían una serie de datos aptos para ser interpretados en la reflexión que dará base a las conclusiones. Utilizando tablas que ordenan la información de la manera recién expresada (contenidas en el anexo 1.4), se ha desarrollado el capítulo III (análisis) del trabajo.

En cualquier caso, como ya se ha señalado, toda esta información ha sido complementada con la pertinente bibliografía y revisión de documentos concretos.

Así, toda información recopilada se hace accesible y manejable, pudiendo recoger las ideas generales, los espacios de acuerdo y desacuerdo entre los múltiples participantes, básicamente. En el caso de las dos entrevistas fuera del marco de la Comisión, se ha empleado misma metodología, aunque quedando fuera la triangulación por contar únicamente con un participante para cada cuestión, lo que hace el análisis más escueto y sencillo, igualmente necesario.

Las principales limitaciones han sido la incapacidad de acceder a todos y cada uno de los ámbitos representados en la Comisión navarra y la escasez de tiempo para abarcar la amplitud de temas que sugiere el estudio del fenómeno.

ABORDAJE TEÓRICO DEL FENÓMENO SUICIDA

1. EL SUICIDIO

En este apartado el foco estaría en el suicidio como fenómeno y su interpretación desde distintas áreas y disciplinas. El objetivo principal es delimitar el concepto, la terminología empleada para referirse al mismo y las distintas formas de comprenderlo. El apartado se divide en dos epígrafes: (i) Idea general y terminología empleada y (ii) modelos explicativos. En el segundo, se pretende una aproximación progresiva que vaya de la visión más general a la particular.

1.1 Idea general y terminología empleada

Del latín *suicidium,* el fenómeno referido comprende *sui* o 'de sí mismo' y *cidium* o '-cidio', que proviene de *caedĕre* y quiere decir 'matar'. Con ello, el significado etimológico de la palabra *suicidio* se resume en "el *atentado* mortal contra la propia vida", y a él refiere la OMS hoy día matizándolo como *acción* "con un grado variable en la intención de morir".

La Real Academia Española lo entiende como la "acción y efecto de suicidarse", o como aquella "acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza", mientras que los suicidólogos optan por "muerte voluntaria", prefiriendo el carácter neutral del término compuesto. Estos últimos buscan dar respuesta a la carga valorativa de otras expresiones, tal y como analiza Salman (2011):

> Encontramos términos tan diferentes como el acto de "asesinarse", de "levantar la mano contra uno mismo", "retirarse o separarse de la sociedad", "desertar de la vida", "morir voluntariamente", "quitarse la vida", "decidir la muerte", y vemos que con frecuencia hay un juicio de valor implícito en todas estas expresiones pues definitivamente no es lo mismo decir asesinato de sí que muerte voluntaria. (Salman, 2011, p.129)

Comprendiendo toda postura a este respecto, este trabajo escoge la palabra *suicidio* como tal, sin incluir carga valorativa alguna y precisamente, buscando ahondar en las problemáticas que emergen del estigma ligado al fenómeno y a su denominación[4].

[4] En cualquier caso, se tiene constancia de las muy distintas realidades que abarca una misma expresión, dado que no es lo mismo hablar del suicidio en general que del suicidio asistido en particular, ni referir a un suicidio infantil o a la inmolación en un atentado terrorista como situaciones equivalentes.

El *National Center for Injury Prevention and Control* (CDC)[5] y el modelo *Silverman, Berman, Sanddal, O'carroll, & Joiner* (2007), ambos empleados por el Protocolo navarro, se consideran oportunos para comenzar con la aproximación terminológica que se pretende, aunque se incluyen las definiciones que aporta la APA (2003) y el concepto de "parasuicido" de Kreitman (1977).

1.1.1 National Center for Injury Prevention and Control (2011)

Por un lado estaría el CDC, fuente de referencia en trabajos, proyectos institucionales y países que trabajan en la prevención del suicidio (Gobierno de Navarra, 2014). Este publicó *Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements* (2011), donde sugería el uso de las siguientes definiciones:

a) **Violencia autoinfligida o comportamiento autodestructivo:**

El suicidio, conforme a la definición de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, es parte de una clase más amplia de comportamientos denominada *violencia autoinfligida* (Stone, Holland, Bartholow, Crosby, Davis, y Wilkins, 2017). Esta, que es aquel *comportamiento autodirigido y deliberado hacia uno mismo que causa o puede causar lesiones al autor*, ha de ser identificado por el mismo como acto destinado a tal efecto. Entre las conductas violentas autoinfligidas se distinguirían la *suicida* y la *no suicida,* dependiendo de la evidencia que exista de tal intencionalidad. Además, aparecería la *violencia autoinfligida indeterminada*, que sería, por tanto, el comportamiento autodirigido que causa o puede causar lesiones, donde el intento suicida no queda del todo claro.

b) **Intento de suicidio:**

Cuando el desenlace de dicha conducta no es fatal, esto es, cuando no causa la muerte, el CDC distingue y delimita las categorías que se engloban en el concepto *intento de suicidio,* que sería aquel comportamiento no fatal autodirigido que pudiera ser potencialmente perjudicial para quien lo lleva a cabo, quien tiene intención de morir a consecuencia de este[6]. Un intento de suicidio debería reunir las siguientes características: (a) ser un comportamiento potencialmente dañino iniciado por el propio individuo, (b) con intención de morir, (c) con un desenlace no fatal (Karthick & Barwa, 2017). Aquí encontraríamos:

[5] CDC, siglas en ingles de *Centers for Disease Control and Prevention*
[6] Se indica que no es necesario que se causen lesiones.

- *El intento de suicidio interrumpido por otros* o *por uno mismo*. Caso en el que tomadas las medidas para autolesionarse, la conducta se detiene antes de causar una lesión fatal, bien por una tercera persona/circunstancias externas, o por el sujeto mismo. En el primer caso la interrupción podría tener lugar en cualquier momento desde que aparece la ideación que se define en el segundo modelo.
- Y *otros comportamientos suicidas* (incluyendo los actos preparatorios). Entre ellos se incluye cualquier cosa más allá de la verbalización o el pensamiento autolesivo. Un ejemplo sería adquirir o idear el método, o preparar la propia muerte despidiéndose del entorno cercano.

c) **Suicidio:**

Por último estaría la *violencia autodirigida con finalidad suicida*, que teniendo un resultado fatal, daría lugar a lo que entendemos por *suicidio*. Así, se considera "suicidio" a aquella muerte causada por el comportamiento lesivo autodirigido, con intención de morir como resultado.

En la publicación mencionada, la CDC incluye un esquema que ilustra la clasificación de la que parte para desarrollar las distintas definiciones, y es la siguiente:

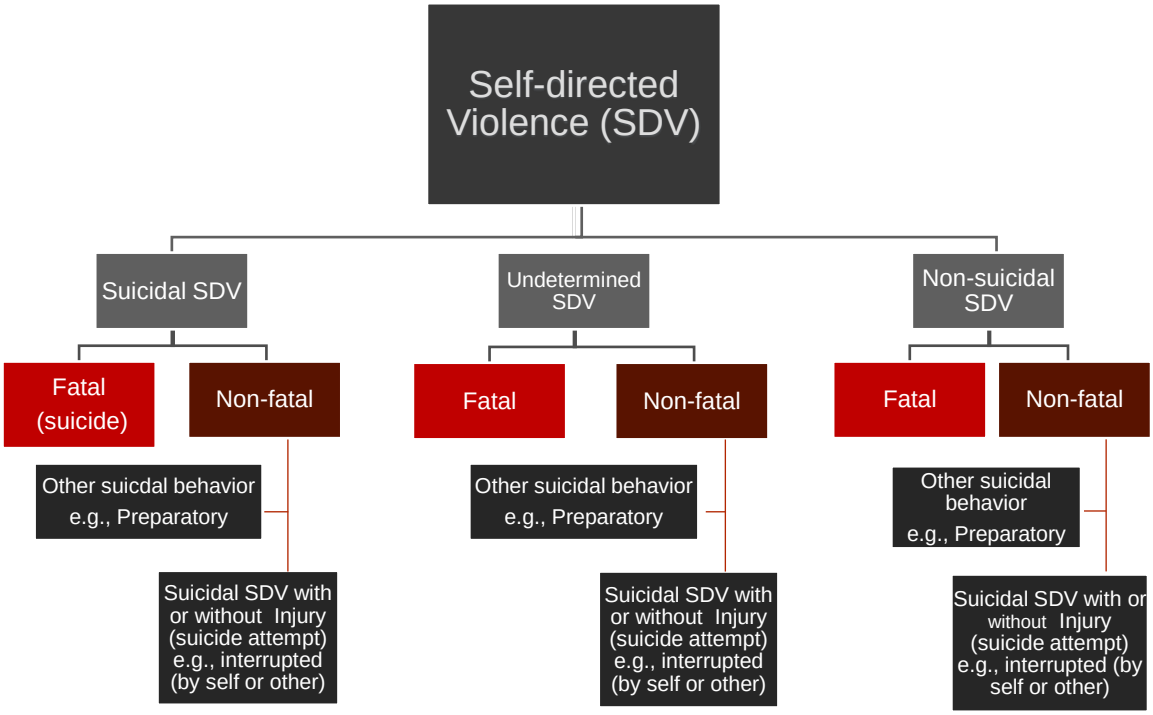


Figura 2: Esquema que ilustra la clasificación de definiciones por el CDC

Fuente: Self-Directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 1.0, 2011 (pág. 22)

1.1.2 Modelo *Silverman* y otros (2007)

Por otro lado estarían Silverman y otros (2007) configurando un modelo muy extendido en la práctica clínica actual que deriva de la nomenclatura de O´Carroll y otros Estos reúnen los aspectos clave de las definiciones anteriores, y distinguen entre *ideación suicida, comunicación y conducta suicida.*

En pocas palabras, *ideación suicida* sería todo pensamiento o cognición sobre el suicidio, *comunicación suicida* aquel acto interpersonal donde se transmita el pensamiento, deseo o intención de acabar con la propia vida (pudiendo ser amenaza o plan suicida transmitido de forma verbal o no verbal), y *conducta suicida*, aquel acto que refleje la intención de morir.

En la conducta suicida se contemplan la autolesión o gesto suicida y la conducta suicida indeterminada, que podría resultar bien en intento de suicidio o bien en suicidio consumado como tal.

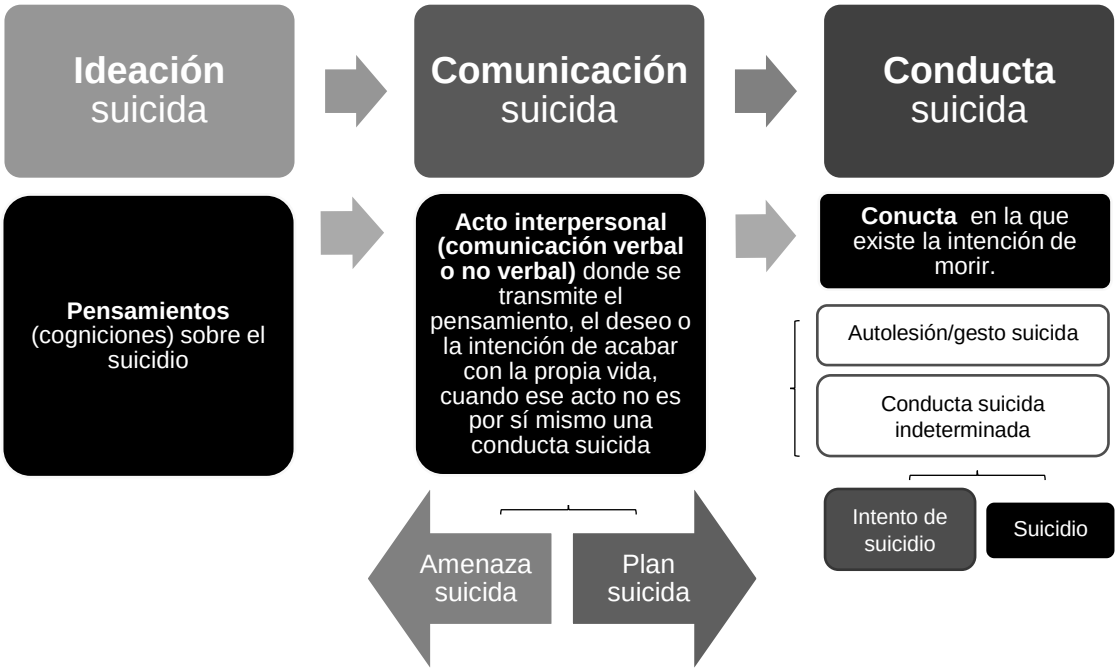


Figura 3: Esquema que ilustra el modelo Silverman (2007)
Fuente: Creación propia.

1.1.3 Asociación Americana de Psiquiatría (2003)

Por su parte, la Asociación Americana de Psiquiatría (2003), considera suicidio aquella muerte autoinfligida con evidencia (implícita o explícita) de que la persona tenía la intención de morir. A este se le añaden las *conductas autolesivas*, donde para la APA (2003) se incluyen (i) *el intento de suicidio* (conducta autolesiva con un resultado no mortal acompañado de la evidencia de que la persona tenía la intención de morir), (ii) *el intento de suicidio abortado* (conducta potencialmente autolesiva con la evidencia de que la persona tenía la intención de morir pero paró el intento antes de que el daño físico tuviese lugar) y (iii) *la autolesión deliberada* (acto doloroso, destructivo o perjudicial intencionado y autoinfligido sin la intención de morir).

Suicidio	Conductas autolesivas
• *"Muerte autoinfligida con evidencia (implícita o explícita) de que la persona tenía la intención de morir"*	• **Intento de suicidio**: *"conducta autolesiva con un resultado no mortal acompañado de la evidencia de que la persona tenía la intención de morir"* • **Intento de suicidio abortado**: *"conducta potencialmente autolesiva con la evidencia de que la persona tenía la intención de morir pero paró el intento antes de que el daño físico tuviese lugar"* • **Autolesión deliberada:** *"Acto doloroso, destructivo o perjudicial intencionado y autoinfligido sin la intención de morir"*

Figura 4: Esquema que ilustra la distinción terminológica de la Asociación Americana de Psiquiatría
Fuente: Creación propia.

1.1.4 "Parasuicidio" de Kreitman (1977)

Al margen de estas clasificaciones conceptuales, debemos mencionar a Kreitman (1977), quien designó el término "parasuicidio" a toda conducta autolesiva no mortal sin considerar su intención u orientación a la muerte.

Revisadas algunas de las posibles opciones, optamos por la Asociación Americana de Psiquiatría por ser sencilla y ajustarse a las necesidades terminológicas de este trabajo de forma más que suficiente. El resto de las definiciones son de utilidad, en cualquier caso, dado que la bibliografía revisada no empleaba en la terminología escogida por este trabajo de forma exclusiva.

Antes de terminar conviene decir que como ha podido observarse, la terminología empleada en torno al suicido está estrechamente ligada a las fases que lo componen. A este respecto, Silverman y otros serían quienes reflejan las 3 fases del

espectro suicida más relevantes de cara a la gestión de la conducta y al diseño de su prevención. Dicho esto, pasamos a abordar las distintas acepciones del concepto, que, aunque ligadas al mismo, van más allá de él.

1.2 Aproximaciones y modelos explicativos del suicidio

La dificultad de abordar conceptualmente el objeto de estudio es inmensa, ya que si bien a primera vista pudiera considerarse un término familiar, lo cierto es que dependiendo del ámbito que lo estudie la interpretación varía enormemente.

Sirve de ejemplo la siguiente reflexión por parte de Hernán Neira (2017), de la Universidad Santiago de Chile, que defiende la postura de que el suicidio como tal solo puede ser fruto de un acto soberano, considerando que quien esté privado de voluntad no es estrictamente un suicida:

> Con la misma palabra se designan dos hechos que solo en apariencia son iguales. Así usada, la palabra abarca desde muertes ligadas a una patología mental (depresión, esquizofrenia, etc.), a otras en las que un sujeto se da muerte con plena lucidez y dominio físico y mental de sí mismo. Al primero lo llamaremos suicidio patológico y, al segundo, suicidio soberano. El hecho de si el suicidio es fruto de este dominio de sí mismo o, más bien, resultado de una enfermedad, es una cuestión central para comprender este fenómeno y también la diferencia entre un suicidio soberano y un suicidio patológico, que en sentido estricto no es suicidio. (Neira, 2017, p.153)

Deduciendo que se trata de una postura tan matizable como válida, a continuación, se responde a cuestiones planteadas desde distintos ámbitos de estudio como pueden ser la sociología o la psicología.

1.2.1 Sociología: suicido como desviación, como patología o rebelión.

a) Suicidio como desviación

Cuando hablamos de desviación social hablamos de conductas que contradicen o rompen con las normas y expectativas de un sistema social determinado (Sabaté, 1987), provocando la activación de alguno de los sistemas de control con los que cuentan las distintas civilizaciones. A lo largo de la historia, no es inaudito toparse con sanciones religiosas, sociales y legales ante el suicidio (Jamison, 2000).

Si bien por un lado, el suicidio es coloquialmente entendido como mencionada acción de quitarse la vida, por otro, ha llegado a ser considerado delito en sociedades no tan lejanas. Fue en 1848 la primera vez que el Código español desechó la automuerte del catálogo de conductas punibles, y no hasta 1983, cuando se permitió

enterrar al suicida en camposanto en este país, lo que permite ir anotando cierta connotación religiosa a la cuestión.

La punibilidad del suicidio tiene múltiples implicaciones, aunque la más evidente es el rechazo al mismo o a quien lo comete, y es un nuevo debate que no versa únicamente sobre tipificación el que discute si hoy podemos hablar de una conducta socialmente aceptada.

Según Roldán (1987), la atipicidad de la conducta suicida ha de ponerse en cuestión más allá de términos legales, refiriendo a todos los aspectos estigmatizantes que relativizan el hecho aparencial de impunidad del suicidio.

Hoy en día, en España, el suicidio no es un acto recogido por el Código penal, pero sí lo son la inducción y la cooperación al mismo. Estas, en el artículo 143 del Código Penal, implican incitar o facilitar medios a quien se suicida, respectivamente.

El suicidio asistido y la eutanasia responderían a esas realidades distintas a las que se ha hecho referencia, quedando fuera del marco teórico de este trabajo por no ser objeto de estudio en él.

De lo anterior es importante recoger la posibilidad de entender el suicidio como una conducta socialmente sancionada, rechazada de algún modo, que obtiene por respuesta el estigma y muchas veces el silencio. El tabú que se desprende tiene consecuencias no sólo en la posterioridad de la muerte, sino también en la búsqueda de ayuda y la autocensura del propio comportamiento y pensamiento, que cada vez aísla más dejando hueco a la desesperanza.

b) Suicidio como patología o rebelión

También incluyendo lo anterior, para los estudiosos de la sociología el *suicidio* es otro ejemplo de la superposición de lo social a lo individual, o, en pocas palabras, de la determinación social de lo que hacemos o pensamos. El suicidio desde este ámbito se concibe como un *hecho social,* término acuñado por Émile Durkheim, y sería parejo a la pobreza o a todo aquello que se basa en imposiciones ajenas y coactivas al individuo, resultando en formas pensar, sentir y actuar condicionadas externamente (Durkheim, 1985; Vázquez, 2012).

> He aquí pues, maneras de obrar, de pensar y de sentir que presentan la importante propiedad de existir con independencia de las conciencias individuales. Y estos tipos de conducta o de pensar no sólo son exteriores al individuo, sino que están dotados de una fuerza imperativa y coercitiva, por la cual se le imponen quieran o no (Durkheim, 1985, p.36).

> Frente a la arraigada tendencia a concebir el mundo social como una extensión de la voluntad o racionalidad humanas, el criterio durkheimiano de exterioridad sitúa los hechos sociales como realidades “preexistentes” al sujeto y, en este sentido, como factores condicionantes de su conducta en sociedad (Vázquez, 2012, p.333).

Ilustración más que evidente del nexo entre la visión sociológica y la muerte voluntaria, es el libro publicado por este mismo autor, *El suicidio* (1897), que fijó las bases de la sociología moderna en este contexto.

Para este sociólogo francés, el suicidio era “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma a sabiendas de que iba a producir ese resultado” (Durkheim, 1897, p.5), y, la tentativa, “el mismo acto cuando no llega a término y no arroja como resultado la muerte” (Durkheim, 1897, p.5).

Su planteamiento se basa, casi totalmente, en que la sociedad como exterioridad existe gracias a la agrupación de individuos, pero los trasciende considerados de manera individual (Romero & Gonnet, 2013). Mediante el estudio estadístico, Durkheim dedujo que el suicidio es una constante que no puede responder únicamente a variables personales. No negaba el peso de la decisión individual, pero argumentaba cómo en diferentes sociedades se daban distintas tasas suicidas, lo que reflexionaba contrario a la explicación de dicha conducta mediante factores únicamente personales y no sociológicos, de colectivo. En caso contrario, creía, los suicidios tendrían una tasa estable y ajena a la sociedad.

Padre de la sociología positivista, el autor proponía que los suicidios debían ser comprendidos en un contexto sociológico concreto, atendiendo a factores estables a los que se exponían las personas en los mismos (Romero & Gonnet, 2013).

En la actualidad, la OMS señala de forma paralela o equivalente que existe una variabilidad cultural en cuanto al riesgo de suicidio, siendo así que la cultura puede aumentar el riesgo de comportamientos suicidas o proteger contra estos (WHO, 2014).

En cualquier caso, Durkheim consideraba el suicidio una patología en las sociedades que bautizó *suicidógenas,* que respondían a un patrón de estructura moderna *anómica* o carente de regulación social, terminológica y moral. Todos son conceptos característicos del autor.

Distinguió fundamentalmente tres tipos de suicidio: *el egoísta, el altruista y el anómico*, atendiendo cada uno de ellos a un tipo de *sociabilidad* que creía identificar.

El primero señalaba a la excesiva autonomía de las personas y a la escasa cohesión social como causa del suicidio, que hacía que salirse de las normas fuera más

fácil. La sociedad era para él, claro, la que creaba una persona individualista, volviendo a subrayar el origen inherentemente social de toda conducta. En el clásico libro, menciona como carácter esencial la apatía.

El segundo, el *suicidio altruista*, tenía un matiz romántico. Quien se suicidaba de forma altruista lo hacía más por obligación que por derecho, ya que generalmente lo precedía una conciencia colectiva de gran envergadura. Así, el suicidio altruista era un sacrificio que convertía en mártir a quien lo llevaba a cabo, por ejemplo, cuando tenía lugar tras la muerte del cónyuge. Refiere literalmente a una energía apasionada o voluntaria en el libro.

Por último definió el *suicidio anómico*, que respondía en su génesis a aquel momento en el que la sociedad no ofrece la estructura que por partida doble aporta y vincula a sus integrantes. La sociedad anómica es lugar de encuentro de sujetos perdidos que no distinguen entre lo justo e injusto, lo bueno y malo, perdiendo así el sentido de la vida, si no es en sociedad.

Entre los tipos que distingue, refiere como mixtos al suicidio *ego-anómico* (mezcla de agitación y de apatía, acción y ensueño), el suicidio *anómico altruista* (efervescencia exasperada) y suicidio *ego-altruista* (melancolía atemperada por una cierta firmeza moral), aunque los tres primeros son los que realmente han trascendido.

Con planteamientos en común, Foucault, a finales del siglo XX, propuso la politización de la muerte como gesto de rebelión en contra de formas particulares de control de la vida.

Mientras que Durkheim señalaba al suicidio como *enfermedad* causada por la ausencia de poder en la sociedad, Foucault lo comprendía como forma de rebeldía ante el poder, o como nueva forma de poder social. Para el segundo teórico social galo, ser capaz de decidir la propia muerte era rechazar otra autoridad en auge: el que busca gestionar y controlar la vida y rechaza la muerte porque es límite de poder.

Foucault, claro está, reconoce el carácter social de la muerte voluntaria en sus exactitudes al igual que Durkheim, pero considera que la muerte guía nuestras prácticas cotidianas de manera constante y voluntariosa, y que por eso, el suicidio es una rebelión que potencia el placer y la resistencia a los mecanismos de poder sobre la vida (Romero & Gonnet, 2013).

La intención de cuestionar la imagen del suicidio como miseria, desgracia e infelicidad (Romero, 2011), es un aspecto que resaltar en este segundo autor. Para ello resulta esencial la lectura del artículo de Foucault (1999) titulado «Un placer tan sencillo», que como él mismo dice, busca “hablar un poco a favor de suicidio”:

> Consejos para los filántropos. Si quieren ustedes que disminuya realmente el número de suicidios, hagan que sólo se mate la gente por una voluntad reflexiva, tranquila y liberada de incertidumbres. No hay que dejar el suicidio en manos de personas desgraciadas e infelices, que amenazan con arruinarlo, estropearlo y hacer de él una miseria. De todas formas, hay mucha menos gente feliz que desgraciada. (Foucault, 1999, p.200)

Se dice que de Durkheim a Foucault se encuentra el lapso entre el planteamiento sociológico clásico y la perspectiva biopolítica en cuanto al suicidio.

1.2.2 Psicología: Teoría cognitiva y teoría interpersonal psicológica del suicidio

La perspectiva psicológica entiende que el suicidio es un producto o consecuencia de una serie de procesos y características que nacen o se desarrollan en la psique del individuo.

Entre las teorías psicológicas dos de las más importantes son *el modelo cognitivo de la conducta suicida de Aaron Beck* y la *Teoría Interpersonal del suicidio* (ITS) de T. Joiner (García & Bahamón, 2017).

a) Modelo cognitivo de la conducta suicida de Wenzel & Beck (2008)

El modelo cognitivo de la conducta suicida de Wenzel & Beck (2008), que defiende la unificación de las perspectivas teóricas y empíricas para comprender el comportamiento suicida, propone que son tres los constructos principales que acentuarían el suicidio como comportamiento autodestructivo: (i) los factores de vulnerabilidad disposicional, (ii) los procesos cognitivos asociados a trastornos psiquiátricos de forma global y (iii) los procesos cognitivos asociados al acto suicida en particular. El último se considera el más cercano a la comprensión del fenómeno suicida, y reduciéndose gradualmente también lo serían los anteriores, aunque en menor medida por estar ligados al comportamiento atípico en general.

Los *factores de vulnerabilidad disposicional* son las características psicológicas estables, que, como se ha señalado, no se limitan al individuo suicida. Estas, que más adelante se concretan en *impulsividad y constructos relacionados, déficits en la resolución de problemas, estilo de memoria sobregeneralizado, estilos cognitivos maladaptativos y personalidad,* se subrayan como factores de vulnerabilidad y no de riesgo, dado que los segundos sólo pueden establecerse mediante estudios prospectivos, con los que no cuentan los autores.

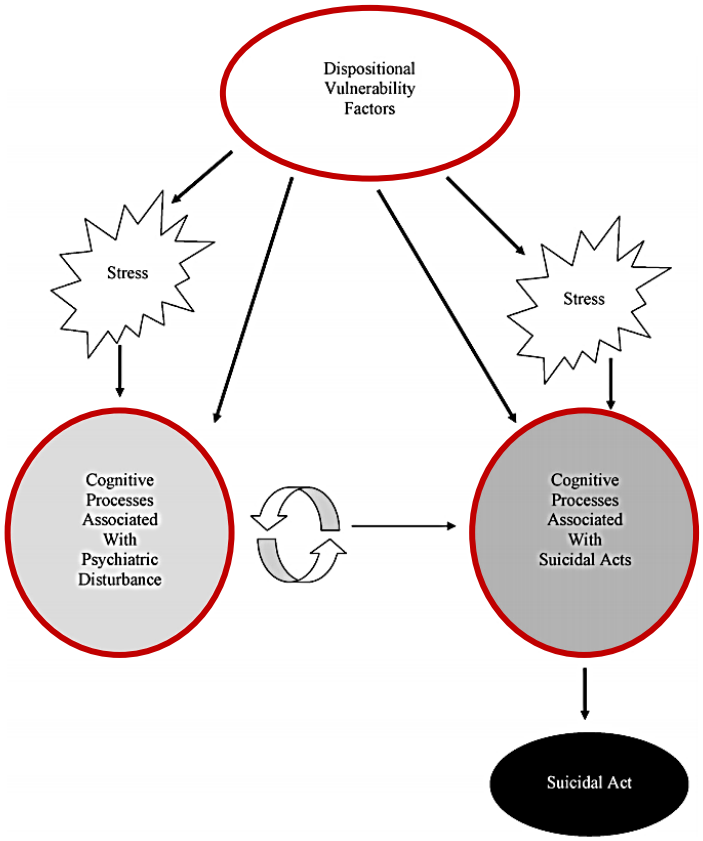


Figura 5: Esquema del modelo de conducta suicida por Wenzel & Beck, 2008
Fuente*: Wenzel & Beck, 2008*

En cualquier caso, citando la literatura empírica pertinente, a la que se refiere a continuación, Wenzel & Beck (2008) definen los 5 principales componentes:

- La impulsividad y constructos relacionados

Se refiere a las reacciones rápidas y no planificadas hacia estímulos internos y externos, en lo que respecta a la disminución de las consecuencias negativas de estas reacciones para el individuo impulsivo o para los demás (Chamberlain & Sahakian, 2007).

La impulsividad para Wenzel & Beck (2008) es de las características psicológicas más estudiadas en relación a la conducta suicida, aunque estos recalcan la imprecisa evidencia empírica que establece dicha relación. Como principal problema subrayan la inconsistencia de los estudios llevados a cabo, bien en términos de definición de constructo como de método y replicabilidad.

En un marco general concluyen que la impulsividad se correlaciona con el suicidio, pero sugieren una concepción más amplia del primer objeto, que tal vez

mostraría mayor relación si fuera estudiado junto con la agresión y la hostilidad como constructos afines.

- Los déficits en la resolución de problemas

Aunque señalan también la inconsistencia de constructo y resultados confusos, Wenzel & Beck (2008) recalcan que estos déficits son una característica robusta de individuos suicidas, y citan diversos estudios que encuentran cómo los individuos con ideación suicida generan menos soluciones a problemas (Pollock & Williams, 2004), son menos propensos a emplear alguna de las alternativas que se les ocurren (Schotte & Clum, 1987) y ven más negativamente el potencial resultado de tales formas de resolución (Schotte & Clum, 1987). Además, en la literatura disponible, encuentran la evitación y la negación como formas comunes de resolución de problemas en sujetos suicidas (Orbach, Bar-Joseph, & Dror, 1990).

Pese a advertir sobre la mencionada maleabilidad, los autores proponen que los déficits en la destreza para solventar problemas generan un estrés en la vida del individuo, creando un contexto en el que no se ve preparado para afrontar una serie de síntomas psiquiátricos, la desesperanza y, finalmente, la ideación del suicidio que pueda surgir. En otras palabras, se entiende que las dificultades mencionadas son una característica disposicional que se asocia con una serie de resultados adversos, que incluyen trastornos psiquiátricos y crisis suicidas, entre otros (Wenzel & Beck 2008).

- El estilo de memoria sobregeneralizado

En probable relación con la característica anterior, Wenzel & Beck (2008) definen el estilo de memoria sobregeneralizado como aquel en el que el individuo es incapaz de recuperar recuerdos personales del propio pasado. Esto le dificulta enormemente la toma de decisiones y la capacidad de hacer juicios de valor (Williams, Barnhoffer, Crane, & Duggan, 2006) y se ve reflejado en respuestas vagas que resumen recuerdos similares cuando se le pide evocar un evento concreto.

Williams y otros (2006) sugirieron que este estilo de memoria específico potenciaba la desesperanza y la ideación suicida dado que quien la padecía percibía reducido su abanico de posibilidades ante la angustia.

- Los estilos cognitivos maladaptativos

Entienden por tales los tendentes a distorsiones no específicas como pueden ser el pensamiento dicotómico o la magnificación, que justifican actitudes disfuncionales no determinadas (García & Bahamón, 2017).

La investigación empírica demuestra que los pacientes suicidas avalan estas distorsiones cognitivas y actitudes disfuncionales en mayor grado que los pacientes psiquiátricos no suicidas (Ellis & Ratliff, 1986), incluso cuando no están en un estado de esta naturaleza (Neuringer & Lettieri, 1971). Avalando la consistencia temporal de este rasgo de predisposición, Neuringer (1988) declaró que "las cogniciones dicotómicas estaban arraigadas al individuo, siendo resistentes al cambio de perspectiva sobre el mundo y la forma de relacionarse con uno mismo y el entorno, de igual forma que la inteligencia[7]" (Neuringer, 1988, p.50).

Se entiende, por lo tanto, que un estilo cognitivo inadaptado similar a un rasgo puede reflejar un patrón cognitivo crónico que exacerba la angustia en el contexto de los factores estresantes de la vida (Wenzel & Beck, 2008).

- La personalidad

El perfeccionismo se define por la fijación en errores de uno mismo dejando de lado los aciertos, como rasgo de personalidad más estudiado en relación al riesgo suicida (García & Bahamón, 2017; Wenzel & Beck, 2008). El perfeccionismo supone una dificultad a la hora de afrontar situaciones adversas o difíciles que materializan los estresores en la vida cotidiana ya mencionados, y ello aumenta la posibilidad de riesgo suicida (Flett, Besser, Davis, & Hewitt, 2003; Hewitt, Sherry, & Caelian, 2006).

La investigación científica concreta el término perfeccionismo, y refiere que este, en su vertiente social, predice y va más allá de la depresión y la desesperanza (Dean, Range, & Goggin, 1996).

Los procesos cognitivos asociados a trastornos psiquiátricos de forma global serían aquellos contenidos cognitivos maladaptativos y aquellos sesgos en el procesamiento de la información que estarían asociados a múltiples trastornos psiquiátricos y síntomas.

Por su parte, los *procesos cognitivos asociados al acto suicida* en particular serían aquellos activados cuando alguien sufre una crisis suicida. Esta última se refiere a la ideación (pensamientos, imágenes o creencias) o a la iniciación de conductas que indican la intención de morir.

Entre los *procesos cognitivos asociados a trastornos psiquiátricos de forma global* y al acto suicida en particular, existe correlación (que queda señalada por las flechas en la Figura 5), esto es, a más de uno más del otro.

[7] Traducción por la autora, texto original en inglés

El último elemento de importancia para esta teoría sería el estrés**,** producido por aquellos eventos biográficos en los que el individuo se siente amenazado por una situación más o menos objetivamente perjudicial.

Se puede concluir que aquellas personas que tienen bajos factores de vulnerabilidad disposicional y experimentan leves síntomas o trastornos psiquiátricos, necesitan una gran cantidad de estrés de la vida para activar procesos cognitivos suicidas relevantes, y viceversa: las personas que tienen altos factores de vulnerabilidad disposicional y están experimentando severos trastornos psiquiátricos, necesitan menos condiciones de estrés de la vida para activar los procesos cognitivos relevantes a la conducta suicida (García & Bahamón, 2017). Cuanto mayor sea la carga de estas variables, mayor será la probabilidad de que en un futuro la persona pueda presentar una crisis suida (Rudd, 2004).

Existen infinidad de combinaciones entre los factores de predisposición y los procesos cognitivos peligrosos. El suicidio ocurriría cuando una persona deja de poder tolerar el distrés causado por los procesos cognitivos asociados al riesgo suicida.

Wenzel & Beck (2008), toman por base la teoría general cognitiva de Beck en psicopatología, ya que para ellos integra constructos psicológicos clave que han demostrado, según estudios, tener importancia en la distinción de individuos suicidas y no suicidas, por lo que son de obligada mención para acercarnos a entender qué mueve a quien decide quitarse la vida.

Como señalan Karthick & Barwa (2017), “They (Beck & colleges) argue that, like other depressed individuals, suicidal persons misconstrue their situation in negative ways. But the suicidal person is hopeless about the situation, hence looks at suicidal behavior as the only possible solution” (Karthick & Barwa, 2017, p.104).

Por otro lado estaría la *Teoría Interpersonal del suicidio* (ITS) de T. Joiner, una hipótesis emergente en cuanto a la génesis de la conducta suicida que ha tomado mucha fuerza en los últimos años.

Esta teoría se basa en dos postulados principales: la percepción de ser una carga para el entorno junto con el aislamiento o no pertenencia social, y la capacidad adquirida para la autolesión. Las dos primeras generarían el deseo de morir y la segunda facilitaría su puesta en práctica.

Thomas Joiner, en su Teoría Interpersonal (2005), plantea lo siguiente: una persona no morirá por suicidio si no siente el deseo y tiene la capacidad de hacerlo (Joiner, Van Orden, Witte, Selby, & Rudd, 2009). Aquellas personas que desean morir pueden caracterizarse por el sentimiento de que los demás estarían mejor sin su presencia, dado que erróneamente se sienten una carga para su entorno relacional, familiar o social, y, ligado a ello, no tienen un sentimiento de pertenencia a ninguno de los grupos sociales que conocen. A esto se le añade la exposición continua a eventos dolorosos, bien propios o bien ajenos, que hacen que se habitúen al dolor y pierdan miedo a morir (Hawton, Clements, Sakarovitch, Simkin, & Deeks, 2001). Este aspecto de la teoría propone que biológicamente las personas no están capacitadas para cooperar con su propia muerte de manera precoz (García & Bahamón, 2017), de modo que el sujeto no actuaría sobre tal deseo de muerte si no fuera por haber desarrollado la capacidad para hacerlo mediante dicha adaptación (Joiner, y otros, 2009).

Figura 6: Esquema que ilustra la Teoría Interpersonal del suicidio de Thomas Joiner (2005)
Fuente: Creación propia.

En sus estudios, (Bender, Gordon, Bresin, & Joiner, 2011; Capron, Cougle, Ribeiro, Joiner, & Schmidt, 2012; Hawkins, Hames, Ribeiro, Silva, Joiner, & Cougle, 2014; Holm-Denoma, Witte, Gordon, Herzog, Franko, Fichter, … Joiner, 2008), probaron empíricamente que en efecto, el error de percepción, la no pertenencia o alienación y la capacidad adquirida para la autolesión estaban ligados a la conducta suicida.

1.2.3 Otros modelos:

En su revisión, Karthick & Barwa (2017) incluyen otros modelos que, aunque no se estudiarán de forma exhaustiva como los anteriores, han de mencionarse para dar paso a la exposición de los factores de riesgo y protección, que al fin y al cabo reúnen

conceptos e ideas que beben de estas teorías. Estos autores añaden a los modelos ya abordados los que se indican a continuación:

- Teorías biológicas. Estas proponen que el comportamiento suicida es fruto de la diátesis biológica (como podría ser la desregulación del sistema serotoninérgico en el córtex prefrontal ventro-medial) y el efecto de un evento estresor de activación psicosocial.
- Teorías psicodinámicas. Postulan que el suicidio está causado por impulsos inconscientes, estados afectivos intensos, deseo de huir de un dolor psicológico y un apego inseguro. Ya en 1901, Freud advertía que el suicidio era el desenlace del conflicto psíquico (Aranguren, 2009).
- Teorías del desarrollo. Señalan a las fuerzas sociales y sistemas familiares perturbados. Las personas que mueren por suicidio presentan numerosos riesgos (actores, en lugar de un solo factor de riesgo aislado), según estas teorías.

Por último se expone otro modelo explicativo de gran importancia, el modelo diátesis-estrés del suicidio (Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999), que remarca la multicausalidad del riesgo.

Según el mismo los factores de riesgo que contribuyen al suicidio vendrían de dos áreas: la vulnerabilidad y los eventos estresantes, diátesis y estrés, respectivamente. Ejemplo del primer grupo sería la impulsividad y características afines, que aumentarían las posibilidades de actuar sobre sentimientos suicidas (Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999). Ejemplo de los segundos serían, en general, las circunstancias adversas como un divorcio o un despido. Se tiene en cuenta que hay factores que podrían encajar en ambos.

Este modelo ha sido propuesto para dar un sentido causal del amplio rango de factores que contribuyen con la conducta suicida (Vargas & Saavedra, 2012), y con él damos paso al análisis de los mismos.

2. FACTORES PRECIPITADORES Y DE RIESGO EN EL SUICIDIO

Los factores de riesgo para la conducta suicida son reflejo de la inmensa diversidad casuística a la que intentamos hacer frente.

Un factor de riesgo puede ser entendido como “cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente

expuesto a un proceso mórbido" (Pita, Vila y Carpente, 1997, p.1). En estos términos, elementos culturales, psicológicos, sociales e incluso ambientales que interactúan entre sí han de ser tenidos en cuenta para comprender el suicidio, y, por tanto, orientar la prevención.

Así, como generalmente se reconoce en todo ámbito, la prevención más eficaz será aquella que conozca y reduzca los factores que aumentan la posibilidad de que alguien lleve a cabo un acto, y estudie y fomente los que de alguna forma protegen del mismo.

Si bien la gran mayoría de los suicidios tiene detrás un evento o circunstancia precipitante, que puede ser tanto una ruptura sentimental como una mala noticia o la pérdida del empleo, sería erróneo pensar que detrás de un suicidio un evento aislado es la causa principal. Siendo cierto que este último puede ser "la gota que colma el vaso", generalmente esconde un largo período de sufrimiento emocional que define la llamada "desesperanza".

Es importante recordar que ningún factor es suficiente por sí solo para explicar por qué se suicida una persona, dado que el comportamiento suicida es un fenómeno enredado, susceptible a factores interrelacionados según apoya la OMS (2014). No tener esto último claro se vuelve peligroso cuando se pretende informar a la ciudadanía sobre un suicidio o sobre el fenómeno en general, aunque de ello hablaremos en el apartado que se refiere a la labor de los medios de comunicación.

En lo que respecta a este trabajo, se señalan en las siguientes líneas los factores de riesgo que la OMS identificaba en 2014, matizados después al hilo de otras aportaciones más recientes y, por tanto, más actualizadas.

La OMS (2014) diferencia entre riesgos i*) asociados con el sistema de salud y la sociedad* considerada globalmente, ii) *relacionados con la comunidad*, iii) ligados a las *relaciones interpersonales* y, finalmente, iv) *referentes al individuo en concreto*.

En el primer ámbito, el del sistema de salud y la sociedad, resaltan las *dificultades para acceder al sistema de salud o asistencia* (servicio de gran importancia considerando que la comorbilidad incrementa notablemente el riesgo suicida entre personas con ideación), *el fácil acceso a los métodos para suicidarse*, la *perjudicial información* a la que se le ha hecho eco por parte de los medios de comunicación, y el *estigma,* como factores de riesgo a mencionar. En este último caso, la estigmatización referiría a aquellas personas que buscan o precisan ayuda por tener ideaciones suicidas o enfermedades mentales, o por hacer uso inadecuado de sustancias psicoactivas. En iguales condiciones estarían aquellos que habiendo llevado a cabo algún

comportamiento relacionado con la autolesión, no pudieran hablar abiertamente sobre lo que les sucede, en mismas circunstancias que los familiares de quienes mueren a causa de un suicidio.

Los riesgos ligados a la comunidad serían principalmente las *guerras* y los *desastres* junto con otro tipo de *conflictos*, así como la *aculturización* y los *desplazamientos humanos*, que crearían un estrés negativo de base. Entre los factores de la comunidad, podríamos discutir si la estigmatización no estaría mejor ubicada en este grupo, dado que se trata de un proceso social y comunitario, además de una percepción individual que limita a la persona concreta.

En cuanto a las relaciones interpersonales, las *disputas* o *pérdidas*, la *discriminación*, el *aislamiento* o la *falta de apoyo* y los *traumas por abuso o violencia* serían vivencias adversas que harían mayor la probabilidad de suicidio.

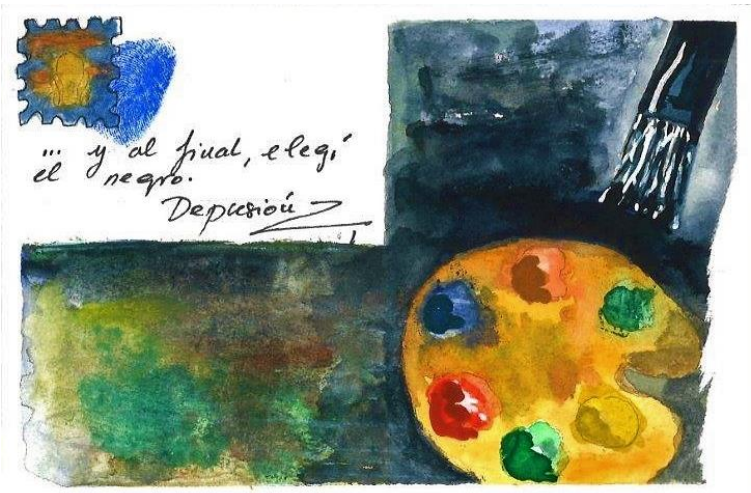
Por último, mencionan una serie de factores a nivel individual, que son: los *intentos de suicidio previos*, los *trastornos mental*es, el *consumo nocivo de alcohol*, las *pérdidas financieras* o *laborales*, los *dolores crónicos* y la *historia de pérdida de algún familiar por suicidio*. En relación a este último, Adam (1990) estudió y encontró indicios de que la pérdida temprana de algún progenitor estaba asociada a largo plazo con el suicidio.

A estos factores se les añadirían los genéticos y biológicos y, en mayúsculas, la DESESPERANZA. Ésta es subrayada por el Protocolo navarro en la misma misión de definir los factores de riesgo asociados a la conducta suicida. Aquí lo relacionan, en importancia, con la *pérdida del sentido vital* (está más allá de la dimensión cognitiva y emocional) como factor común en todas las edades, y además junto con la valoración negativa de los logros vitales concretamente en la vejez (Gobierno de Navarra, 2014).

Este protocolo, si bien parte de una guía de 2012 donde desde 2016 se advierte de la necesidad de actualización (lo que se abordará en el análisis), nos aporta un punto de partida para desarrollar muchos de los factores ya mencionados, y añadir nuevos. Diferencia entre factores de riesgo individuales, familiares/contextuales y “otros”, así como eventos o factores precipitantes que son de enorme relevancia. Siendo válidas algunas de sus indicaciones, se señalan y matizan, en su caso, las referencias que precisan de reajuste o profundización.

Aquí se citan como **factores individuales** que incrementarían el riesgo el trastorno mental, los factores psicológicos, los intentos previos de suicidio, la ideación suicida, la edad, el sexo, los factores genéticos, biológicos, la enfermedad física, la cronicidad, el dolor y la discapacidad.

2.1 Trastornos mentales



Postal 2: Depresión[8]

Se estima que al menos el 90% de las personas que atentan contra su propia vida sufre algún tipo de enfermedad mental (Arsenault, Kim, & Turecki, 2004; Baca & Aroca, 2014; Bertolote & Fleishmann, 2002; Henriksson, Aro, Marttunen, Heikkinen, Isometsa, Kuoppasalmi, & Lonnqvist, 1993; Jiménez, Montes, Jiménez, Mayoral, Escudero & Cid, 2016), por lo que resulta imprescindible abordar este factor de forma profunda. Los desajustes más remarcables o estudiados son los siguientes:

2.1.1 La depresión mayor

Es relevante dado que en el 60% de los casos de suicidio se observa un substrato de enfermedad depresiva (Tuesca & Navarro, 2003) y las personas afectadas por una depresión mayor presentan una probabilidad de riesgo suicida 20 veces superior frente a la población general y hasta un 15% de ellas fallece tras una tentativa (Jiménez yotros, 2016).

Los criterios según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) podrían resumirse en un estado de ánimo depresivo constante y la pérdida de interés o placer por actividades comunes. Se advertirían, además: la pérdida de peso, apetito y sueño, la agitación, la fatiga y el sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, la pérdida de concentración y capacidad de pensar o decidir, el pensamiento recurrente sobre la muerte (este no siendo solo miedo), la ideación suicida (tanto indeterminada como determinada), y el intento de suicidio como tal, todos ellos prolongados en el tiempo (APA, 2014).

[8] El motivo y explicación de esta y otras pinturas se encuentra en el epílogo, recogido en la página 201

Cabría añadir que la depresión mayor es alarmante cuando aparece al mismo tiempo que el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en jóvenes y adolescentes, según Aguilar (2018). Esta autora, que añade esta segunda psicopatología a la lista del Protocolo, alerta que dicha comorbilidad aparece en un 15-30% de los adolescentes (Aguilar 2018). El TDAH, por su parte, podría entenderse como factor de riesgo evolutivo, donde la suma de los reiterados fracasos escolares, la falta de apoyo por el grupo de iguales o las lesiones a la autoestima, pudieran resultar en importantes consecuencias, como pudiera ser la tentativa o la ideación suicida (Parellada, 2009).

2.1.2 La esquizofrenia

Se sabe que el suicidio es una de las principales causas de muerte entre los pacientes con esquizofrenia (Gómez, Martin, & Hurtado, 2012). Las personas afectadas por este trastorno presentan una probabilidad de riesgo suicida 9 veces superior frente a la población general y hasta un 10% de ellas fallece tras una tentativa, mientras que un 30% lo intenta al menos una vez en la vida (Jiménez y otros, 2016). Addington (2006), indica que incluso habiendo disminuido el porcentaje de personas con esquizofrenia que se suicidan (anteriormente se hablaba de un 10%), lo que dice ha traído una visión optimista respecto de la seguridad de los pacientes con este trastorno, las cifras siguen siendo relevantes. Este autor reitera el dato de 8,5 suicidios más en pacientes con esquizofrenia en comparación con la población general.

2.1.3 Trastorno Límite de la personalidad (TLP)

Intrínsecamente ligado al suicidio, que se produce en el 8-10 % de estos individuos, estaría el TLP, siendo también habituales los actos de autolesión (p. ej., los cortes o las quemaduras), las amenazas y los intentos de suicidio (APA, 2014). Se estima que las personas diagnosticadas de un trastorno de personalidad límite presentan una probabilidad de riesgo suicida entre 4 y 8 veces superior frente a la población general, conociéndose que un 70% lo intentan al menos una vez en la vida (Jiménez y otros, 2016).

Si leemos los criterios que indica el DSM, podemos ver que el trastorno se caracteriza por la inestabilidad y la reactividad, bien en cuanto a relaciones interpersonales como a la autoimagen y el autoconcepto. La impulsividad es definitoria también, dando lugar a un comportamiento igualmente inconsistente. Estos signos y síntomas comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, materializándose en conductas que pudieran hacer parecer irritables, agresivas,

angustiadas o desesperadas a las personas que padecen este trastorno (Aguilar, 2018). Es propio de estas personas temer el rechazo, el abandono o la pérdida, así como gestionar inadecuadamente la soledad o el aislamiento.

Hemos de considerar que más allá del gran sufrimiento que conlleva padecer este trastorno, lo que podría generar una desesperanza abismal, una persona que padezca TLP llegaría a autolesionarse para llamar la atención de los demás, con el objetivo de reducir los sentimientos de soledad percibidos, evitar la separación o reducir la presencia del estrés emocional, reemplazando el daño emocional por el físico (Aguilar, 2018). Otros motivos para mismas conductas serían los de confirmar la propia experiencia o desear morir.

De todos modos, dentro del diagnóstico del TLP se encuentra una variabilidad considerable, llegando a ser posible que dos personas sean diagnosticadas del mismo y entre ellas sólo compartan un síntoma (Feliu, 2014).

2.1.4 Los trastornos de ansiedad

Baca y Aroca (2014), resuelven en su estudio que “en poblaciones clínicas, la comorbilidad depresión-ansiedad es el factor de riesgo más importante para la conducta suicida, a diferencia de estas condiciones por separado y que otros diagnósticos” (Baca y Aroca, 2014, p.378). Aparentemente, la presencia de este trastorno comórbido tiene mayor influencia que no tener hijos, una historia familiar de conducta suicida o la edad misma. Indican que, en lo que refiere a ansiedad, el riesgo de intentos de suicidio se vio incrementado con respecto a otros trastornos mentales, excluida la depresión. En sintonía con esto último, se ha concluido también que el Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) está significativamente asociado a la ideación e intento suicida, no siendo así con otros trastornos ansiosos como la fobia social, el trastorno de pánico, la agorafobia o el trastorno de ansiedad generalizada (Sareen, Houlahan, Cox, & Asmundson, 2005). Al hilo, los eventos traumáticos como el abuso infantil aumentan el riesgo de suicidio, y, en este caso, se ven materializados en un trastorno. La presencia de este podría indicar que estas personas con ideación finalmente van a acabar haciendo un plan de suicidio o, de hecho, van a intentar suicidarse (APA, 2014, p.278). Este dato queda avalado por estudios como los de Sareen, Houlahan, Cox, & Asmundson, (2005), citado anteriormente.

Sin embargo, se encuentran también algunos resultados confusos, llegando algunos estudios incluso a mencionar la ansiedad como factor protector si está asociado

al miedo a morir o enfermar (Placidi, Oquendo, Malone, Brodsky, Ellis & Mann, 2000)[9]. En cualquier caso, el estudio de la ansiedad en relación al suicidio ha tenido en no pocas ocasiones resultados que lo correlacionan con el suicidio (Bolton, Cox, Afifi, Enns, Bienvenu, & Sareen, 2007; Sareen, Cox, Afifi, de Graaf, Asmundson, ten Have, & Stein, 2005)[10].

2.1.5 El Trastorno Personal Antisocial

En una muestra de prisioneros, Verona, Joiner, & Patrick, (2001) hallaron la correlación positiva ente la conducta suicida y el trastorno antisocial, indicando que este es uno de los fenómenos ligados a las tendencias impulsivas y agresivas del individuo con el trastorno indicado. Con posterioridad se ha referido a estos mismos resultados en la investigación sobre la correlación entre suicidio y trastornos de personalidad (Gracia, Henry, & Luis, 2006).

2.1.6 Abuso de alcohol y otras sustancias

Hablamos de hallazgos que indican entre 6 y 14 veces más de posibilidades de suicidio según *Kessler, Borges y Wlters* (1999) *y Wilcox, Conner y Caine* (2004), respectivamente. Las personas afectadas por consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y otras drogas, sobre todo en los jóvenes cuando presentan dificultades de relaciones interpersonales o con otros miembros de la familia, presentan mayor riesgo suicida que la población general (Jiménez y otros, 2016)

2.1.7 Trastorno bipolar

Según la APA, el riesgo de suicidio a lo largo de la vida de los pacientes con trastorno bipolar es 15 veces superior al de la población general, además de suponer un cuarto de todos los suicidios consumados (APA, 2014, p.131). El 15% fallece tras una tentativa, que tiene lugar en un 56% de los diagnósticos (Jiménez y otros, 2016). El historial de intentos y los episodios depresivos importantes se indican como marcadores[11] al respecto (Aguilar 2018).

---

[9] Se debe indicar que en este estudio refieren a la necesidad de más investigación en torno a la relación ansiedad-intento de suicidio.

[10] “data clearly demonstrate that comorbid anxiety disorders amplify the risk of suicide attempts in persons with mood disorders” (Sareen, y otros, 2005, p.1249) y “the presence of one or more anxiety disorders at baseline was significantly associated with subsequent onset suicide attempts. Anxiety disorders are independent risk factors for suicide attempts and underscore the importance of anxiety disorders as a serious public health problem” (Boltony otros, 2007, p.477).

[11] Los marcadores de riesgo son eventos asociados a una potencial mayor probabilidad de sufrir un determinado resultado.

2.1.8 Otros trastornos

Antes de finalizar con las enfermedades mentales, conviene decir que el DSM-5 indica el riesgo de suicidio para múltiples trastornos añadidos. Hemos hecho un pequeño repaso de estos, y aunque sin intención de agotarlos, se mencionan algunos:

- Los trastornos de la conducta alimentaria: En la anorexia y bulimia nerviosa, el riesgo de suicidio es elevado. En el primero de ellos presentan tasas publicadas del 12 por 100.000 al año (APA, 2014, p.343). Más allá de aquellos en relación a la comida, los trastornos de la conducta (TC), en general, dice Aguilar (2018), estarían sobrerrepresentados en el consumo de sustancias y la ideación, así como en el intento y culminación del suicidio. Sucede que la distorsión a la hora de interpretar situaciones ambiguas como amenazantes, en muchas situaciones, brindaría una justificación válida para aquellas respuestas desadaptativas que pudiera llevar a cabo quien lo padece. Esto se vería junto con el bajo autocontrol, la suspicacia, la escasa tolerancia a la frustración, los arrebatos/explosiones, la imprudencia o la aparición conjunta con otras patologías.
- Fobia específica: estos sujetos tienen un 60 % más de probabilidades de cometer intentos de suicidio que las personas no diagnosticadas (APA, 2014, p.201)[12].
- Ataques de pánico y diagnóstico de trastorno de pánico: con un margen de 12 meses están relacionados con una mayor tasa de intentos de suicidio y de ideación suicida, incluso si se consideran la comorbilidad, los antecedentes de maltrato infantil y otros factores de riesgo de suicidio (APA, 2014, p.212).
- Trastorno obsesivo compulsivo (TOC): la ideación suicida aparece aproximadamente en la mitad de los individuos con este trastorno en algún momento de la vida (los intentos, hasta en una cuarta parte), teniendo que considerarse la presencia comórbida del trastorno depresivo mayor, que aumenta el riesgo (APA, 2014, p.240).
- Trastorno dismórfico corporal: en adultos niños/adolescentes: se encuentran elevadas tasas de ideación suicida e intentos. Los individuos con trastorno dismórfico corporal tienen muchos factores de riesgo para el suicidio consumado, como el alto índice de ideación suicida, los intentos de suicidio,

[12] Indican que es *probable que estas tasas elevadas se deban principalmente a la comorbilidad con los trastornos de la personalidad y otros trastornos de ansiedad*

las características demográficas asociadas con el suicidio y las elevadas cifras de trastorno depresivo mayor comórbido (APA, 2014, p.245).

- Trastorno de identidad disociativo: Más del 70 % de los pacientes ambulatorios ha intentado suicidarse; son frecuentes los múltiples intentos y las conductas autolesivas (APA, 2014, p.295).

Por último, el DSM-5 informa del riesgo de suicidio en los individuos con trastorno de duelo complejo persistente, indicando que comúnmente presentan a ideación suicida. Lo referente se expondrá en el apartado que versa sobre los supervivientes del suicidio, esto es, los supervivientes a un intento y los familiares de la persona que consuma un suicidio, como sector de alto riesgo a considerar, y como ámbito de actuación al que prestar especial atención.

2.2 Factores psicológicos

Hablaríamos de la impulsividad, el pensamiento dicotómico o la rigidez cognitiva, la desesperanza, la dificultad en la resolución de problemas y la sobregeneralización en el recuerdo biográfico. Se le añadiría el perfeccionismo, que al igual que todos los anteriores, también forma parte de los factores de predisposición que sugieren Wenzel & Beck (2008), y que han sido expuestos con anterioridad.

2.3 Intentos previos e ideación

Aunque ambos incrementan el riesgo, el intento es un predictor de riesgo suicida claro. Durante los seis primeros meses, e incluso durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta considerablemente, sobre todo en el caso de los ancianos (Gobierno de Navarra, 2014). Jiménez y otros, hablan de un 30-40% de las muertes por suicidio precedidas por intentos de suicidio, mientras que Cross & Hirschfeld (1986) hablaron de un 65% entre los suicidios consumados. Una vez consumado un intento, las personas con riesgo suicida pasarían a ser susceptibles de intervención secundaria, entendiendo que la prevención general ha fallado en este caso. Hoy en día preocupa especialmente la autolesión en los jóvenes, que, si bien no tienen siempre una intencionalidad suicida, acaban en no pocas ocasiones derivando en un intento de suicidio por la gravedad de su resultado. Quien intenta un suicidio sin lograrlo es llamado superviviente, aunque el término se usa generalmente más para referir a aquellas personas que pierden a un ser querido a causa de este fenómeno. En ambos casos, como queda plasmado en este apartado, estas personas se convierten en un grupo de gran riesgo al que debe prestarse atención. Podría relacionarse lo anterior con la familiaridad adquirida con la muerte, e incluso con la concepción de determinadas conductas autolesivas como estrategias de afrontamiento ante el estrés y las circunstancias adversas.

2.4 Edad y sexo

La adolescencia, la edad avanzada y la vejez son momentos críticos. El último grupo entre los más vulnerables, los ancianos, comete más suicidios consumados por emplear medios más letales.

Esta diferencia se da también entre hombres y mujeres, consumándose en los primeros tres veces más de suicidios que en las segundas, pero teniendo lugar tres veces más de intentos en orden inverso (esto es, tres intentos en mujeres por cada uno en hombres). Como se ha mencionado, eso se debe probablemente a la letalidad del medio empleado. Existen diferencias culturales que podrían revertir estas informaciones (Gobierno de Navarra 2014).

Suicidios consumados

Intentos de suicidio

Infografía 1: suicidios consumados e intentos de suicidio según sexo
Fuente: Creación propia.

2.5 Genética, biología

Autores como Brent (1996) o Roy (1992), citados por Jordan (2001), defienden la existencia de factores genéticos que aumentan la probabilidad de suicidio, aunque generalmente esta relación se tiende a explicar por medio de la herencia o transmisión de algunas enfermedades mentales, que sí predispondrían al suicidio. Sin embargo, la evidencia permite observar que existe un componente genético algo más específico, concretamente, en los genes involucrados en el sistema serotoninérgico, que pueden estar participando en el desarrollo de la conducta suicida (Tovilla & Mendoza, 2012). Se habla de una disfunción en el sistema serotoninérgico central, siendo que aquellos factores que reducen la actividad del sistema son relevantes (Gobierno de Navarra, 2014). Estos factores darían respaldo a las teorías biológicas del suicidio.

2.6 Enfermedad física, cronicidad, dolor y discapacidad

Aunque el suicidio rara vez se produce sólo por una enfermedad física, está presente en el 25% de los suicidios, y en un 80% en casos de edad avanzada (Gobierno de Navarra, 2014). Por ejemplo, los enfermos de cáncer tienen una equivalente ideación suicida y una mayor tasa de suicidio que la población general.

Otros factores, que corresponderían ya al "**ámbito familiar y ambiental**", serían por ejemplo la disfuncionalidad, que Adam (1990) definió como factor de predisposición o precipitante. En general, y sin centrarnos en la familia, el suicidio sería más frecuente en aquellos individuos con una red relacional disminuida. La soltería, la viudedad, el divorcio, la carencia de apoyo social y familiar o el vivir solo/sola, son aspectos en los que reparar, especialmente en hombres. En esta misma línea, la pobreza, la pérdida de empleo y la jubilación son eventos estresantes que en el mundo desarrollado se asocian con un mayor riesgo de suicidio. Los trabajos con alto nivel de estrés y muy cualificados, pero también el bajo nivel educativo, son otros posibles factores de riesgo.

El efecto Werther o de imitación de modelos se incluiría entre los factores contextuales. Se conoce que la *exposición a casos de suicidio cercanos,* o a determinadas informaciones sobre suicidio en los medios de comunicación, se ha asociado también la conducta suicida. En este caso, la juventud es especialmente vulnerable a informaciones sobre el suicidio (Gobierno de Navarra, 2014), lo que apoyan autores como Blumenthal (1990), Diekstra & Garnesfski o Moscicki (1995), citados en Jordan (2001).

En último lugar, al hilo de esos "otros factores" que ya mencionaba la OMS, estarían la *historia de violencia* durante la infancia, la *orientación sexual* (sobre todo en jóvenes y adultos jóvenes, se liga a la discriminación) o el *acoso* por parte de iguales. En materia de Violencia de Género (VG) también se ha visto una asociación entre agresor y suicidio (Gobierno de Navarra, 2014).

En el contexto ambiental, la *disposición de métodos* para llevar a cabo un suicidio es un factor de riesgo relevante, facilitando el paso del pensamiento a la acción.

Algunos de los factores que acaban de señalarse no agotan su influencia en el marco de la predisposición o aumento de probabilidades. Muchos de ellos, en especial los relacionados con las vivencias estresantes o adversas, pueden actuar también como precipitantes del suicidio, y así los incluye el Protocolo navarro. Esto implica tener un

efecto negativo en las personas con riesgo suicida sin patología o precipitar el suicidio en personas con trastorno.

La Asociación Española de Neuropsiquiatría publica en diciembre de 2018 su número 134, y propone un cambio de perspectiva en torno al suicidio: dejar el modelo biomédico imperante en salud mental y optar por uno contextual-fenomenológico. En el artículo “Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio”, muy relevante para la propuesta de prevención, defiende lo remarcable que es la presión que ejercen un listado de problemas radicados en y derivados de la vida cotidiana, si bien indica que acotados cultural e históricamente. El texto concluye que todo suicidio es siempre reactivo a una crisis de la vida biográfica cotidiana y que, por tanto, el enfoque preventivo y de intervención debería centrar sus esfuerzos en las mismas. Incluyo esta mención por considerar que todos los eventos que se citan en el artículo son perfectamente encajables en las categorías de factores ya indicadas. La mayoría, además, no tienen que ver con factores personales sino con contextuales, sociales y relacionales, con seguridad más susceptibles a una intervención interdisciplinar. Se indican a continuación los eventos que resalta el artículo, por considerar que es una perspectiva novedosa y enriquecedora: el artículo divide los problemas que considera relevantes en las etapas evolutivas de adolescencia, adultez y vejez, e incluye al colectivo de gays, lesbianas, bisexuales y transexuales por referir representativas de necesaria mención.

Entre los niños y los adolescentes se mencionan: el fracaso académico (en el 70% de los casos de suicidio en población juvenil aparece el fracaso escolar como desencadenante), la conflictividad familiar, el abandono o ruptura de pareja, la confusión-rechazo sobre la orientación o identidad sexual, el trauma por abuso o agresión física o sexual y ser víctima de acoso o ciberacoso. El abuso o agresión fue estudiado también por Adam (1990) y Blumenthal (1990), y se sabe, es facilitado hoy día por las nuevas tecnologías e internet, lo que hacen aún más intenso su efecto al poder aparecer en cualquier momento y lugar (y no limitándose al tiempo que un joven pasa en el colegio o escuela).

En la adultez menciona casi exclusivamente los factores indicados en la categoría del Protocolo “factores del ámbito familiar y ambiental”. Nuevamente pérdidas personales, duelo, divorcio, separación o muerte. Pérdidas financieras y deudas económicas o laborales, junto con conflictos y desprecios interpersonales y problemas jurídico-legales, se añaden también. La soledad o aislamiento, así como la enfermedad terminal, crónica o que produzca dolor crónico, la discapacidad o la pérdida de autonomía tienen un mal pronóstico de cara al suicidio. Estos últimos son comunes a la

vejez, donde el propio paso del tiempo supone un deterioro de la salud física (y mental), y de la calidad de vida.

La “vida de los ancianos”, como dicen (García, García, & González, 2018), se ve negativamente influenciada por contextos problemáticos como el mencionado deterioro, la más común viudedad y la proximidad de la muerte, la jubilación, los cambios de residencia, pérdida de rol y característicamente la sensación de ser una carga para los demás.

El colectivo de gays, lesbianas, bisexuales y transexuales se menciona por ser un colectivo remarcadamente vulnerable. El estigma, la marginación, la discriminación, la falta de apoyo y el acoso o rechazo social sitúan a estas personas en un contexto estresante que hacen sean el 30% de los jóvenes menores de 20 años que se suicidan.

3. FACTORES DE PROTECCIÓN PARA EL SUICIDIO

En ocasiones olvidados, los factores de protección ante el suicidio tienen un gran peso en la potencial efectividad de una estrategia preventiva. Existen factores que aparentemente incrementan el vínculo y la capacidad de recuperación, lo que disminuye la tendencia suicida. Algunos factores protectores contrarrestan factores de riesgo específicos mientras que otros protegen contra el desarrollo o aparición de estos (WHO, 2014).

La OMS indica que la solidez de las relaciones personales, las creencias religiosas o espirituales y las estrategias prácticas positivas de afrontamiento y bienestar, son cruciales para disminuir el número de muertes por suicidio. Se parte de esta clasificación por definir tres grandes grupos de partida, pero se añaden otras referencias y factores relacionados.

3.1 Sólidas relaciones personales

La OMS considera que, habiendo comprendido la pérdida o disputa como factores de riesgo, los lazos estrechos y su estabilidad, en sentido contrario, han de comprenderse como factores que protegerían del suicidio. Esto es así porque aparentemente, un círculo relacional saludable puede aumentar la capacidad de recuperación individual, brindando un apoyo social, personal e incluso financiero que hace de contrapeso a eventos significativamente estresantes predecesores del suicidio. Ha de considerarse que, a mayor dependencia, que aparece en relaciones asimétricas características de la adolescencia y la vejez, estos lazos resultan especialmente protectores (WHO, 2014). El apoyo familiar o social, cuando es estable y de calidad, es entonces protector del suicidio (Gobierno de Navarra, 2014), siendo la integración social su versión más

general. Jiménez, y otros (2016) apuntan en esta línea que la amistad es una de las formas más efectivas de prevenir el suicidio.

3.2 Creencias religiosas o espirituales

La OMS recomienda cautela y contextualización. Aun siendo cierto que, en determinadas prácticas e interpretaciones culturales, la religiosidad puede ser un factor protector en la medida que aporta un sistema estructurado y compartido de creencias, en sentido contrario también puede haber contribuido a la estigmatización del suicidio. En consecuencia, deja de representar una posibilidad en la búsqueda de ayuda. Van Praag (2009), señala:

> Studies show that if religiosity is experienced as a source of hope and confidence, it reduces the risk of depression in times of mounting stress, facilitates recovery and diminishes suicide risk. Religiosity experienced as a source of guilt and fear probably has the opposite effects. (Van Praag, 2009, p.7)

La religiosidad o espiritualidad es sin embargo incluida entre los factores protectores tanto por la OMS (2014) como por el Protocolo Navarro (2014), que dice que cabrían interpretarse los valores culturales y tradicionales en sentido amplio también, pudiendo cumplir la misma función cohesiva. Aquí serían de importancia valores tales como el respeto, la solidaridad, la cooperación, la justicia y la amistad, según Jiménez y otros (2016).

3.3 Estrategias positivas de afrontamiento y bienestar subjetivo

Encontramos la estabilidad emocional, el optimismo, la adecuada autoestima o autoconfianza (Gobierno de Navarra, 2014; Jiménez y otros, 2016; WHO, 2014) y la identidad personal desarrollada como factores relevantes.

De su mano aparece la capacidad resolutiva eficaz (WHO, 2014; Gobierno de Navarra, 2014; Jiménez y otros 2016), donde se incluye la búsqueda de ayuda cuando se precise de esta (WHO, 2014; Jiménez y otros, 2016), y la flexibilidad cognitiva (Gobierno de Navarra, 2014).

Este conjunto de rasgos de personalidad proporciona las herramientas necesarias, o al menos básicas, para que alguien pueda recuperarse de una situación complicada o estresante en la vida. Estas harían, por ejemplo, que una persona con una enfermedad mental requiriese ayuda, haciendo posible una intervención temprana que amortigüe el peso de la psicopatología entrono al suicidio.

Hay que considerar, eso sí, el estigma ligado a este tipo de circunstancias en general, y, en especial, el que es percibido por los hombres. Estas habilidades, como veremos, son adquiribles por medio de la educación emocional, que se caracteriza por el trabajo de una inteligencia muy ligada a las mismas.

En la literatura consultada hay otra serie de factores mencionables que no se incluyen de forma evidente en los tres grupos anteriores. Uno sería tener hijos (especialmente en las mujeres) o hermanos (más en adolescentes), y otro, en contraposición al trastorno mental o enfermedad física y al abuso del alcohol como factores de riesgo, sería el tratamiento de estas circunstancias a largo plazo. Ambos son aportados por el Protocolo Foral. Jiménez y otros (2016), por su parte, mencionan las habilidades de comunicación y la receptividad hacia las experiencias y soluciones de las otras personas.

Es importante saber que al bienestar mental y físico le subyace en no pocas ocasiones el modo de vida saludable. En este sentido, deporte, alimentación y sueño adecuados, igual que bajo consumo de sustancias psicoactivas, tienen un efecto positivo en la prevención del suicidio. Por citar algunos estudios: Davidson, Babson, Bonn-Miller, Souter & Vannoy (2013) llegan a la conclusión de que el ejercicio físico está directa e indirectamente asociado al riesgo suicida, y además, que su práctica reduce los síntomas depresivos y mejora patrones de sueño, lo que relaciona de forma indirecta el ejercicio con el decrecimiento del riesgo suicida.

Sarchiapone, Mandelli, Carli, Iosue, Wasserman, Hadlaczky, Agn (2014), que reparan a la relación entre horas de sueño e ideación suicida, encuentran que junto con la edad adulta, los problemas emocionales y relacionales, la ideación suicida es una de las variables más fuertemente asociadas a las insuficientes horas de sueño.

3.4 Inteligencia emocional

Postal 3: Emociones[13]

Como factor protector de gran importancia, y, probablemente, como reflejo del conjunto de estrategias prácticas positivas de afrontamiento y bienestar subjetivo que se han mencionado, es indispensable mencionar la Inteligencia Emocional (IE). Pese a no ser un término empleado en los distintos documentos consultados, se analiza en las siguientes líneas por su relevancia y aplicabilidad en la labor preventiva del suicidio, concretamente, a través de la educación emocional.

Pues bien, la IE puede entenderse como el uso inteligente de las emociones según Weisinger (1998), o como la ”capacidad para reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, para motivarse y gestionar la emocionalidad en nosotros mismos y en las relaciones interpersonales” según Goleman[14] (1998, p.98).

Partiendo de la teoría de las Inteligencias Múltiples (IM) de Gardner (1983), quien distinguió entre 7 tipos que incluían la intrapersonal e interpersonal,[15] Salovey y Mayer, más adelante en 1990, construyeron su concepto de IE (Trujillo & Rivas, 2005). No obstante, fue Goleman quien tuvo el mérito de haber difundido profusamente el concepto.

En cualquier caso, ambos tipos de inteligencia son relevantes en la literatura sobre IE. Bisquerra (2006), cita la inteligencia interpersonal como aquella construida a

[13] El motivo y explicación de esta y otras pinturas se encuentra en el epílogo, recogido en la página 201
[14] Psicólogo, periodista y escritor estadounidense autor del libro Emotional Intelligence (1995).
[15] Diferenciaba entre inteligencia lógico-matemática, musical, espacial, lingüística, cinético-corporal, interpersonal e intrapersonal (1988), incluyendo en 1995 y 1998 la naturista y la existencial, respectivamente.

partir de la capacidad para establecer buenas relaciones con otras personas, y la inteligencia intrapersonal, como el conocimiento de los aspectos internos de uno mismo.

Se encuentran varios modelos teóricos que explican la IE, y estos pueden agruparse según sean modelos “de habilidad”, modelos “de rasgo”, o modelos “mixtos”. Los primeros sugieren que la IE es una capacidad para percibir comprender y manejar la información que nos proporcionan las emociones, siendo una habilidad que puede aprenderse, y los segundos y los terceros, figuran una concepción compuesta de inteligencia que incluye capacidades mentales y otras disposiciones y rasgos de personalidad estáticos (Mayer, Salovey, & Caruso, 2000).

En palabras de Ugoani, Amu y Calu (2015), que fijan su atención en los modelos de habilidad y mixtos como únicos relevantes: “Ability models regard emotional intelligence as a pure form of mental ability and thus as a pure intelligence. In contrast, mixed models of emotional intelligence combine mental ability with personality characteristics such as optimism and well-being” (2015, p.569). Los modelos a subrayar, por relevancia para este trabajo, serían los siguientes:

3.4.1 Modelos de habilidad: modelo de Salovey y Mayer (1990, 1997)

El modelo jerárquico de Salovey y Mayer (1990) defiende que la IE incluye tres procesos mentales: la *valoración y expresión de las emociones*, la *regulación emocional* y el *uso de las emociones* para la resolución de problemas. En efecto, para ellos, las emociones ayudan a resolver dificultades y facilitan la adaptación al medio (Fernández-Berrocal & Extremera, 2009).

En el año 1997 estos autores añaden a sus tres procesos la *compresión de las emociones*. La IE pasa entonces a estar basada en 4 capacidades de complejidad ascendente: i) percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, ii) generar sentimientos facilitadores del pensamiento iii) entender las emociones y el conocimiento emocional y iv) regular estas emociones promoviendo el crecimiento emocional e intelectual (Mayer y Salovey, 1997). Según Bisquerra y otros (2015) la organización jerárquica de estas etapas se debe a que tanto adquirir como desarrollar las últimas dimensiones, requiere el desarrollo de las anteriores, las más elementales. El modelo de Salovey y Mayer lleva el nombre de Trait Meta-Mood Scale (TMMS), la herramienta que mide la destreza de ser conscientes de nuestras propias emociones y saber regularlas.

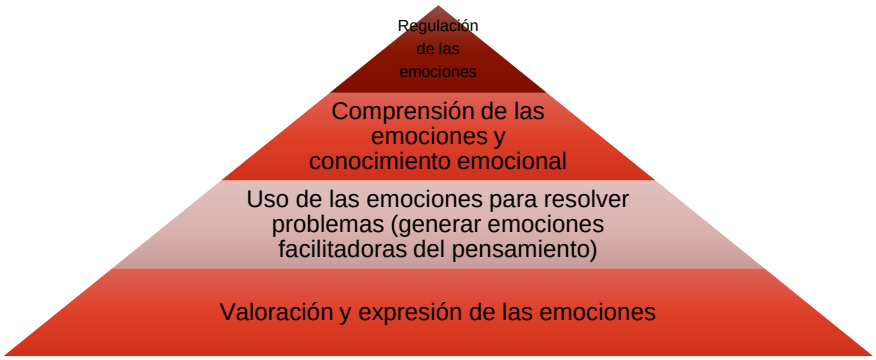


Figura 7: Esquema piramidal que ilustra el modelo jerárquico de Salovey y Mayer (1997)
Fuente: Creación propia.

Extremera y Fernández-Berrocal, en un artículo que sale a la luz en 2001, buscan la relación entre el rendimiento escolar y la IE. Evalúan entonces tres variables de gran peso en esta: la *percepción*, la *comprensión* y la *regulación emocional*. Se trata de una adaptación del modelo anterior, pero cuenta con validación en distintas poblaciones y contextos, tanto escolares como clínicos (Trujillo & Rivas, 2005). El TMMS-24 o *Trait Meda-Mood Scale 24,* es el instrumento que emplean en este caso para medirlas, y está basado en el TMMS de Salovey y Mayer. Contiene las tres dimensiones clave citadas, y dedica ocho ítems a cada una de ellas en él.

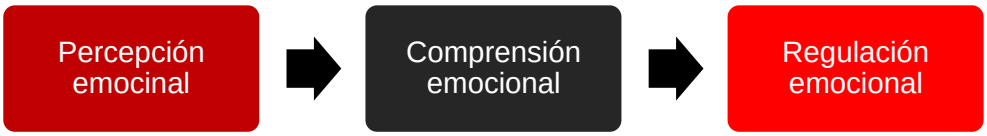


Figura 8: Esquema que ilustra las tres variables de peso en IE según Extremera y Fernández-Berrocal (2001)
Fuente: Creación propia.

Según Álvarez (2014), el tratamiento emocional de la inteligencia supone el desarrollo de competencias relacionadas con la percepción y la comprensión de las emociones propias y ajenas en sendos modelos teóricos. En la prevención del suicidio, esto podría entenderse como herramienta personal que facilitaría un afrontamiento positivo de las problemáticas y circunstancias complejas que toda persona vive en algún momento. Los recién citados modelos son importantes por ser modelos de habilidad, que se presupone, implican que la IE puede mejorar a lo largo de la vida a través de una adecuada educación emocional.

Antes de pasar a los modelos mixtos, conviene mencionar que existen otros dentro de este primer grupo. Uno sería el modelo competencial tripartito de Mikolajczak (2009), que hace pequeñas variaciones al de Salovey y Mayer (considera una doble perspectiva y compone a la IE con diez facetas, cinco intrapersonales y otras cinco interpersonales) y aporta su propia herramienta de medición: el PEC o *Profile of Emotional Competence* (Brasseur, Grégoire, Bourdu, & Mikolajczak, 2013).

3.4.2 Modelos mixtos: Goleman (1995, 2001) y Bar-On (1997)

Pasando a los mixtos, estarían el modelo de Goleman (1995, 2001), y el de Bar-On (1997), relevantes por su peso en la literatura disponible sobre IE. Para estos autores el concepto de la IE incluye rasgos de la personalidad estables a lo largo del tiempo y las circunstancias, como serían la motivación, la tolerancia a la frustración o control de los impulsos, el manejo del estrés, la ansiedad o la asertividad, entre otros (García-Fernández & Giménez-Mas, 2010).

Para el modelo de Goleman (1995, 2001), sin embargo, las competencias emocionales también pueden aprenderse, todos pueden ser inteligentes (Fernández-Rodriguez, 2013). Este autor, citado en (García-Gómez, 2015) incluía entre los componentes o dimensiones de la IE:

- *Autoconciencia* (reconocimiento de los estados de ánimo, intuiciones y recursos propios)[16],
- *Autorregulación* (manejo de los estados de ánimo, impulsos y recursos propios)[17],
- *Motivación* (énfasis y manejo de las emociones que guían o facilitan el cumplimiento de las metas establecidas)[18],
- *Empatía* (identificación de las necesidades, preocupaciones y sentimientos de otros)[19]

[16] Englobaría la autoconfianza, la conciencia emocional y la correcta autovaloración

[17] Tendría dentro de sí la conciencia o compromiso consigo mismo, la honestidad, el autocontrol, la adaptabilidad y la innovación

[18] Comprendería el esfuerzo hacia el logro, el compromiso, la iniciativa y el optimismo (entendido como constancia de logro a pesar de los obstáculos)

[19] Supone comprender sentimientos ajenos, reparar en su desarrollo, prever, reconocer y satisfacer las necesidades, diversificar las oportunidades para personas distintas y tener conciencia política, siendo capaz de captar y comprender las emociones del grupo, así como el compañerismo entre sus miembros.

- *y las habilidades sociales*[20].

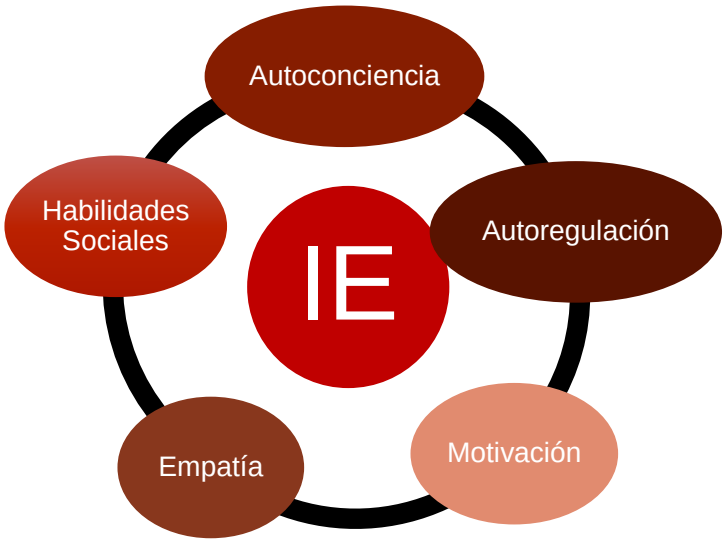


Figura 9: Esquema que ilustra el modelo de Goleman (1995)
Fuente: Creación propia.

El modelo de Bar-On, de Inteligencia Emocional-social (ESI) (1997) es un modelo de gran influencia en la literatura según (Bisquerra, García, & Pérez, 2015).

Este defiende que la IE se divide en cinco grandes áreas (inteligencia intrapersonal, inteligencia interpersonal, adaptabilidad, gestión del estrés y estado de ánimo general) integradas por varios subcomponentes. Según Bar-On (1997), la modificabilidad de la inteligencia emocional y social es superior a la cognitiva.

El modelo lleva aparejado también un instrumento propio de evaluación de la IE: el *Emotional Quotient Inventory* o EQ-i, que mide las 5 dimensiones citadas (Bar-On, 2006). La importancia de este modelo es la idea reflejada por su autor en 2006: "Consistent withthis model, to be emotionally and socially intelligent is to effectively understand and express oneself, to understand and relate well with others, and to successfully cope with daily demands, challenges and pressures" (Bar-On, 2006, p.14).

Como la mayoría de los modelos que se han elegido sugieren, la IE comprende una serie de habilidades que pueden aprenderse. Esto se vuelve de gran importancia en relación a la prevención del suicidio por ser un factor protector ante el mismo.

[20] Considera que tener influencia sobre los demás, comunicarse adecuadamente (incluye la escucha), saber manejar los conflictos y liderar (inspirar y guiar al grupo), catalizar el cambio y construir lazos, colaborar y cooperar y trabajar en equipo, son reflejo de mencionada habilidad.

Ejemplo es el artículo "*La Inteligencia Emocional como Factor Protector ante el Suicidio en Adolescentes",* cuya autora es Suárez-Colorado (2012), que concluye:

> Pensar en la inteligencia emocional como factor causal sería imprudente y científicamente infundamentado, pero sí cabe resaltar el papel protector que ejerce sobre todos aquellos elementos ambientales, sociales, de personalidad, cognitivas, etc. que origina en un adolescente o un joven alguna forma de comportamiento suicida. Es decir, que la inteligencia emocional afectada o para otros baja IE, hace propenso al sujeto a los factores de riesgo y estos así mismos predisponen al suicidio. (Suárez-Colorado, 2012, p.195)

En la misma dirección apuntarían los resultados de un reciente estudio sobre población adolescente con riesgo suicida en Perú (Mamani, Brousett, Ccori, & Villasante, 2018). En este segundo, realizado sobre mujeres en las que se identificó riesgo, se emplearon la escala de ideación suicida de Beck y el inventario de inteligencia emocional de Bar-On. El objetivo era poner a prueba la eficacia de un programa de intervención para desarrollar la inteligencia emocional, hipotetizando que tras el mismo, disminuirían los niveles de ideación suicida en la muestra. Las resultas confirmaron la hipótesis, dado que los niveles de ideación disminuyeron tras el programa, siendo visibles en el desarrollo de las dimensiones intrapersonal, manejo de estrés y estado de ánimo general sobre las pacientes, que reflejaban un desarrollo de la inteligencia emocional.

Otro hallazgo que lo corrobora es el de Mérida, Quintana, Rey y Extremera, (2014), que en el artículo publicado a raíz de su estudio indican cómo las mujeres en las que se identificaban mayores habilidades de IE eran más capaces de reducir sus niveles de percepción de estrés, y, por eso, las ideaciones e intentos suicidas se volvían más infrecuentes.

Igualmente, y acorde a lo anterior, Fernández-Berrocal, Alcaide, Extremera y Pizarro (2006), citados en (Gómez-Romero, Limonero, Toro, Montes-Hidalgo, & Tomás-Sábado, 2018) encontraron que a mayor IE, menores eran los niveles de depresión y ansiedad, hallando que la claridad emocional y la regulación emocional estaban asociadas con un favorable ajuste psicológico.

Aunque todos los estudios indican una serie de limitaciones (especialmente aquellos realizados únicamente sobre población femenina), parece claro que las habilidades sobre emociones propias y las del entorno descritas en los modelos, contribuyen en la capacidad de afrontar el efecto negativo de los estresores cotidianos y evitar la aparición de problemas psicológicos, entre los que podría entenderse la ideación (Mayer, Roberts, & Barsade, 2008). Por este motivo los artículos y estudios

mencionados dejan en evidencia la necesidad de reparar en los factores protectores del suicidio si se pretende prevenir el mismo.

En concreto, la educación emocional, por medio de la cual se mejoran habilidades de naturaleza protectora (como son la gestión del estrés y situaciones adversas, comprensión de los propios sentimientos y habilidad de regulación de estos), parece necesaria. Si bien es aplicable a todas las edades, tiene especial cabida en el ámbito educativo, y para su implementación se ha recorrido ya camino: existen autores que han trabajado y publicado a este respecto. Ejemplo es Bisquerra (2006), quien defiende la EE como proceso educativo continuo y permanente a lo largo de la vida con el fin último de optimizar el desarrollo humano.

Este autor ampara la importancia de elegir y estructurar de forma adecuada los contenidos de los programas de intervención, aclarando que la EE encaja perfectamente en el marco general de la orientación psicopedagógica. Para ello sugiere una serie de criterios a considerar: aconseja la claridad de los objetivos y propone una serie de contenidos esenciales.

Entre los criterios a considerar: el nivel educativo del alumnado al que va dirigido el programa, la generalidad de los receptores, el efecto de los contenidos sobre los procesos de reflexión en torno a las propias emociones y las de los demás, y el foco en el desarrollo de competencias emocionales, etc.

Entre los objetivos específicos, que han de ser claros: adquirir conocimiento de las propias emociones e identificar las de los demás; desarrollar la habilidad para regular las propias emociones; prevenir los efectos nocivos de las emociones negativas; desarrollar la habilidad para generar positivas y automotivarse, y adoptar una actitud positiva ante la vida o aprender a fluir (Bisquerra, 2006).

Entre los contenidos que podrían ser abordados: “el concepto de emoción, los fenómenos afectivos, los tipos de emociones (positivas o negativas, básicas y derivadas, ambiguas…), causas, predisposición a la acción, estrategias de regulación y competencias de afrontamiento …” (2006, pp.18-19).

Dejando a un lado la educación, para terminar puede mencionarse también el papel positivo que juega inteligencia emocional en el cuidado de personas que han llevado a cabo algún tipo de comportamiento suicida. Parece haber evidencias, o al menos indicios en estudios, que señalan que la alta inteligencia emocional en el personal que trata con pacientes que han llevado a cabo este tipo de conductas, junto con un mayor grado de formación en salud mental en el caso de enfermeros y

enfermeras, por ejemplo, se asocia a una actitud más favorable hacia los mismos (Carmona & Pichardo, 2012).

Se conoce que los y las profesionales del ámbito asistencial se ven sumergidos en situaciones de alto estrés y la ansiedad que pueden dificultar la gestión de las conductas suicidas, y afectar negativamente a su desarrollo, por lo que un mejor autoconocimiento de las propias emociones, por medio de la formación y el desarrollo de habilidades emocionales, podría mejorar su prestación[21].

4. SEÑALES DE ALARMA PARA EL SUICIDIO

Postal 4: Multicausalidad[22]

La educación en las señales de alarma para el suicidio son un reclamo repetido por parte de los supervivientes al mismo. Este reclamo se debe en no pocas ocasiones, sobre todo en familiares, al sentimiento de culpabilidad que obliga a preguntarse “qué podría haber hecho” o “cómo pude saberlo”. En gran medida también, claro, responden a la intención de evitar que otros sufran lo que ellos sufrieron.

Las señales de alarma difieren de los factores de riesgo pese a coincidir en ocasiones, y la característica principal que permite diferenciar unos de otros es la relación proximal o distal en cuanto a la conducta suicida, Según Rudd (2008):

> Warning signs are associated with near-term (minutes to hours to days) risk rather than acute (days to weeks) or longer-term (years) risk. Warning signs help to answer the critical question: what is my patient doing (observable signs) or saying (expressed

[21] En el citado artículo se advierte, además, que la formación en conducta suicida es también requisito para la mejora de la gestión con los pacientes.

[22] El motivo y explicación de esta y otras pinturas se encuentra en el epílogo, recogido en la página 201

symptoms) that elevates his or her risk to die by suicide in the next few minutes, hours, or days? (Rudd, 2008, p.88)

Rudd y otros (2006) resumen las diferencias entre ambos constructos en base a 9 características (las 8 que prosiguen más el carácter proximal de las señales):

1. Claridad en la definición: las señales de alarma tienden a estar peor definidas.
2. Fundamento empírico: las señales tienen menor respaldo empírico.
3. Marco temporal: las señales se asocian al riesgo inminente o a corto plazo.
4. Dinamismo: las señales son episódicas (van y vienen), y no estáticas como los factores de riesgo (edad o sexo, por ejemplo).
5. Campo de aplicación: las señales son significativas cuando agrupan una serie se signos y síntomas, mientras que los factores de riesgo pueden aplicarse de forma individual.
6. Implicaciones para la práctica clínica: Las señales exigen una intervención específica
7. Carácter experiencial: como acaba de referirse las señales de alarma incluyen signos y síntomas, de modo que son observables pero subjetivas (por ejemplo hablar sobre la muerte, la desesperanza…), mientras que los factores de riesgo son objetivos (por ejemplo, que haya intentos de suicidio previos).
8. Grupo de aplicación potencial: Las señales son de utilidad para la población general, que puede aplicarlas identificando y dando alternativas a quien las muestre. Por el contrario, los factores de riesgo son dirigidos por expertos.

TABLE 1
Differentiating Warnings Signs and Risk Factors for Suicide

Characteristic Feature	Risk Factor	Warning Sign
Nature of Relationship to Suicide	Distal	Proximal
Definitional Specificity	Defined constructs (e.g., *DSM-IV* diagnosis)	Poorly defined constructs (e.g., behaviors such as buying a weapon)
Empirical Foundation	Empirically derived	Clinically identified/derived
Population	Population dependent (i.e., clinical samples)	Individually applied
Timeframe	Implies enduring or longer-term risk	Implies imminent risk
Nature of Occurrence	Static nature (e.g., age, sex, abuse history)	
Episodic or transient nature (i.e., warning sign resolves)		
Application Context	Can be individually explored and applied	Likely useful only within constellation
Implications for Clinical Practice	Limited implications for intervention	Specific intervention demanded
Experiential Character	Objective	Subjective
Intended Target Group	Experts and clinicians	Lay public and clinicians

Tabla 1: Tabla que resume las características que diferencian un factor de riesgo de una señal de alarma
Fuente: Rudd y otros (2006)

Las señales de alarma, según Mann, Apter, Bertole, Beautris, Currier y Haas (2005) – citados en Echeburúa (2015) – engloban los intentos de suicidio previos (especialmente si se han utilizado métodos potencialmente letales), los antecedentes de suicidio en la familia y la expresión verbal de un sufrimiento exuberante y del propósito de quitarse la vida (sea más o menos explícito, en forma de gestos o amenazas suicidas). El Plan de Prevención del Suicidio y Gestión de la Conducta Suicida de la Generalitat Valenciana (2014), insiste en que estos últimos actos interpersonales, verbales y no verbales, revelarían riesgo suicida. En este plan se apuntan más concretamente la reiteración temática en torno a la muerte o el suicidio y frases en las que la insatisfacción, el dolor, la soledad, la pérdida de sentido vital, los sentimientos de impotencia y la mencionada desesperanza son el núcleo central[23]. El mismo documento aclara que estas amenazas pueden ser peticiones de ayuda, y distingue entre comunicaciones verbales[24] (frases en las que directa/indirectamente se refiere a la ideación suicida) y no verbales, que serían los mensajes implícitos en preparativos para quitarse la vida, como serían los supuestos de arreglar documentos, regalar objetos o despedirse.

Mann, Apter, Bertole, Beautris, Currier y Haas (2005) advierten que toda comunicación que refleje una ideación planificada (aquella que contenga las señales no verbales recién mencionadas), deben preocupar especialmente. Lo mismo es aplicable si su aparición coincide con un agravamiento de un trastorno psicopatológico o una enfermedad crónica o dolorosa, también si ocurren al mismo tiempo que se presenta un aislamiento social indeseado.

Volviendo al Plan, otros gestos no verbales serían la pérdida de interés por aficiones, obligaciones, familia, amistades, trabajo y apariencia personal, que pueden derivar en aislamiento social. La recolecta de información sobre métodos y autolesiones debe también alertar junto con el cambio de conducta repentino. Tal sería el caso de la mejora súbita de una situación depresiva, ya que podría indicar que se han reunido fuerzas suficientes para dar salida a este escenario (mediante el suicidio, por ejemplo).

Se entiende que estudiar y difundir las señales de alarma permite mejorar la capacidad de la ciudadanía para identificar y responder a los problemas de salud, obteniendo mejoras a largo plazo. En el caso del suicidio, es simple: las señales de

[23] Algunas de estas frases son: “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”, “dejar de ser una carga”, etc.
[24] Que se dice, es más frecuente con familiares que con personal sanitario

alarma pueden ayudar a aumentar el número de suicidas que acceden a puntos de ayuda y con ello, salvar vidas.

En definitiva, conviene siempre recordar que los muchos motivos y protectores del suicidio son subjetivos, y no objetivos. Un buen ejemplo sería la soledad, dado que puede sentirse incluso estando rodeado de gente. En cualquier caso, los factores de riesgo y protección, así como las señales de alarma, son la base de la prevención, teniendo que reunir todo lo que se conoce en torno al suicidio para poder abordarlo desde los distintos sectores que queden involucrados. La conclusión de este apartado, complementada por los modelos explicativos, es la multicausalidad del acto suicida.

5. MITOS SOBRE EL SUICIDIO

Existen varios mitos en torno al suicidio que lastran la prevención y pueden potenciar el dolor que sienten los allegados de quienes fallecen. Se trata de falsas creencias que, conformando la representación social del suicidio, en ocasiones simplifican sus causas y reducen la responsabilidad de participar en su prevención, al hacerla parecer difícil o incluso imposible. A continuación se elabora un listado de estos con aportaciones de las siguientes fuentes:

- Los textos del proyecto europeo Euregenas (Dumon & Portzky, 2014)
- La "*guía para familiares. Detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental"* (Jiménez y otros 2011)
- La web de PREVENSUIC[25], primera aplicación móvil en español para prevenir el suicidio.
- La guía informativa: *"LA CONDUCTA SUICIDA: Información para pacientes, familiares y allegados"* (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

Cabe mencionar que los mitos sobre el suicidio son un punto recurrente en las distintas actividades que las asociaciones de supervivientes llevan a cabo en la actualidad. Fue así en Bilbao el día 23 de noviembre de 2018 y en San Sebastián el 12 de febrero de este 2019, en la jornada organizada por AIDATU (Asociación Vasca de Suicidología) y la charla organizada Bidegin (servicio de apoyo al duelo y enfermedad grave avanzada), respectivamente. Se considera, como ya se ha referido, que los mitos son un obstáculo, volviéndose por lo tanto imprescindible desmentirlos. Son, en líneas generales, los siguientes:

[25] Disponible a través del siguiente enlace: https://www.prevensuic.org/informaci%C3%B3n/mitos-sobre-el-suicidio/

5.1 “El suicidio no se puede prevenir”

Lo incluyen los cuatro documentos citados dado que es uno de los mitos más habituales. Las personas que están en riesgo de suicidio se encuentran generalmente en una situación de ambivalencia donde tienen sentimientos contradictorios sobre la muerte, de modo que se trata de una afirmación falsa. De hecho, es más acertado decir que muchas personas que se suicidan no quieren morir, sino dejar de sufrir. Por este motivo indica PREVENSUIC que es falso decir que “el suicida quiere matarse”, matizando que lo que ocurre es que ven la muerte como única salida, por verse sumergidos en la ‘visión túnel’. Hay evidencias científicas que muestran un número elevado de intervenciones que dan lugar a una prevención eficaz del suicidio (Dumon & Portzky, 2014). Ligado a este mito estarían otras afirmaciones falsas como que el suicidio es un acto impulsivo en su totalidad, lo que también imposibilitaría su prevención. Sea el proceso de ideación corto o largo, casi siempre existen signos directos o indirectos, verbales o no verbales, pistas o advertencias de riesgo suicida cita (Jiménez y otros, 2016).

5.2 “Hablar sobre el suicidio puede incrementar el riesgo de éste ocurra”

Hablar sobre los pensamientos y planes suicidas no incrementa la desesperación de las personas con ideación, tampoco los intentos de suicidio, según EUREGENAS (2014). Por el contrario, ser capaz de hablar abiertamente y en un clima de confianza sobre las ideas autolesivas puede resultar un método preventivo/terapéutico eficaz para evitar el intento de suicidio o para sugerir a que quien lo necesita que busque ayuda. Por ello, preguntar, escuchar atenta y respetuosamente, sin discutir o minimizar estas ideas, es importante para prevenir el suicidio (Jiménez, y otros, 2011). El silencio mata, y mitos como este infunden temor a la hora de abordar el tema en quienes están en riesgo de consumarlo (Jiménez y otros, 2016). Dando un paso más, indica la web de PREVENSUIC, hablar de suicidio adecuadamente en los medios sensibiliza a la población, disminuye su estigma y promueve su prevención. Es por eso también un mito que los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio. En el mismo hilo argumental, si bien un abordaje torpe o sensacionalista puede provocar el efecto Werther o de contagio, una información completa, rigurosa y que respete las distintas sensibilidades, puede convertir a los medios de comunicación en un valioso aliado en la prevención del suicidio (Jiménez y otros, 2016).

5.3 “El suicidio es una reacción normal ante experiencias negativas”

Es falso, dado que el suicidio es una salida drástica a problemas temporales. En cualquier caso, no sólo las personas con problemas graves se suicidan ya la evidencia nos dice que el suicidio es multicausal (Jiménez, y otros, 2011). La forma de interpretar situaciones diversas es variada, y simplificar las causas o hacer parecer el suicidio una salida razonable a las mismas, es un error que puede llevar al efecto contagio que tanto se teme. Este tipo de afirmaciones justifican en no pocas ocasiones el intento o la muerte por suicidio (Jiménez y otros, 2016).

5.4 “Todo el que se suicida es un enfermo mental”

Usar este sinónimo puede implicar la categorización exclusiva del suicidio en torno a la enfermedad mental, obviando el sufrimiento. La enfermedad es ajena al individuo, y sin embargo, el dolor es algo que le pertenece, y por eso hace de diana en las intervenciones. Si bien es cierto que la enfermedad mental es un factor de riesgo, lo que es evidente es que todo suicida es una persona que sufre.

Al hilo, es también erróneo creer que “sólo los viejos se suicidan”, como indica la guía de 2012 para familiares y allegados. Al respecto dice: este mito pretende evadir el suicidio como causa de muerte en edades tempranas de la vida como son la niñez y la adolescencia.

5.5 “Quien lo dice no lo hace y quien lo hace no lo dice”

Pueden distinguirse, pero son igualmente falsos. Los cuatro recursos citados advierten que un altísimo porcentaje de las personas que hacen un intento de suicidio o que finalmente se suicidan comunican sus pensamientos antes de llevarlo a cabo. Así pues, advierten al unísono que estas comunicaciones han de ser SIEMPRE tenidas en cuenta, ya que minimizar las amenazas suicidas o tomarlas por chantaje, sí que puede actuar como factor precipitante. Jiménez y otros (2016) advierten que creer estos falsos mitos conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan su malestar. Sólo un escaso número de suicidios se producen sin previo aviso. Misma interpretación cabe hacer sobre los intentos de suicidio: es falso creer que quien se quiere suicidar no lo intenta sino que directamente lo hace, como advierten desde la web de PREVENSUIC.

5.6 “El suicida es un cobarde, o un valiente”

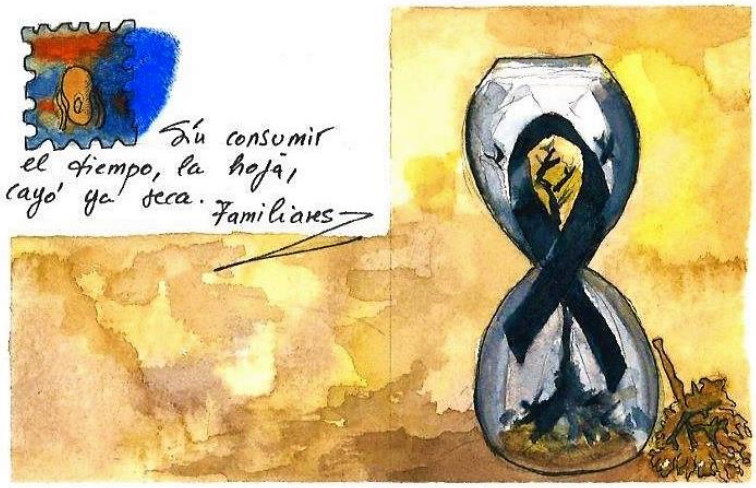
La recién mencionada web es tajante al respecto: “el suicidio no tiene nada que ver con la cobardía o la valentía, sino con el sufrimiento y la desesperanza, más que juzgar estas conductas hay que ayudar a prevenirlas.” Jiménez y otros (2016) también señala

que equiparar el suicidio a una cualidad positiva o negativa de la personalidad es un error, ya que entorpece su prevención. Estos mismos autores subrayan, asimismo, que creer que si se reta a un suicida este no lo intenta es falso, y además, irresponsable: pretende probar fuerzas con el sujeto en crisis suicida y desconoce el peligro que significa su vulnerabilidad.

5.7 “El suicidio se hereda”

Este mito es únicamente mencionado por la guía de para familiares y allegados, pero en esta se advierte que, aunque el suicidio pueda tener influencia genética, existen una serie de factores protectores que es preciso potenciar, dando la vuelta a la visión pesimista que incita tal afirmación.

6. SUPERVIVIENTES A LA MUERTE POR SUICIDIO



Postal 5: Supervivientes[26]

"Ese resto, lo que queda, tiene el secreto de todo y, de alguna manera, la clave del futuro."

Reyes Mate (2019, p.17)

Todos los suicidios y los intentos de suicidio, directa e indirectamente, afectan a otras personas. El objetivo de este apartado es subrayar que esta muerte supone un drama tan humano como vital, entendiendo que su sombra abarca el "antes" y el "después" de ocurrir el fallecimiento, o sendos momentos de prevenir y curar.

Comenzando por indicar a qué nos referimos cuando hablamos de "supervivientes", se abordan las particularidades del duelo que esconde la palabra y se da a conocer quién trabaja con las personas afectadas. Toda esta información nos lleva a comprender por qué las personas supervivientes deberían ser el foco de intervenciones indicadas y, a su vez, agentes imprescindibles con los que contar en la labor preventiva del suicidio.

6.1 El término "superviviente"

Aidatu, Barandilla, Besarkada-Abrazo, Biziraun o Después del Suicidio, son algunas de las asociaciones que hoy lideran la prevención pública del suicidio, substancialmente por centrar su actividad en trabajar con quienes quedan cuando una muerte ocurre en este contexto: *los supervivientes*.

[26] El motivo y explicación de esta y otras pinturas se encuentra en el epílogo, recogido en la página 201

Jordan y McIntosh (2011, p.7) entienden por superviviente a “alguien que experimenta un alto nivel de aflicción psicológica, física y social de manera prolongada tras la exposición al suicidio de otra persona”, mientras que EUREGENAS, el proyecto que asiste a la prevención de pensamientos y conductas suicidas en la Unión Europea, indica en su glosario una doble significación: *Superviviente a un intento de suicidio* es aquella persona que ha subsistido a una tentativa, y *supervivientes de (pérdida por) suicidio*, son aquellos miembros de la familia, personas importantes o conocidos que han tenido una relación próxima a la persona que muere por esta causa.

Este documento anota que el término se emplea, en ocasiones, para referir a ambos grupos por igual, pero para la suicidología, la expresión se utiliza con el grupo de personas dolientes tras el suicidio de un ser querido, y no con el superviviente del intento. En las páginas que ocupa este apartado se sigue esta última designación, aspirando a reflejar la dureza del proceso que acaba sobrellevando el círculo más cercano a la persona fallecida y las dificultades a las que ha de enfrentarse para lograr la *postvención*[27].

El eje de las siguientes líneas es considerar que antes que “un problema de salud pública mundial” o un problema de “salud mental”, el suicidio es un drama vital (García, García, & González, 2018), recordando que más allá de cualquier perspectiva científica, filosófica o existencial, se encuentran las personas de carne y hueso, en este caso aquellas que viven realmente los efectos de la muerte que se aborda.

6.2 Supervivientes en números

Por cada fallecido por suicidio, se calcula que entre 6 y 14 personas se ven directamente afectadas por la muerte del ser querido (Clark & Goldney, 2000; Jordan & McIntosh, 2011), apuntando la Asociación Americana de Suicidología al mínimo de 6 (American Association of Suicidology, 2014).

Estos datos incitan a contextualizar: Si desde 2010 en España 28.507[28] personas han perdido la vida a causa del suicidio, estaríamos hablando de una horquilla de 171.042 – 399.098 personas en esta complicadísima situación de *supervivencia,* sólo si sumamos hasta el año 2017. Llevando más allá el cálculo, significaría que entre uno y cuatro españoles de cada cien conoce la realidad suicida por una experiencia cercana (González-Ortiz, 2018). La situación del superviviente es de gran vulnerabilidad, lo que

[27] La postvención engloba aquellas actividades emprendidas tras un suicidio o un intento, en cuanto estas tienen el fin de facilitar la recuperación de los y las supervivientes o suavizar las consecuencias negativas que en ellos pudiera tener.
[28] Datos del Instituto Nacional de Estadística (Consulta en abril 2018)

implica que las cifras, si bien elevadas, reflejan un profundo ámbito de actuación que va más allá de lo cuantitativo.

Año	Muertes el año indicado	Cifra acumulada	Número de Supervivientes aproximado
2010	3,158	3,158	18,948 – 44,212
2011	3,180	6,338	38,028 – 88,732
2012	3,539	9,877	59,262 – 138,278
2013	3,870	13,747	82,482 – 192,458
2014	3,910	17,657	105,942 – 247,198
2015	3,602	21,259	127,554 – 297,626
2016	3,569	24,828	148,968 – 347,592
2017	3,679	28,507	171,042 – 399,098 personas

Tabla 2: datos de las muertes por suicidio (años 2010-2017) en España
Fuente: Datos del Instituto Nacional de Estadística (Consulta mayo 2018)

6.3 Particularidades del duelo por suicidio

Si para comenzar nos preguntásemos por qué debemos hablar de supervivencia, la respuesta iría encaminada en torno al hecho de que si la muerte por suicidio es silenciada, aún lo es más su duelo. Por ello, empezamos describiéndolo y anotando cuáles de sus características son las que justifican la palabra que refiere a quienes lo recorren.

Antes, sirva de ejemplo que ilustre esta realidad cómo según la APPAC (Association of Psichology and Psichiatry for Adults and Children), el estrés que sufren estas personas es parejo a la experiencia de haber estado en un campo de concentración, o incluso similar a haber vivido un conflicto. Pulido y Lopera (2009) o Jamison (2000), respectivamente, señalan asimismo cómo los familiares directos pueden ver aumentada su mortalidad hasta siete veces con respecto a la población general, y cómo un 20% de las progenitoras caen en depresión tras el suicidio de un niño.

Dicho lo cual, el duelo es un concepto universal que refiere al conjunto de fenómenos psicológicos, sociales, antropológicos e incluso económicos que se ponen en marcha tras la pérdida de una persona cercana (Tizón, 2007). Al hilo, los procesos de duelo son aquellos cambios psicológicos y psicosociales, pero fundamentalmente emocionales por los que se elabora internamente la perdida (Pulido & Lopera, 2009; Tizón, 2007). En el caso del suicidio, esta transición y su contexto plantean una serie de cuestiones que a este trabajo le interesa analizar.

Así pues, pese a haberse discutido esta realidad, no pocos autores defienden que el duelo por suicidio tiene particularidades que permiten distinguirlo del de otro tipo de muertes (Bailley, Kral, & Dunham, 2010; Beautrais, 2004; Pitman, Osborn, Rantell, & King, 2016; Range, 1998; Sands & Tennant, 2010; Tollefson, 2015). Aun así, las investigaciones llevadas a cabo con el ánimo de equiparar o distinguir ambos duelos hasta la fecha, especialmente aquellas que no encontraron diferencias remarcables, podrían haber interpretado sesgadamente sus resultados por emplear métodos de investigación inadecuados. Si medimos las diferencias o similitudes entre duelos por medio del número de depresiones o sintomatología patológica detectable, podríamos estar obviando aquellas diferencias significativas que en realidad existen. Autores como Jordan (2001), optan por el método cualitativo ante el cuantitativo justificándose en este motivo: no es cuánto se sufre, sino qué se sufre y cómo se sufre.

Concretamente, a nivel global, se ha hablado de cómo este duelo puede ser más prolongado que otros (Beautrais, 2004; Tollefson, 2015), causar shock, vergüenza y culpa mayores (Pitman, Osborn, Rantell, & King, 2016), estar definido por el estigma y el tabú, y por derivar en trastornos depresivos o trastornos de estrés postraumático junto con otras respuestas adversas. A estas características algunos autores añaden la mayor tendencia a identificar sentimientos negativos hacia la persona fallecida, el efecto sobre los sistemas familiares, la intensa necesidad de dotar de sentido o buscar los motivos de la muerte (Neimeyer, 2000), la incertidumbre e inseguridad de cara a qué información dar al entorno cercano sobre las circunstancias de la muerte, etc. En lo que casi todos los autores coinciden, es en el resultado: un sentimiento de incomprensión distintivo y una soledad que justifica la mayor probabilidad de desarrollar un duelo problemático o complicado. Tollefson (2015), describe este ultimo de la siguiente manera:

> Prolonged or complicated grief is characterized by a preoccupation with the deceased, avoidance, disbelief, numbness, detachment, excessive irritability and anger. Complicated grief is linked to negative beliefs about the self and the future, long-term somatic and psychiatric morbidity and suicidal ideation, even after controlling for

depression. Suicidal ideation is associated with an increased risk of long-term complicated grief and depression. (Tollefson, 2015, p.15)

De estos rasgos que harían especial el duelo por suicidio, en su mayoría contrastes de carácter cualitativo, conviene desarrollar algunos para así estimar su peso y sugerir la necesidad de intervención en los ámbitos que esbozan. Serían los siguientes:

- **Necesidad de dotar de sentido el fallecimiento**

La muerte por suicidio es, no pocas veces, una muerte inesperada. Aunque pueda asemejarse en este punto a la muerte de las víctimas por accidente (entre otras), se conoce que tras un suicidio es frecuente que los supervivientes se vean invadidos por un sinfín de preguntas que desesperadamente buscan un porqué. Sea o no una muerte imprevista, aunque especialmente si lo es, el fallecimiento autoinfligido viene acompañado de un vacío de sentido que puede abrumar a familiares y amigos, lo que puede deberse a la voluntariedad del acto, que rompe con las reglas del instinto de supervivencia. Muestra de ello es el valor que las personas dan a las cartas de despedida por contener unas últimas palabras, si bien no siempre aparecen o explican los motivos, ni cubren todo el abanico de dudas que brotan al recibir la noticia. En ocasiones, no pudiendo nunca saber las verdaderas causas, estas dudas atormentan a los supervivientes del suicidio durante etapas muy largas del duelo.

- **Sentimientos de culpa, vergüenza, responsabilidad y estigmatización**

De la comparación entre grupos, algunos estudios han concluido que en los familiares de difuntos por suicidio son mayores los niveles de estigma y vergüenza, siendo a la par más proclives a desarrollar responsabilidad o culpa (Pitman, Osborn, Rantell, & King, 2016). Estas emociones y sentimientos contienen núcleos temáticos que versan sobre la capacidad de poder haber evitado la muerte, identificar las señales, ofrecer una salida e incluso haber sabido escuchar.

En este título conviene hablar de, por un lado, el autorreproche como resultado de la incertidumbre y la confusión posteriores al fallecimiento (que llevarían a preguntas tales como “qué podríamos haber hecho”, o “cómo no lo supimos ver”), y por el otro, del *estigma*, que podría acentuar e incluso provocar el anterior con frecuencia. El suicidio sigue siendo un gran tabú, de igual modo que la muerte en general lo es en nuestras sociedades.

Si bien es cierto que por la naturaleza intencional del suicidio su significado difiere del de otro tipo de fallecimientos (Sands y Tennant, 2010), el desconocimiento usual en torno al fenómeno hace que algunos supervivientes sientan que se trata de

algo de lo que avergonzarse, o que ellos o su familia son de alguna manera responsables de la desdicha. Usualmente, refieren sentirse juzgados e incluso culpados por el entorno sobre el fallecimiento del ser querido (American Association of Suicidology, 2014), lo que no deja de hacer posible considerar la culpa y la vergüenza como forma de auto-estigmatización, si bien esta es con posterioridad socialmente aceptada.

Indistintamente, el estigma puede llevar a los supervivientes a vivir el duelo en soledad e incluso mentir o sentir vergüenza por lo que vayan a pensar personas cercanas (González-Ortiz, 2018). Preguntarse qué decir al entorno sobre la causa de la muerte es una inquietud normal que responde a la dificultad de hablar abiertamente del suicidio, llevando a esconderlo incluso siendo esto dañino a largo plazo. Las guías para supervivientes matizan que aunque no hay por qué dar explicaciones, tampoco es adaptativo sentir que la causa de la muerte debe esconderse, quedando a decisión de cuánto y cómo hablar en manos de cada persona individual. En cualquier caso, es representativo saber que el suicidio es el único tipo de muerte en el que los allegados son requeridos a explicarla (Tollefson, 2015).

El suicidio es, en realidad, un acto individual dotado de sentido social, y los allegados se ven contenidos en una incomprensión que no permite expresar dudas, incertidumbres y dolor. Sucede que el menor apoyo social lastra a las personas que transitan el duelo por dificultar conversaciones que ayuden a ubicar y encajar la muerte. Es conocido que en el esfuerzo de dar sentido a lo sucedido y a lo que está por suceder, las conversaciones informales y extensas, de la mano de las historias compartidas, son restaurativas (Stroebe & Schut, 1999). La soledad percibida es difícil de gestionar, y como bien indican Testoni, Francescon, De Leo, Santini y Zamperini (2019), "estas dificultades obstaculizan las posibilidades de superar el trauma compartiendo con otros las emociones propias, que generalmente se inhiben y amontonan junto con la censura, la culpa, el arrepentimiento, la soledad y la desesperanza[29]" (p.360).

En este punto es tal vez necesario relativizar la direccionalidad del silencio o aislamiento percibido, ya que estos podrían ser en ocasiones fruto de la inseguridad personal de los familiares, y no tanto un mensaje evidente originado en el entorno. Si bien ha de considerarse que el desconocimiento del fenómeno puede llevar a juzgar a la red próxima del fallecido o fallecida (Testoni y otros, 2019), también es conveniente entender que el shock, a veces, hace reticentes a recibir ayuda a quienes sufren este tipo de acontecimientos. Momento en el que convergen ambas perspectivas son las

[29] Traducido por la autora

reacciones y respuestas dañinas que mencionan los y las supervivientes cuando se les permite expresar qué les dolió por parte de su entorno. Alistan aquí la minimización del daño, la justificación de la muerte o la equiparación de la suicida con otras, aunque se busque animar.

Volviendo al estigma, se conoce que interiorizado este, sea real o percibido por los allegados, termina por convertirse en una auto-reprensión que causa en los supervivientes intensas emociones entre las que se incluyen las mencionadas, junto con la incompetencia (Pitman, Osborn, Rantell, & King, 2016). Algunos familiares llegan a sentirse directamente responsables de haber causado la muerte, lo que aun hace más evidente la necesidad de considerar que, acumulando estos hechos, no sería excepcional encontrar preocupación por el propio suicidio. Este miedo también se refiere a considerar la posible vulnerabilidad de cometer suicidio o al miedo de padecer un trastorno mental que lo produzca.

Resulta complejo discernir entre causas y consecuencias o hablar de la direccionalidad del estigma de forma certera, pero el tabú que pesa sobre estas personas, socialmente impuesto o auto-concebido, es remarcable, ya que no se encuentra en muchos otros tipos de muerte, aumenta el estrés y dificulta el duelo (Maple, Cerel, Jordan, & McKay, 2014).

- **Impacto del suicidio sobre los sistemas familiares**

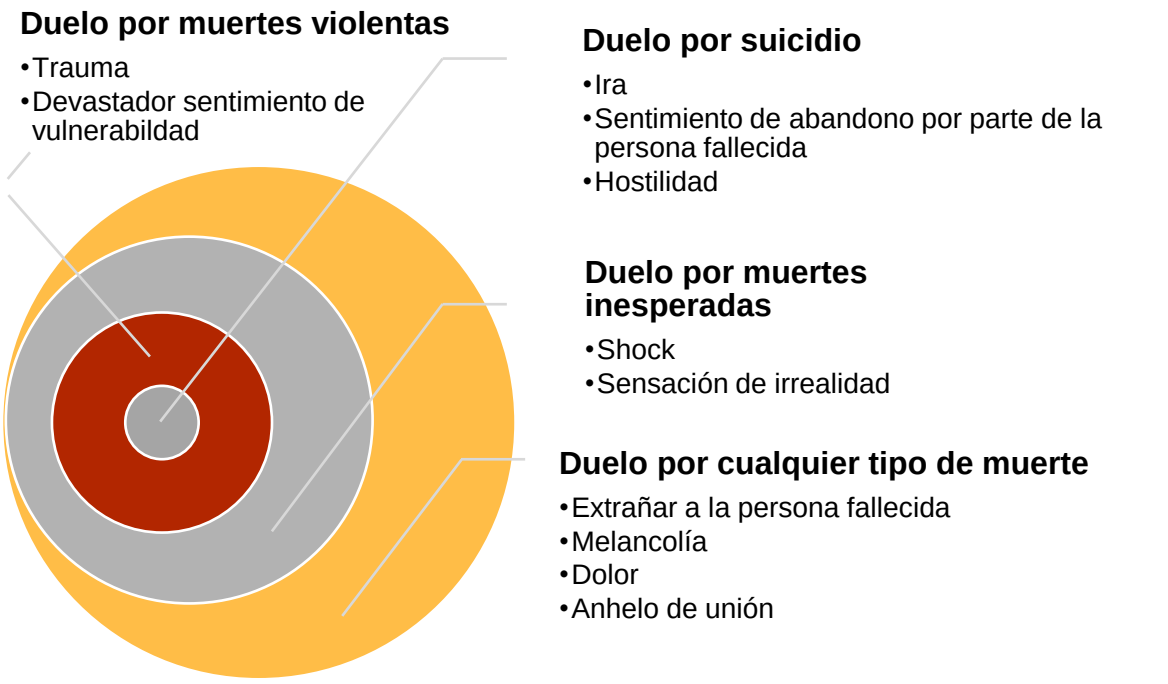
Contando con evidencia en favor de la hipótesis que opta por diferenciar entre duelos, Jordan (2001) recuerda que la disfuncionalidad familiar es un factor de riesgo para el desarrollo de la ideación suicida, y menciona que puede también ser un factor precipitante de esta (Adam, 1990). Sugiere que, si la disfuncionalidad preexiste, es lógico contar con que sus miembros están aún en riesgo tras consumarse un suicidio, riesgo al que se le suma la exposición a la muerte autoinfligida. Este autor menciona los estilos familiares suicidógenos y el efecto del historial suicida, sobre todo en personas jóvenes, ya que podría hacer que se entienda éste como escapatoria válida a problemas aún identificables en el medio.

Al margen de todo ello, y sobre todo no tratándose de un fenómeno exclusivo de familias de alguna forma disfuncionales, el suicidio ha de entenderse como un acto impactante y de potencialidad suficiente para deformar los patrones familiares y contribuir al desarrollo de trastornos psiquiátricos en los supervivientes. Abarcando estos últimos depresiones o trastornos ansiosos entre otros, contribuirían al riesgo de suicidio en familiares y allegados también. Esta visión es apoyada por el proyecto EUREGENAS (en sus Directrices Generales) desde otra perspectiva, refiriendo a las

personas “emocionalmente cercanas a otra que se haya suicidado”, como personas con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades físicas y mentales y comportamiento suicida, según Beautrais (2004) y Qin y otros (2002), autores que citan para aportar tal información.

A todo esto se le añade considerar factores ambientales como la carga genética que predisponga al suicidio o al desarrollo de trastornos como los referidos, que a su vez incrementarían el riesgo. Al respecto, dado que el mayor peligro de ideación, de intentos y de suicidios consumados se encuentra tanto en familiares biológicos como no biológicos, Jordan (2009) considera el efecto modelador del suicidio sobre el entorno cercano.

Para concluir con este subapartado se aporta la siguiente figura en la que se plasman las características de diversos duelos, en base al Modelo de Jordan y McIntosh (2011), citados en (Andriessen, 2014), formando cuatro círculos concéntricos que permiten visualizar algunas de las peculiaridades ya referidas a modo de síntesis y considerar otras.



Infografía 2: Modelo de Jordan y McIntosh (2011), distintas características de duelos por tipo de muerte

Fuente: Jordan y McIntosh (2011), citados en (Andriessen, 2014)

1.1 Necesidades de los y las supervivientes

Considerando las peculiaridades del duelo, Beautrais (2004), elabora una recopilación basada en la bibliografía disponible sobre las necesidades de las personas que sobreviven al suicidio de un ser querido. De cara a diseñar una red de apoyo suficiente que prevenga a estas personas del aislamiento, la soledad, y por tanto, del riesgo suicida, conviene revisar esta aportación, en su mayor parte recogida también por otros autores como Toffelson (2015).

En primer lugar, Beautrais (2004) presenta la necesidad de información sobre las circunstancias en las que ocurrió la muerte, sus derechos como familiares o allegados, el suicidio como fenómeno, los trastornos mentales que pudieran estar relacionados, sobre estrategias de afrontamiento, tácticas de gestión de lo sucedido en el ámbito familiar o de comunicación interna, con los más pequeños, información sobre el impacto del suicidio en los distintos ámbitos en los que puedan encontrarse, sobre recursos existentes, grupos de apoyo mutuo, etc.

En segundo lugar, aborda la necesidad de apoyo profesional y social, que brinden oportunidades de hablar de lo sucedido, de sentirse comprendidos, de ser aconsejados y demás. Se incluye aquí la terapia sin que el coste de esta sea un obstáculo, así como el apoyo por parte de comunidades a las que se esté vinculado.

Por último, se cita la necesidad de ayuda y orientación en lo que refiere a las cuestiones más prácticas, donde se ubicaría la limpieza de la casa donde ha ocurrido el fallecimiento, la recuperación de objetos custodiados por los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, la organización y pago del funeral, cuestiones en relación a las aseguradoras, el proceso judicial, de investigación, todo lo relacionado con la nota suicida si esta existiere, etc. Aquí cabría añadir otra serie de necesidades como el visionado y contacto con el cuerpo o la necesidad de manifestar una serie de ritos culturales o religiosos tras el fallecimiento.

Infografía 3: Necesidades de los supervivientes según Beautrais (2004)
Fuente: creación propia

A continuación, se apuntan tres cuestiones de importancia en relación a los tres núcleos planteados:

- En lo que a información refiere, esta debe darse en más de una ocasión y estar disponible a largo plazo, así como en la medida de lo posible, a través de servicios o recursos públicos para disminuir la estigmatización de acceder a estos. En este sentido, el contacto telefónico, entre otros, o la citación a consulta, son algunas de las formas de acompañamiento prolongas en el tiempo.
- No todas las personas atravesando el duelo por suicidio pueden sentirse identificadas con estas necesidades y considerar que sus estrategias de afrontamiento son más individuales o simplemente distintas. Es un aspecto a tener en mente, aunque indiferentemente, otras personas sí requieran que estas necesidades sean atendidas.
- Las necesidades más prácticas son frecuentemente olvidadas (Provini, Everett, & Pfeffer, 2000).

Además de informar sobre sus necesidades, es conveniente incluir también los resultados del estudio piloto llevado a cabo por McMenamy, Jordan y Mitchell (2008), donde se recoge que entre los servicios que los y las supervivientes encuentran de utilidad, podría establecerse el siguiente orden:

Conversación uno a uno con otros supervivientes	100%
Grupos de apoyo al duelo por suicidio	94%
Libros sobre suicidio y duelo	85%
Terapia individual	80%
Grupos de presión/asociaciones	78%
Sitios web	72%
Medicación psicotrópica	69%
Terapia de pareja o terapia familiar	69%
Grupos religiosos	66%
Asesoramiento pastoral con el clero	65%
Servicios basados en el ámbito escolar	50%
Grupos de apoyo al duelo por cualquier tipo de muerte	27%

Tabla 3: orden de los servicios que los supervivientes encuentran de utilidad, según McMenamy, Jordan y Mitchell (2008)
Fuente: McMenamy, Jordan y Mitchell (2008), pág 382. Tabla alterada en presentación de los datos y traducida al castellano por la autora

6.4 La situación y el papel del superviviente

De los epígrafes anteriores se desprende que los supervivientes terminan por ser, en definitiva, personas vulnerables y con alto riesgo suicida (Jordan J. , 2008; Van Orden, y otros., 2010; Tal Young, Iglewicz, Glorioso, Lanouette, Seay, Ilapakurti, & Zisook, 2012). Nos encontramos ante familiares y amigos que están viviendo una situación especialmente compleja (un duelo colmado de incomprensión, sentimientos de culpa y responsabilidad), que cuentan ya con el factor de haber perdido a alguien cercano por suicidio, y, en especial, con personas tendentes al aislamiento y a la desesperanza. A esto se le añade, que rara vez todas las necesidades citadas son suplidas por el entorno correspondiente. Todo ello da motivos para creer que se trata de una población diana para aquellas acciones indicadas que intenten prevenir más muertes con la misma raíz. La OMS indica que "la intervención posterior a un suicidio (llamada postvención) se ha identificado como un componente importante de la prevención del suicidio: las familias y amigos que han perdido a un ser querido por suicidio también requieren atención y apoyo" (pág 11 de global imperative).

En cualquier caso, si pasamos a hablar de prevención, los y las supervivientes se convierten también en un agente imprescindible con el que contar a la hora de diseñar y llevar a la práctica estrategias. Se trata de un colectivo que conoce el problema y tiene gran legitimidad para instar a la prevención, igual que las personas que han sobrevivido a un intento de suicidio. Especialmente aquellas personas que hayan superado tanto ideación como comportamiento suicida, también sobrevivientes según la definición, tendrán un papel relevante.

6.4.1 Supervivientes como foco de prevención

Reino Unido, Bélgica o Suecia, son países que han desarrollado acciones preventivas dirigidas a este grupo poblacional. Concretamente, son países que han ido instaurando redes y grupos de apoyo, desarrollando recursos que pautan o aconsejan cómo abordar el suicidio de un familiar y configurando líneas de ayuda telefónica para el colectivo (Riello & Carbone,2014). Estas iniciativas son probablemente respuesta a las necesidades ya indicadas en la literatura reunida por Beautrais (2004), que recordamos incluye la ayuda profesional, la necesidad de información sobre el suicidio y sobre servicios disponibles, la necesidad de asistencia en aspectos prácticos, forenses y procedimentales en estos casos, y aquella de contacto con otros supervivientes.

Este último sería un claro nexo entre la necesidad de considerar al superviviente como persona en riesgo y como agente a considerar en prevención, materializando su necesidad y aptitud en los grupos de apoyo mutuo. Si bien existen

múltiples formas de apoyo ya valoradas, estos tienen un gran peso: restauran la falta de comprensión, de reconocimiento y aprobación, permiten la difusión de información y prestan ayuda de carácter instrumental (Feigelman and Feigelman 2008; Gilat and Shahar 2009; Schotanus-Dijkstra y otros 2014). (Pitman, Osborn, Rantell, & King, 2016). Es decir, dan respuesta a múltiples necesidades de las ya citadas. La Asociación Americana de Suicidología, avala esta información:

> Many survivors find that the best help comes from attending a support group for survivors of suicide where they can openly share their own story and their feelings with fellow survivors without pressure or fear of judgment and shame. Support groups can be a helpful source of guidance and understanding as well as a support in the healing process (American Association of Suicidology, 2014:1).

Las asociaciones de supervivientes son un apoyo fundamental relativamente joven en España. Pese a ir creciendo en número, su creación no se remonta más de 7 años atrás. En las Islas Baleares y la Comunidad Valenciana, por ejemplo, apenas desde 2018 cuentan con la Asociación de familiares y amigos supervivientes por suicidio de las Islas Baleares (AFASB) y la Asociación para la prevención y el apoyo a afectados/as por suicidio (APSU), respectivamente. Por su parte, “A tu lado. Supervivientes Huelva. Grupo de familiares y amigos en Andalucía” y “Besarkada/Abrazo” en Navarra apoyan a este colectivo por medio de la asociación sólo desde 2016. En cualquier caso, la creación de estos grupos ha aumentado sustancialmente desde el 2000 ((De Leo, Cimitan, Dyregrov, Grad, & Andriessen, 2014), citados en OMS, 2014).

6.4.2 Supervivientes como aliados en la prevención

Entre otras muchas cosas, los allegados son transcendentales para informar a las distintas autoridades y servicios sobre sus necesidades, mejorando así la atención futura de otros supervivientes al saber que la forma en la que se interviene con ellos es crucial en el pronóstico del duelo. Jamison (2000) incide en ello refiriendo directamente a los cuerpos policiales y a los investigadores de las compañías de seguros, introduciendo el término victimización secundaria para referir a las consecuencias de un insistente cuestionamiento del papel de los supervivientes. Por otro lado, estas personas que ya entienden la vivencia que sigue al suicidio, conforman un grupo de apoyo de gran importancia para nuevos supervivientes que también sienten la desavenencia con el medio. Como ya se ha indicado, jugarían este papel en los grupos de apoyo mutuo. Debemos recordar que su mensaje es un disuasorio importante, dado que muchas personas en una crisis suicida creen que muriendo aliviarán el sufrimiento de su familia. Su condición de aliados y aliadas en la prevención del suicidio podría

materializarse en ejemplos como el del mar de árboles de Aokigahara, a unos cién kilómetros de Tokio, Japón. En este lugar, extendidamente conocido por haber sido escenario de incontables suicidios, se colocó un cartel en la entrada que decía: “tu vida es un regalo de tus padres, piensa en ellos, en tus hermanos y tus hijos”. Debajo se facilitaba un teléfono de atención a personas en este tipo de crisis y se incluía otra leyenda con la frase “por favor, no se preocupe por el dinero, hable con nosotros”. El efecto disuasorio de este elemento fue evidente, reduciéndose los suicidios en un %. En este sentido, dar voz a las familias, amigos y seres queridos, o aludir a estas personas, podría cumplir un papel preventivo.

El documento de la OMS “prevención del suicidio, un imperativo global” (2000), se entiende considerando a las afirmaciones de las líneas anteriores, sugiere como intervenciones pertinentes para mitigar factores de riesgo en la comunidad y las relaciones, aquellas dirigidas a grupos vulnerables como los deudos y los afectados por el suicidio, pretendiendo apoyar el proceso de duelo y reducir la posibilidad de imitación del comportamiento suicida (pág. 37). Del mismo modo, propone prever objetivos nacionales de prevención del suicidio que busquen brindar apoyo a los familiares de quienes se hayan suicidado (pág. 54), considerando que se trata de una forma de prevención secundaria eficaz.

En definitiva, podría identificarse la necesidad de definir a la población superviviente y de comprender las peculiaridades del duelo por suicidio (Maple, Cerel, Jordan, & McKay, 2014), llegando a saber así cuál es la mejor forma de responder a esta dura realidad y potenciar la colaboración de este grupo en la labor preventiva del suicidio. En esta labor, podría ser de gran utilidad la victimología.

6.5 Victimología: suicidio como proceso de autovictimización y aportaciones para el trato con supervivientes

La victimología es aquella disciplina dentro de las ciencias criminológicas que estudia a las víctimas y su proceso de victimización. En cierto modo es también evidencia de la connotación criminológica de este trabajo. Para esta ciencia, el suicidio puede ser entendido como una forma de *autovictimización*, aunque no es ese el único motivo para incluirse el presente apartado: también debemos considerar el papel que todo saber victimológico puede jugar en el trato con los supervivientes, entendiendo por tales a los dolientes de la muerte suicida.

Partiendo de una designación amplia del término víctima, que va más allá de las definiciones normativas, la victimología repara a “toda persona que sufre un malestar

emocional por un suceso traumático o por las consecuencias de una agresión injusta, intencionada o no, sea de carácter físico, material o emocional" (p.31), según Varona, de la Cuesta, Mayordomo y Pérez (2015). Comprendido así, el suicidio se encuentra integrado dentro de la categoría "suceso traumático", y por lo tanto, aquel que se suicida es considerado objeto de estudio en esta ciencia. Indirectamente, también lo serían aquellos que sufren el fallecimiento de alguien por este motivo, pudiendo adecuarse en este caso el término "víctimas secundarias".

Los orígenes del suicidio ligado a esta ciencia se encuentran estudiando a Benjamín Mendelsohn, criminólogo que junto con Hans von Henting es considerado padre de la victimología. Este clasificó a las víctimas según su culpabilidad en el hecho delictivo, y, ampliando una clasificación inicial, añadió a aquellas personas "responsables de su propia victimización", esto es, aquellas que eran víctimas al hacerse daño a sí mismas. Estas personas conformaban una categoría donde el suicidio era el ejemplo principal junto con otros comportamientos autodestructivos (Wilson, 2009). La idea, es también contemplada desde las ciencias forenses, donde se dice que, en casos de autovictimización, la víctima y el victimario coinciden (Fuertes, Cabrera, & Fuertes, 2007).

Dejando esto a un lado, la relevancia del enfoque victimológico puede encontrarse en sus potenciales aportaciones al estudio del fenómeno suicida y al tratamiento con supervivientes. En efecto, la victimología cuenta con habilidades de las que investigadores y profesionales podrían beneficiarse para entender la situación en la que se encuentran muchos supervivientes y así mejorar los servicios disponibles (Tofellson, 2015). Revisando la literatura disponible, podríamos hablar de las siguientes aptitudes:

En primer lugar, considerando que en suicidología apenas hay aproximaciones al número de dolientes por suicidio, y aún menos investigación sobre su perfil (Lester, 2001), la victimología podría entenderse como una perspectiva con herramientas para impulsar sendos cometidos. Si bien algunas características del duelo por suicidio han sido largamente estudiadas, no conocemos más que un número estimado de personas que se encuentran en esta situación, y quedamos lejos de conocer sus características como grupo poblacional. Ante esta realidad, podría sugerirse la posibilidad de adecuar las encuestas de victimización para contabilizar y conocer más rigurosamente a estas personas (Toffelson, 2015), si bien antes, debemos entender la utilidad de mencionadas encuestas. Naciendo con el objetivo de dejar constancia de aquellos hechos invisibilizados por la no-denuncia (Martens, 2016), reconocían que la cifra negra de la criminalidad es un problema para el análisis y abordaje del fenómeno delictivo. En el

mismo sentido, el desconocimiento sobre la situación del superviviente es una carrera de obstáculos para quien pretende comprender y dar respuesta a su vivencia, de modo que igual preocupación debería suscitar en nuestra sociedad este vacío.

La Encuesta Internacional de Victimización reúne datos sobre la experiencia victimal, pero también sobre las actitudes y creencias frente al delito, así como las percepciones sobre el funcionamiento del sector judicial (Martens, 2016). Esto, aplicado al suicidio, consistiría en recoger información sobre el duelo que recorren familiares y allegados, sobre las actitudes frente al fenómeno y las percepciones en cuanto a todos los sectores que en un momento u otro intervienen ante conductas suicidas: el sanitario, el policial, el judicial…

En victimología, la relación entre víctima y victimario, el rol de la víctima en el desarrollo del delito e incluso las características que hacen a una persona más vulnerable a la victimización, son cuestiones de mucho interés. ¿No lo son igualmente las relaciones entre suicida y doliente? ¿el rol de los supervivientes en el desarrollo de las conductas suicidas? ¿la tendencia a vivir suicidios cercanos? (Lester, 2001)

Las características de las personas que sufren o han sufrido son importantes por varios motivos. Por un lado, porque conocer la relación del doliente con la persona suicida o los datos sociodemográficos de ésta permitirían identificar al colectivo y así, adecuar los servicios y oportunidades que se presten a éste. Dice Lester, (2001), valdrían para saber, por ejemplo, si algunos de los recursos y servicios disponibles para éstos atraen a un único tipo de supervivientes o lo hacen a varios. Por otro lado, teniendo que cuidar evitar cualquier tipo de culpabilización, analizar el rol del superviviente en el desarrollo de la conducta supondría estudiar aquello sin lo cual, en algunos casos, el suicidio no se hubiera desarrollado, con el fin último de alertar y reducir actitudes contraproducentes, pero en ningún caso responsabilizar.

En segundo lugar, la estigmatización y el tabú que pesa sobre el suicidio, la falta de apoyo social e incluso responsabilización por parte del entorno, podría equipararse a la estudiada “victimización secundaria” en victimología. Lamentablemente, es ya evidente que el prolongado estigma y el desconocimiento sobre el fenómeno suicida puede derivar en rumores verdaderamente desagradables (Jamison, 2000). La ciencia referida tiene un largo recorrido en el abordaje de situaciones de este tipo, así como en el trato con personas, que por un motivo u otro, sufren.

La importancia del enfoque es pues comprender que abre un abanico de posibilidades en intervención de la mano de los conocimientos que lo caracterizan. Así lo indica Tofellson (2015), de forma suficientemente clara:

> Societies will emerge as role models to the extent that they are able to reduce the number of suicides, and the most prominent public health problem regarding suicide is dealing with the consequences of suicide to survivors. Victimologists have skills they can bring to bear on behalf of suicide survivors, and such efforts would help address the struggles of survivors, a group whose needs are all too clear. (Tofellson, 2015, p. 23)

7. ABORDAJE DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS

La prevención y la intervención en crisis suicidas están estrechamente relacionadas. Ambas abordan la conducta suicida y de cierto modo evitan que se produzca: La prevención del suicidio por motivos evidentes, ya que algo que se previene no ocurrirá, pero la intervención, por implicar en ocasiones evitar que se termine de consumar el acto, y por proteger todo lo que rodea a el momento después de un intento o un suicidio.

Actualizada por última vez el 24 de agosto de 2018, la web de la Organización Mundial de la Salud refiere a la prevención y control del suicidio como objetivos alcanzables. Indica en consecuencia posibles medidas que, aplicadas a la población y a los grupos que la componen (incluyendo a personas individuales), tienen potencial para prevenir el suicidio y los intentos. Esas medidas encierran:

- La restricción del acceso a los medios de suicidio (por ejemplo, plaguicidas, armas de fuego y ciertos medicamentos);
- El seguimiento de la atención dispensada a personas que intentaron suicidarse y prestación de apoyo comunitario.
- La introducción de políticas orientadas a reducir el consumo nocivo de alcohol;
- La identificación temprana, tratamiento y atención de personas con problemas de salud mental y abuso de sustancias, dolores crónicos y trastorno emocional agudo;
- La capacitación de personal sanitario no especializado, en la evaluación y gestión de conductas suicidas;
- La información responsable por parte de los medios de comunicación;

Figura 10: medidas según la OMS con potencial para prevenir el suicidio y los intentos
Fuente: Página web de la OMS (última actualización 24 de agosto 2018), esquema de elaboración propia

Con especial referencia y mayor profundidad en cuanto al papel que pueden jugar los medios de comunicación, por creer que se trata de una medida fundamental que va más allá de una "información responsable" en lo que a prevención hoy día se refiere, se analizan a continuación estas prácticas con algo más de detalle:

7.1 Prevención y control del suicidio

7.1.1 La restricción del acceso a los medios de suicidio

Entre los factores de riesgo ambientales, se encontraba la accesibilidad al medio adecuado para provocar la propia muerte. En base a ello, reducir la medida en la que distintos objetos, sustancias y medios están disponibles para aquellas personas con una ideación suicida ya concretada en un plan, es una recomendación firme por parte de la OMS. Se conoce que teniendo que buscar el medio para ejecutar la muerte, muchas personas desisten de la ideación, o no la llevan a cabo de forma inmediata. Para esta labor, algunas de las intervenciones aplicables serían las siguientes[30]:

- Educar en la peligrosidad de ingerir plaguicidas, suministrar cajas de almacenamiento bajo llave para los mismos, reducir el uso de los plaguicidas más tóxicos y dar a conocer formas alternativas o naturales de cultivar la tierra.
- Restringir la compra de armas de fuego o establecer períodos de espera para adquirirlas, regular licencias y hacer necesaria la comprobación de los antecedentes para aquellas personas que vayan a vender o quieran obtener armas de fuego, promocionar la precaución a la hora de manejar y guardar estas armas…
- Limitar o dificultar el acceso a sitios indicados que puedan considerarse peligrosos, colocando barreras o redes protectoras, letreros y ofertas de ayuda telefónica, o aumentando la vigilancia. Para no boicotear estas iniciativas, será importante contar con discreción en las noticias sobre el tema.

En conclusión, sabiendo que la disponibilidad de medios facilita el paso del pensamiento a la acción, restringirlos sería útil de cara a prevenir conductas suicidas.

7.1.2 Políticas orientadas a reducir el consumo nocivo del alcohol

El consumo de alcohol es un factor de riesgo relacionado con la conducta suicida según la revisión bibliográfica realizada. Además de conocer que el 25% de las tentativas

[30] Página web de la OMS, última consulta en junio 2019

atendidas en urgencias presenta un consumo excesivo de alcohol en los días previos al intento autolítico, es un dato revelador que un 10-15% de los alcohólicos muere por suicidio, coincidiendo generalmente con la aparición de enfermedades somáticas, con un grave deterioro social y con situaciones de pérdidas significativas (Gobierno de Navarra, 2014).

La educación en un consumo responsable es importante para evitar usos inadecuados de sustancias de tipo alcohólico, que se relacionan con entre 6 y 14 veces más de posibilidades de suicidio según Kessler, Borges y Wlters (1999) y Wilcox, Conner y Caine (2004), respectivamente. La OMS advierte que "una proporción importante de la carga de morbilidad atribuible al consumo nocivo de alcohol consiste en traumatismos intencionales o no intencionales, en particular los debidos a accidentes de tránsito, violencia y suicidios" (OMS, 2010, p.5).

7.1.3 Identificación temprana, tratamiento y atención a personas con problemas de salud mental, dolores crónicos y trastorno emocional agudo

La Identificación es el primer eslabón para correcto manejo de las conductas suicidas, por lo que asegurarla es una prioridad. Se habla en este caso de la identificación y posterior manejo de problemas en salud mental, dolores crónicos y trastornos emocionales graves, ya indicados evidentes factores de riesgo para el suicidio.

Con todo, el tratamiento y atención deberá ser completo, profesional y formado, y contar con un seguimiento adecuado que permita saber el desarrollo de estas conductas y problemáticas.

7.1.4 Formación de personal sanitario no especializado en la evaluación y gestión de conductas suicidas

Para lo anterior es imprescindible la formación de las personas que están en contacto con grupos de riesgo, y en general, de los profesionales que componen distintos recursos asistenciales donde ideación y conducta suicida pueden quedar más o menos patentes. La identificación temprana dependerá en gran medida de lo capaces que sean estas personas, así como la propia población general, de identificar el riesgo o peligro.

7.1.5 Seguimiento de la atención dispensada a personas que intentaron suicidarse y prestación de apoyo comunitario

Como se ha mencionado, junto con la identificación temprana, el correcto diagnóstico y valoración de riesgo, posterior establecimiento del tratamiento adecuado, el seguimiento es indispensable. El espectro de la conducta suicida no es momentáneo,

ni desaparece con un diagnóstico o un ingreso. La conducta suicida, pero sobre todo la ideación, requieren de un apoyo comunitario y asistencial que se prolonga en el tiempo. Una forma de seguimiento sería el telefónico, sobre el que últimamente se han desarrollado modelos y estudios piloto que buscan confirmar su efectividad (Cebrià, Parra, Pàmias, Escayola, García-Parés, Puntí, Palao, 2013; Cebrià, Pérez-Bonaventura, Cuijpers, Kerkhof, Parra, Escayola, Palao, 2015). La conclusión del más reciente de los citados es reveladora en este sentido: "Taken together, the findings of this study support the conclusion that a telephone intervention program is a worthy addition to standard care in the treatment of suicide attempts" (Cebrià y otros, 2015, p.350).

7.1.6 Medios de comunicación: aliados en el abordaje de conductas suicidas

Por último, sería imprescindible abordar el tema de los medios de comunicación como aliados en la prevención y correcto abordaje de las conductas suicidas, partiendo de que su influencia en nuestra sociedad es innegable.

Sus efectos sobre las creencias, actitudes y comportamientos de las personas, positivos y negativos, suelen referirse en este campo determinado a los efectos *Papageno* y *Werther*, preventivo y de contagio, respectivamente. Sin embargo, no debemos limitar el análisis a los mismos, si bien son un adecuado punto de partida. Hemos de considerar que los medios son, al mismo tiempo, una poderosa herramienta para la educación y formación de la sociedad, pudiendo hacerla más capaz de identificar señales de alarma y factores conflictivos que permitan algún tipo de intervención con personas en riesgo, entre otras cosas. Son asimismo aliados de la postvención (Román & Abud, 2017), ya que difundiendo informaciones indicadas, pueden jugar un papel esencial en reducir el estigma que pesa sobre supervivientes y personas vulnerables y aumentar sus recursos.

Dicho lo cual, señalar errores comunes y apuntar buenas prácticas es importante, comprendiendo que lo que los medios avancen en el tratamiento del suicidio repercutirá de manera positiva en el conocimiento de la población sobre el fenómeno, la postvención de los supervivientes y, en definitiva, en el número de muertes.

a) El *Efecto Werther* y el *efecto Papageno*

Barrera, Gómez, Suárez, Velasquez, Guzmán y García (2017), advierten que "el enfoque de una noticia, el vocabulario, su entonación, uso de las palabras y amarillismo

pueden ser impulsores, además de estigmatizantes, de las enfermedades mentales" (2017, p.153). Debemos preguntarnos, ¿se extiende esta afirmación al suicidio?

La Organización Mundial de la Salud (Ginebra, 2000) da comienzo al documento dedicado a guiar la colaboración de los profesionales de la comunicación indicando la posibilidad de aportar en la labor preventiva del suicidio:

> Los medios de comunicación juegan un papel significativo en la sociedad actual, al suministrar una amplia gama de información en variedad de formas. (…) juegan un importante rol en la política, la economía y la práctica social. Debido a esa influencia, los medios de comunicación también pueden jugar un rol activo en la prevención del suicidio. (Ginebra, 2000, p.6)

Sin embargo, muchas de sus directrices contenidas en el documento centran más su atención en *qué no hacer* que en explicar *cómo trabajar adecuadamente*, y esto se debe, en gran medida, a que el efecto más extendido de entre los estimulados por los medios sea el llamado efecto *Werther*.

También designado efecto *copycat,* fue así bautizado por lo sucedido con la novela titulada *"Las penas del joven Werther",* cuyo autor es el escritor Johann Wolfgang von Goethe. Esta novela que relataba, básicamente, un suicidio por amor, provocó una oleada de muertes autoinfligidas en las que se reproducían las circunstancias contiguas al fallecimiento descritas en el libro. Fue a raíz de este evento cuando empezó a saberse y a investigarse el efecto contagio que cierta información en torno al suicidio podía producir, si bien en 1897 Durkheim en su conocida obra ya alertaba de que ningún hecho podía ser más "prontamente transmisible por contagio" como el suicidio. Al margen, David Phillips (1974), fue una de las primeras personas en intentar dar base científica al efecto que cuenta hoy con extensa bibliografía que lo respalda (Gould & Shaffer, 1986; Kim, Park, Nam, Park, Cho, Kim,… Cho, E.2013; Müller, 2011).

Un muy reciente estudio analiza el fenómeno contagioso en la actualidad: a través de las redes sociales como Twitter, que dice, usurpan el papel de los medios de comunicación en la labor comunicativa de eventos de esta índole, también podría identificarse (Fahey, Matsubayashi, & Ueda, 2018).

Destacando la necesidad de sortear el efecto Werther, Álvarez (2012) explica: "aun cuando a todas luces el suicidio es un acto resultante de diversas y complejas causas, los estudios epidemiológicos revelan que la imitación de una conducta publicitada puede ser un detonante importante" (2012, p.49).

En cualquier caso, procurando dar un giro a esa constante fijación en los efectos negativos de un mal tratamiento del suicidio, se aborda aquí también la acción-reacción opuesta: el efecto Papageno.

Es ya conocido que el impacto de informar sobre el suicidio no queda limitado a su versión negativa, habiéndose estudiado cómo la cobertura de historias de superación ante circunstancias adversas puede tener efectos protectores sobre personas vulnerables también (Niederkrotenthaler, Voracek, Herberth, Till, & Strauss, 2010). La imitación de actitudes positivas ante el suicidio y todo efecto protector contagioso, cuando derivados del adecuado tratamiento del fenómeno por parte de los medios, están bajo el paraguas del efecto Papageno. El nombre se asocia con la ópera de Mozart "La flauta mágica"; en la que el personaje con este nombre, también sufriendo por amor, decide abortar su plan suicida cuando tres chicos hacen que fije su atención en alternativas al suicidio.

Resumiendo, el impacto del efecto Werther y Papageno quedaría recogido en las siguientes dos frases contrapuestas: "si él se ha suicidado, por qué no yo" vs "si él ha podido superarlo, por qué no podría hacerlo yo". La importancia de considerar sendos efectos reside en la misma consigna que justifica observar a partes iguales factores de riesgo y factores de protección para el suicidio: pretender aminorar el efecto de unos y fomentar otros, es urgente. En el caso del periodismo y los medios de comunicación, reducir los errores que llevan al primero y potenciar las buenas prácticas que engloba el segundo, apremia.

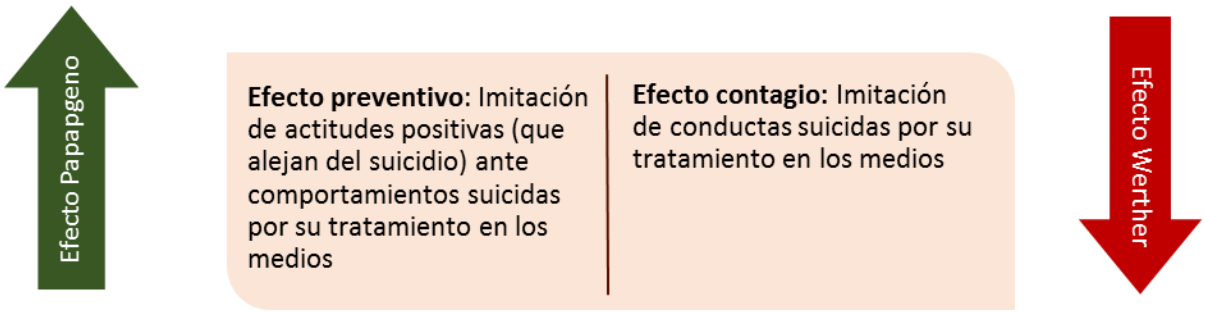


Figura 11: Esquema de significado y acción a realizar sobre los efectos Werther y Papageno
Fuente: Elaboración propia

b) La función de informar y formar a la sociedad que suplen los medios de comunicación

Más allá de lo que directamente puedan provocar los medios con la forma del tratamiento informativo, debe tenerse en cuenta que formar a la sociedad es otra de sus competitividades. En este sentido, sería necesario destacar el papel que los medios pueden desempeñar difundiendo las siguientes informaciones, relevantes para prevenir el suicidio:

- Información sobre señales de alarma ante las que actuar, facilitando la identificación precoz del riesgo por parte de personas cercanas a quienes sufren.
- Información que oriente sobre cómo actuar una vez reconocido el peligro, guiando a aquellas personas que se vean en la necesidad de actuar para proteger a alguien.
- Información que desmitifique el suicidio, reduciendo malos hábitos guiados por clichés falsos, que evitan la intervención y fomentan el estigma.
- Información sobre recursos con los que contar estando en una situación desesperada, dolorosa o de soledad, o bien viéndola suceder, promoviendo así la asistencia a personas en una situación de riesgo y el apoyo al superviviente.

c) Los medios como herramienta en la postvención: reducción del estigma y difusión de recursos

El estigma y la desinformación lastran el duelo por suicidio radicalmente. Las actitudes valorativas sobre la supervivencia a un intento pesan también. En este sentido, otro aspecto en el que los profesionales de la comunicación podrían colaborar, en base a tal capacidad de alterar las creencias y pensamientos de la ciudadanía, sería reduciendo el estigma en torno al fenómeno por medio de la difusión veraz y la normalización. De la misma manera, podrían ayudar publicitando referencias sobre servicios y prestaciones a personas que recorren un duelo por suicidio, facilitando el contacto, al menos inicial, de estas con los mismos.

Ambas cuestiones serían imprescindibles en la postvención de los supervivientes y en la recuperación de las personas que hayan tenido algún tipo de comportamiento suicida. Como ya se ha analizado, el duelo por suicidio está altamente marcado por este estigma del que se desprenden una serie de dificultades, que obstaculizan las posibilidades de superar el trauma, de compartir el dolor y el peso sentido. Comúnmente guiadas por estereotipos que quedan lejos de la realidad, las

actitudes por parte del entorno obligan a inhibir muchos sentimientos e incertidumbres, donde quedan contenidas la culpa y el arrepentimiento, bloqueando casi cualquier tipo de proceso restaurador. Lo mismo sería aplicable a quienes han llevado a cabo alguna forma de comportamiento suicida, que una vez superado este, se verán en un entorno del que pedirán comprensión y apoyo, y no un juicio de valor.

Por medio de la difusión de informaciones como las referidas en el epígrafe anterior, los medios de comunicación podrían así ser también un instrumento muy útil en la des-estigmatización de toda persona por algún motivo vinculada al suicidio. En la misma línea, podrían ser plataformas donde dar publicidad a los recursos disponibles de los que podría beneficiarse este mismo grupo.

d) Buenas y malas prácticas en los medios de comunicación

Dar respuesta a las preguntas *qué tipo de tratamiento es el que provoca el efecto contagio* y *qué tipo de tratamiento es el que fomenta el efecto Papageno,* es una forma concisa de plasmar la información que se maneja hoy día en relación a los medios y la prevención del suicidio. Así pues, de las buenas y malas prácticas por parte de estos, es posible recoger lo siguiente:

¿Qué tipo de tratamiento es el que provoca este efecto contagio?

Las indicaciones con las que cuentan los profesionales de la comunicación a la hora de abordar el suicidio son mínimas y apenas se limitan advertir de los fallos o a promover “no aumentar las cifras”, más que a reducirlas. Gabriel González Ortiz, autor del libro *Hablemos del Suicidio*, señala acertadamente que hasta hoy, los y las profesionales de los medios de comunicación están huérfanos de directrices en este campo (González-Ortiz, 2018). En España, en concordancia con la mayoría de los países de la UE, no existen guías sobre prevención dedicadas a este oficio (Herrera, Ures, & Martínez, 2015).

La OMS (Ginebra, 2000), una de las poquísimas fuentes de información y ejemplo de las que disponen los y las periodistas, opta por marcar líneas rojas. Esto implica que sus indicaciones, por no ser muy extensas casi reproducibles en este apartado, podrían resumirse una serie de normas básicas para evitar el efecto contagio y guardar unos mínimos de respeto.

Primeramente, según la OMS, ha de evitarse un abordaje sensacionalista (teniendo especial precaución cuando se trate de celebridades o personajes famosos), exagerar o usar estereotipos religiosos o culturales e insinuar o arrojar culpas sobre el suicidio. Al hilo, advierte de la peligrosidad de emplear generalizaciones basadas en cifras concretas y reflejarlas en expresiones como “epidemia de suicidios” o “lugar con

más suicidios del mundo”, dado que todo ello, propiciaría un efecto imitación. Con esto, sugiere reflexionar sobre el impacto en las familias en términos de estigma y sufrimiento psicológico, y no glorificar o convertir en mártires a las víctimas de este problema, obviando en todo caso hacer creer que la sociedad honra este comportamiento (con esto, sugiere evitar adjetivos como “exitoso”, para referir al suicidio consumado). En sentido opuesto, propone hacer énfasis en el dolor causado a los supervivientes, solidarizarse con estos y lamentar la muerte, así como describir las consecuencias físicas de los intentos de suicidio, promoviendo un efecto disuasorio y no de contagio.

Sobre el método, la forma de conseguirlo y el lugar en el que se produce el fallecimiento, critica y propone rehuir de aportar excesivo detalle (y aquí se hace especial mención a la publicación de fotografías o notas suicidas), ya que esto propicia el efecto Werther por implicar publicitar esos medios o espacios.

Para terminar, en la información que tenga que ver con las causas del suicidio, se indica que no se debe informar del suicidio como algo simplista o inexplicable, como una respuesta o método de afrontamiento razonable a problemas personales (bancarrota, ruptura sentimental, abuso sexual), o como algo inexplicable. Insta a, por el contrario, reconocer la multicausalidad y las enfermedades mentales si las hubiere. Con esto último, reforzar los mitos sobre el suicidio no se incluye entre las prohibiciones de la OMS de forma explícita, si bien puede desprenderse de indicaciones como la anterior siendo ya reconocida su naturaleza contagiosa (Niederkrotenthaler, Voracek, Herberth, Till, & Strauss, 2010).

Con estas recomendaciones básicas, añade alguna indicación sobre el lugar de publicación de las noticias sobre suicidio, respondiendo a la pregunta de “dónde deben ir las noticias” dejando claro que una primera página no es el espacio idóneo, en ningún caso. Como alternativa sugiere que deben presentarse sólo datos relevantes y en páginas interiores.

¿Qué tipo de tratamiento es el que fomenta el efecto Papageno?

Habiendo reconocido que la prevención del comportamiento suicida es posible a través de los medios de comunicación (Niederkrotenthaler, Voracek, Herberth, Till, & Strauss, 2010), quedaría discernir cuáles son las buenas prácticas que requieren ser impulsadas. Sin embargo, habría que considerar publicaciones recientes que subrayan que si bien hay estudios señalando la potencialidad de las directrices para los medios en cómo abordar esta materia, no existen investigaciones que esclarezcan cuáles de sus contenidos son los que realmente tienen este efecto preventivo (Williams & Whitte, 2018). Conscientes de la necesidad de investigación en esta esfera, se exponen las

iniciativas que más peso tienen y hoy por hoy se dan a conocer cuando se pretende involucrar a los medios en esta tarea.

Existentes, las referencias que el documento de la OMS del año 2000 dedica al efecto Papageno, aunque sin mencionarlo, se introducen revelando que “informar del suicidio de manera apropiada, exacta y potencialmente útil a través de medios progresistas e inteligentes, puede prevenir una trágica pérdida de vidas” (Ginebra, 2000, p. 8).

Muchas de sus sugerencias se basan en desarrollar un efecto disuasorio publicando informaciones como el dolor causado a los supervivientes o las consecuencias físicas de los intentos de suicidio. Sugiere, en contraposición, solidarizarse con los allegados, lamentar la muerte y reconocer la multicausalidad y las enfermedades mentales si las hubiere, recordando se puede aclarar el carácter transitorio de los padecimientos, en lugar de reforzar creencias de peligrosidad e inmutabilidad de la conducta.

El efecto Papageno podría verse inspirado, según la Organización Mundial, aportando una lista de servicios de salud mental y líneas telefónicas de ayuda disponible junto con recursos comunitarios, sus números y direcciones actualizadas a la hora de informar sobre el suicidio. Con el mismo fin, se recomienda subrayar en la noticia que se trata de una muerte que podría haberse evitado, indicando o ejemplificando alternativas al suicidio. A todo esto se le añade, con el objetivo formativo que ya se ha indicado, publicar señales de advertencia y factores de riesgo del caso concreto y del fenómeno global. Habiendo en este trabajo definido ya a los supervivientes, entre otras muchas cosas, como un grupo de riesgo ante conductas suicidas, podemos comprender porque la OMS recoge la recomendación de proporcionar también números de grupos de apoyo para supervivientes.

Para todo esto los profesionales de este ámbito deben utilizar un lenguaje comprensible, emplear fuentes fiables y auténticas y dedicar el tiempo necesario a contrastar datos e interpretar estadísticas, así como a crearlas. Todo ello, pero especialmente lo último, con el objetivo de contextualizar e informar sobre el fenómeno dimensionándolo (aquí será esencial el trabajo conjunto con profesionales del ámbito de la salud para presentar los hechos, como también resalta la OMS).

e) Las recomendaciones de la OMS en la práctica

Las directrices que aporta la OMS no son objeto de estudio en facultades o redacciones, incluso aun siendo las indicaciones breves e insuficientes (González-Ortiz, 2018). Contando con ello, en el estudio llevado a cabo por Herrera, Ures y Martínez (2015), se

analizaba concretamente si la prensa española tenía en cuenta estas recomendaciones para la publicación de las noticias sobre el suicidio, concluyendo que no era así. Estos investigadores encontraban que los detalles del método podían encontrarse en la mayor parte de las noticias, que los antecedentes de salud mental no se veían reflejados en las mismas, y que no se informaba sobre los recursos y las ayudas existentes. Además, comprobaban que la alusión al suicidio se hacía con frecuencia reflejándolo como algo simplista o inexplicable.

f) Un libro dedicado al tratamiento del suicidio por parte de los medios

Para terminar con el presente apartado se refiere a las seis sugerencias de Gabriel González Ortiz, ya citado periodista que en un libro dedicado al tema hace una clara declaración de intenciones: “Hay que intentarlo, explorar nuevas vías y hablar del suicidio con rigor, respeto y normalidad. Y, sobre todo, con un objetivo muy marcado: la prevención” (González-Ortiz 2018, p.67).

De entre las cosas ya abordadas, este profesional recoge la sugerencia de utilizar los medios para difundir señales de alarma y erradicar tabús, así como para la publicación de las consecuencias que tiene un suicidio y una tentativa con un fin disuasorio. Dedica también un espacio importante a la situación de los y las supervivientes, que considera importantísimo dar a conocer respondiendo a factores de riesgo tan comunes como creer que se es una carga para los demás. Visibilizando el dolor que deja un suicidio, dice, esta creencia disminuirá en personas con ideación.

Materializando su primer mensaje, González Ortiz cree importante informar sobre el suicidio como fenómeno complejo y no como evento, proponiendo empezar por difundir lo que llama *puntos negros de la carretera que lleva al suicidio*, que vienen a ser factores de riesgo y circunstancias ligadas a la epidemiología suicida. Así, en su libro, dice:

> Los medios de comunicación pueden ser un vehículo extraordinario para fomentar campañas focalizadas sobre cada uno de estos puntos negros que, combinados con distinta intensidad, pueden llevar a una persona a quitarse la vida: la depresión, problemas mentales, abuso de sustancias como el alcohol y las drogas, la soledad, los problemas económicos, conflictos en el colegio, la manera con la que se afrontan sucesos vitales traumáticos… abordar estos problemas uno a uno, a modo de periodismo de acupuntura, permitiría conseguir un objetivo mucho más global y ambicioso. Porque los medios de comunicación, también en estas causas, pueden jugar un papel muy importante. (González-Ortiz, 2018, p.70)

Esta propuesta podría resumirse en pretender abordar cada factor ligado al suicidio de forma aislada y en su relación con el fenómeno en los medios, buscando

que a nivel informativo, el suicidio no sea únicamente expuesto como resultado, sino como la consecuencia de una serie de causas que también tenemos que aprender a identificar y gestionar. Algo a destacar en esta propuesta es precisamente su intención de actuar sobre las causas, lo que supone un intento de prevención en una fase mucho más precoz que buscaría evitar que las personas llegasen a la situación de vulnerabilidad que los hace susceptibles a los efectos Werther y Papageno. El periodista aporta un ejemplo y una reflexión sobre la que conviene meditar:

> El 18 de enero de 2018, el Reino Unido anunciaba la creación de un cargo ministerial para lidiar con la problemática de la soledad, un asunto elevado a cuestión de Estado y que según algunos estudios es tan perjudicial para la salud como fumarse 15 cigarrillos al día. ¿No resulta obvio que combatiendo la soledad, el aislamiento y la desconexión social se está combatiendo en el fondo el suicidio? Informativamente, esa debería ser la línea a seguir: no atacar sólo el desenlace sino sus causas (González-Ortiz, 2018, p.74).

Además de los puntos negros, las señales de alarma, el terrible duelo de los supervivientes y las consecuencias de un intento de suicidio frustrado, el periodista cree importante recoger los datos cuantificables sobre el suicidio y publicarlos de forma periódica. En paralelismo con lo que se hace, por ejemplo, con datos referidos a la violencia de género, actualizados cada dos meses en el Observatorio de Violencia Doméstica y de Género del Consejo General del Poder Judicial (CGPJ), los datos relativos al suicidio quedarían en un segundo plano, actualizándose cada dos años. El objetivo de disminuir este margen temporal sería concienciar sobre la importancia y prevalencia del problema y elevarlo a la agenda política y social, “despertando conciencias dormidas”. La invisibilidad del suicidio y el silencio que lo envuelve, se recuerda, son potenciadores del mismo, y los medios, un altavoz *en off* que perpetúa la mudez.

Sin ánimo de agotar las páginas del libro, otro de los aspectos a los que se da importancia serían los contenidos en las redes sociales e internet. Al respecto, el autor considera que las páginas de los periódicos son ya sólo una pequeña parte de los canales que emplea el periodismo para trabajar. Relaciona este dato con la obsolescencia de las directrices de la OMS, que obvian el creciente uso de internet y las redes sociales, hoy imprescindibles en la vida de cualquier ciudadano que de hecho, crea ya sus propios contenidos en este espacio. Para hacer frente desde los medios de comunicación a la problemática global del suicidio, todas las herramientas serán pocas, y es necesario hacer un diagnóstico previo: observar qué se está hablando ya sobre el

suicidio en las distintas plataformas podría alertar e instar a contrarrestar el efecto de informaciones tan dañinas y, sin duda, contagiosas.

Terminando con esto último de matizar y profundizar en las 6 medidas que según la OMS tienen potencial para prevenir el suicidio y los intentos, es importante indicar que la OMS no olvida remarcar la complejidad del fenómeno, y, con ello, la necesidad de coordinación y colaboración de los distintos sectores de la sociedad, dejando claro que un enfoque individual no prevendrá el suicidio. Habla por ello de la integración y ampliación de actividades desde el ámbito sanitario, el educativo, el laboral, el agrario, el comercial, el jurídico y el de la comunicación, entre otros.

La participación interdisciplinar es un valor añadido básico, pero también una dificultad. La fructífera participación de numerosas autoridades públicas y otras administraciones de distinto nivel, junto con organizaciones sociales, implica la necesidad de coordinación y comunicación, tanto interna como externa, y por ello, la puesta en marcha de iniciativas puede volverse compleja dada la posible desigual prioridad que las distintas instituciones den a tal cometido (Etayo, 2018).

La labor de la OMS en prevención del suicidio empieza por reconocer éste como prioridad de salud pública, queriendo así que aumente la sensibilización y se aceleren las propuestas que busquen reducirlo. El ya citado primer informe mundial de 2014 (*Suicide prevention: a global imperative*) apremia a los países a que desarrollen un enfoque multisectorial que dé respuesta.

A título personal, convierten el suicidio en una de las condiciones prioritarias del Programa de acción para superar la brecha en salud mental establecido por la OMS en 2008, y establecen la tasa de mortalidad por suicidio como indicador de la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: “De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar” (Página web de la OMS).

El gesto más actual se encuentra en el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020, donde los Estados Miembros se comprometieron a trabajar para reducir en un 10% las tasas nacionales de muertes autoinfligidas.

Como herramientas aportadas por esta agrupación de Estados Miembros, son mencionables aquellas que componen el recurso SUPRE, creado por la OMS en 2012, aunque compuesto por documentos con casi dos décadas de antigüedad. SUPRE es el conjunto de herramientas destinadas a diferentes colectivos de la sociedad relevantes en la prevención del suicidio. En ellas, se exponen pautas que guían la prevención en cada ámbito y sugieren las medidas consideradas pertinentes. Hay nueve materiales:

(1) para médicos generalistas (OMS, 2000), (2) para profesionales de los medios de comunicación (OMS, 2000), (3) para docentes y demás personal institucional (OMS, 2001), (4) para trabajadores de atención primaria de salud (OMS, 2000), (5) para el ámbito penitenciario (OMS & IASP, 2007), (6) para el ámbito laboral (OMS, 2006), (7) para consejeros (OMS, 2006), (8) para policías bomberos y otros socorristas de primera línea (OMS, 2009) y (9) para la asociación de supervivientes (OMS, 2000).

En común tienen, casi todas, la exposición de factores de riesgo o protección y las directrices que ayudan a detectar o identificar conductas suicidas. Algunos hacen mención de los mitos en torno al suicidio, y muchos aportan una serie de pautas para valorar el riesgo y actuar ante una situación de este tipo. En definitiva, guían en cómo tratar con una persona con riesgo suicida, por ejemplo, desde las consultas de Atención Primaria o los colegios, sin olvidar la intervención pertinente en el post-suicidio. Las más enfocadas al ámbito de la salud citan aquellos trastornos o enfermedades que incrementan especialmente el riesgo, con el mencionado ánimo de aprender a identificar y así prevenir, y en entornos específicos como el penitenciario, donde el riesgo es elevado, indica perfiles que ayudan en esto mismo.

Son particulares las guías para la creación de grupos de supervivientes y para el trabajo de los medios de comunicación: La primera por sugerir la creación de los mismos y definir su funcionamiento más eficaz (haciendo referencia a factores de riesgo específicos para este grupo y su manejo), y la segunda, por partir del efecto Werther. La OMS pauta la correcta comunicación de los suicidios en los medios de comunicación para evitar que informar sobre actos suicidas fomente estos actos entre la población receptora del mensaje, aunque como extensamente se ha analizado, se trata de una guía básica y ya obsoleta.

En ocasiones, la OMS incluye a modo introductorio una referencia a la epidemiología que requeriría hoy de actualización, o informa sobre la contribución de determinados colectivos instando a su participación, como es el caso de la guía para policías bomberos y otros socorristas de primera línea.

Una herramienta con la que no cuenta la OMS en sus guías y recomendaciones, objeto de debates de reciente actualidad, es la Autopsia Psicológica (AP). Por ser considerada una buena fuente de información por varios autores y profesionales, se dedica un espacio a plasmar la situación actual de conocimiento sobre la misma, las necesidades de mejora que acontecen y las posibilidades que ofrece este instrumento. En definitiva, aclarar qué sabemos de esta con el fin de dar una base

teórica a su propuesta como elemento a añadir en una estrategia completa de abordaje de las conductas suicidas.

7.2 Autopsia psicológica como herramienta para diseñar estrategias preventivas y de intervención ante conductas suicidas

La autopsia psicológica (AP) es un procedimiento propio del ámbito médico-legal con amplia aplicabilidad a la muerte por suicidio. Se trata de una valoración retrospectiva de la personalidad y la vida de una persona ya fallecida, reconstruyendo las particularidades socio-psico-patológicas de esta (Burgos, 2006). Según García-Pérez (1998), es una guía para investigar la muerte de una persona: *retrospectiva* porque estudia el pasado de la víctima (cómo era, su comportamiento y estado mental tras una reconstrucción de distintos aspectos), e *indirecta* porque no trata con la persona, sino con terceras vinculadas a la misma.

Gracias la AP es posible aclarar la naturaleza de la muerte en caso de duda (entre natural, accidental, suicida u homicida), esclarecer el momento y las circunstancias del fallecimiento (con especial énfasis en el estado mental de la persona fallecida), aumentar el conocimiento sobre el fenómeno suicida (dando una base empírica a su prevención) y, en algunas circunstancias, aliviar el sufrimiento de las personas cercanas a quien pereció (De la Vega, Arcenegui, & Moreno, 2018; Acinas, Robles, & Peláez, 2015). Se ha planteado, por estas entre otras razones, como una de las herramientas de investigación más pertinentes en los casos de suicidio consumado (Constanza, Garcés, Echeverri, Bustos, Pérez, & Aristizabal, 2016).

Ejemplo de estudios en los que ha empleado la AP es el de la ciudad de Santafé de Bogotá en 1994 (Jiménez, Morales, Gelves, Villamil, Jiménez, Cárdenas, & Navarro, 1998), en el cual se revisaron 67 de los 272 casos de suicidio ocurridos en ese año en la ciudad. Se logró hacer una aproximación psicológica y social para caracterizar a la muestra de 61 suicidas, y se reunieron datos de interés para construir un perfil.

Si entendemos el suicidio como un evento multicausal donde aspectos sociales, familiares, psicológicos, médicos, económicos e incluso ambientales pueden influir, la investigación del mismo habrá de adecuarse a esta naturaleza y abordar todas las esferas que sean necesarias. La AP, por eso, es una recogida sistemática y profunda de información que busca, principalmente, comprender la muerte a través de todos estos escenarios.

La primera característica a mencionar es la ausencia de una fuente primaria de información. A consecuencia, la entrevista a familiares y personas cercanas a la fallecida es el principal método de recolecta de datos, junto con la inspección de informes clínicos, notas de despedida y todo documento que pueda ser relevante. No se trata, sin embargo, de una tarea fácil ni meramente procedimental, ya desde la primera fuente, en relación a las entrevistas, son importantes algunas indicaciones. El motivo no es otro que tener constancia de cómo no actuar con la suficiente delicadeza y prudencia a la hora de interactuar con los supervivientes podría provocar una victimización secundaria a la que ya sufren quienes han perdido a alguien en un contexto tan traumático como este (Acinas, Robles, & Peláez, 2015). Tenemos que recordar que las personas con las que tratamos son personas en un estado emocional muy delicado, que pueden no desear colaborar, no ser capaces de recordar e incluso no tener alguna información de la que le solicitamos (por ejemplo, porque el familiar la haya ocultado). Sobre todo, conviene recordar que en lo que a nosotros respecta, la labor asistencial está por encima de los intereses de la investigación. El tabú ligado al suicidio ha de ser tenido en cuenta a la hora de empatizar.

Tener en cuenta estas tres líneas básicas evitará la revictimización, o, al menos, nos permitirá trabajar con respeto. Giner (2010) señala que la participación en estos casos es alta (de un 80%), aunque esta información se contrastará por medio de las entrevistas y se propondrá, al hilo, alguna recomendación en el caso de estandarizarse la AP tras un suicidio consumado.

Volviendo a las fuentes de información en general, la siguiente tabla contiene una lista con posibles opciones:

Tabla 1. Fuentes de información para la autopsia psicológica
▪ *Historial médico* (somático y psiquiátrico) ▪ *Documentos electrónicos* (conversaciones de móviles, historial de navegación, correos, redes sociales) ▪ *Documentos personales*: cartas (de despedida o generales), fotografías, diarios ▪ *Recortes de prensa* ▪ *Testimonios de testigos:* familia, amigos, profesores, médicos… ▪ *Registros bancarios/financieros* ▪ *Documentos legales*: testamentos, denuncias, resoluciones ▪ *Informes policiales* ▪ Informe de la autopsia forense y toxicológico.

Tabla 4: Tabla con fuentes de información para la autopsia psicológica
Fuente: (De la Vega, Arcenegui, & Moreno, 2018), se han añadido ejemplos

La nota suicida, por ejemplo, es un documento que puede tener más relevancia de la que a primera vista pudiéramos atribuirle. Los peritajes sobre su contenido y los análisis grafológicos podrían dan información sobre la intencionalidad y el estado mental de la persona que decide quitarse la vida, por ejemplo, evidenciando que se trataba de alguien deprimido o de alguien que buscaba culpar a otros, dejar de sufrir o llamar la atención. De hecho, la simple existencia de nota es considerada por algunos autores como reflejo de premeditación. En esta línea, Acinas, Robles, y Peláez (2015), apuntan que “no suele aparecer nota en suicidios con alta impulsividad; conlleva cierta premeditación, porque ha tenido que transcurrir un periodo de tiempo desde la redacción del escrito a la tentativa suicida” (p.70).

Estos últimos autores citan a Rodes, Monera, Giner y Martí (1999) para diferenciar las notas suicidas según sean:

- *De despedida*: generalmente, desculpabilizan a personas cercanas
- *Instrucciones*: sobre qué hacer con su cuerpo o sus pertenencias
- *Acusaciones*: culpabilizando a otras personas de su muerte
- *Petición de perdón*: bien por el sufrimiento causado en el pasado como por el que probablemente causará a al morir, también desculpabiliza
- *Justificación del propio suicidio*: temas de honor, relacionados a aspectos culturales o situaciones en las que la persona considera que las circunstancias le han obligadoa llevar a cabo el acto

De todo ello se deduce, y es apoyado con estudios, que analizar estos escritos puede determinar la gravedad del proceso psicopatológico, medir la impulsividad, la desesperanza, indagar en problemas vitales e incluso mostrar las estrategias de afrontamiento del paciente, además de dar información sobre el grado de apoyo por parte del circulo relacional (Casado, Mata, & Raya, 2012).

Pasando a la segunda característica, estarían los elementos indispensables sobre los que ha de averiguarse cierta información. Según De la Vega, Arcenegui y Moreno (2018), han de recogerse datos sociodemográficos de la persona fallecida, datos sobre su trayectoria vital, sobre su entorno familiar, relaciones sociales y antecedentes psiquiátricos, sobre contactos con servicios sanitarios, cambios significativos en los meses previos, factores estresantes recientes, hábitos tóxicos, detalles sobre la muerte y antecedentes de suicidio, tanto propios como del entorno. Todos estos se detallan en el anexo 2, especificando qué debe investigarse en cada caso.

Otro aspecto a mencionar son los instrumentos que se vienen utilizando para conseguir estos datos y sistematizar la tarea, por lo que sin ánimo de agotarlos, se mencionan a continuación algunos de los más relevantes:

El principal es el MAPI: *Modelo de Autopsia Psicológica Integrado,* metodología muy usada en Iberoamérica, de la cual resalta la elevada estructuración con la finalidad de reducir los sesgos y la subjetividad tanto de entrevistador como entrevistado (Acinas, Robles, & Peláez, 2015; Constanza y otros, 2016; García-Pérez, 1998; López, 2015). Se trata de un modelo validado por su autora de 1990 a 1996 (García-Pérez, 1999, citada por (Rodríguez, 2010), que indaga en la vida de la persona fallecida antes de su muerte por medio de aspectos generales como la ocupación, el género, las creencias religiosas, el estado civil, los antecedentes patológicos personales y familiares, consumo de sustancias tóxicas, etc.

A estos se le añade un examen psiquiátrico retrospectivo, que estudia, hasta un mes antes de su muerte, el grado de integración, la relación afectiva, la conducta, el diagnóstico nosológico, las potenciales áreas de conflicto (socioeconómico, laboral, judicial y de vivienda), señales emitidas hasta dos años antes de la muerte e interrogantes sobre el lugar de los hechos, que diluciden la posibilidad de estar ante un homicidio, medios empleados y otros. En definitiva, un abordaje muy, muy amplio.

La valoración global es, en general, muy positiva, y autores como López (2015), resaltando que no es una metodología (la AP) empleada en España, incluso llega a calificarla como “el modelo más completo utilizado actualmente, que puede servir de referencia para futuros cuestionarios de autopsia psicológica” (p.11).

Otro modelo sería la *entrevista semi-estructurada para autopsia psicológica* (Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy) también conocida como SSIPA, de Werlang y Botega (2003). Esta segunda indaga en los eventos precipitantes y estresores, así como en la motivación suicida, la letalidad e intencionalidad de la conducta autolesiva. García-Caballero, Recimil, Touriño, García-Lado, Alonso, Werlang, … Bendaña, (2010) la validaron y tradujeron al castellano, indicando que la adaptación había sido posible sin hallar diferencias destacables con el original. Además, dicen del instrumento que: “Tras su aplicación se comprobó su elevada fiabilidad interexaminadores (cita a Werlang & Botega, 2003) y su utilidad no sólo en el estudio de casos individuales sino también en el estudio de los factores que contribuyen al suicidio” (García-Caballero y otros, 2010, p.334).

En este caso, su ventaja es la flexibilidad, aunque para estandarizar las conclusiones, cuenta con un algoritmo de toma de decisión. Consta de cuatro módulos

que analizan los elementos mencionados: los eventos que pudieran tener relación con la muerte del fallecido, las posibles causas por las que el sujeto pudiera haber deseado morir, los métodos empleados y la existencia del deseo de morir o planificación (De la Vega, Arcenegui, & Moreno, 2018).

En relación a los instrumentos, una de las limitaciones con las que ha de contarse es la ausencia de un modelo estandarizado. Si bien nos encontramos con modelos más o menos utilizados y valorados positivamente, no hay un consenso global.

Así mismo, hay una serie de sesgos, que aunque pretenden evitarse en los modelos, están presentes. En la persona entrevistada serían la delicada situación emocional, el no saber o no querer compartir, la insatisfacción con los servicios de salud mental y otros. En el caso del entrevistador hablaríamos de la capacidad profesional y la valoración subjetiva si el instrumento la permite, aunque las reuniones de consenso y el uso de instrumentos ya validados reducirían el margen. Por último estaría la subnotación de casos, que referiría a todas aquellas muertes que en un contexto incierto, terminarían por no ser calificadas como suicidio. Entre ellas, algunas muertes en accidentes de tráfico.

Si nos preguntamos quién debe realizar esta entrevista, habremos de considerar la competencia de cada profesional. La preparación para utilizar este método es un requisito fundamental, ya que además de conocerlo, ha de ser uno capaz de emplearlo de una forma uniforme y rigurosa. Algunos artículos citan entre el personal competente a los psicólogos, criminólogos y personal sanitario (Constanza, y otros, 2016). A estos pueden sumarse los médicos forenses y los cuerpos policiales, ya que si están preparados, son profesionales que disponen de un amplio conocimiento de vocabulario y fenomenología por su experiencia profesional, al menos, en torno a algunas informaciones que pretende rescatar la AP (antecedentes, enfermedades…).

En cualquier caso, como hemos podido comprobar, algunos instrumentos simplifican el trabajo del entrevistador reduciendo sesgos.

Una vez terminada la investigación, los resultados de la AP han de servir para la realización de un informe con las conclusiones pertinentes a las que ha llegado el perito (Acinas, Robles, & Peláez, 2015).

7.3 Estrategias a nivel nacional

7.3.1 Recomendación por la Organización Mundial de la Salud

Según la OMS, para finales de 2017, 40 países contaban con una estrategia nacional de prevención del suicidio que mostraba el compromiso por parte de sus gobiernos ante

este problema (WHO, 2018). Mientras tanto, el 22 de febrero de 2019, supervivientes del suicidio y expertos en la materia aun rogaban al Congreso de los Diputados español un Plan que sigue sin desarrollarse en este país. Sin un modelo en el que puedan basarse las distintas comunidades autónomas y provincias que quieran iniciar su lucha, el Plan Nacional es un reclamo actual en La Península.

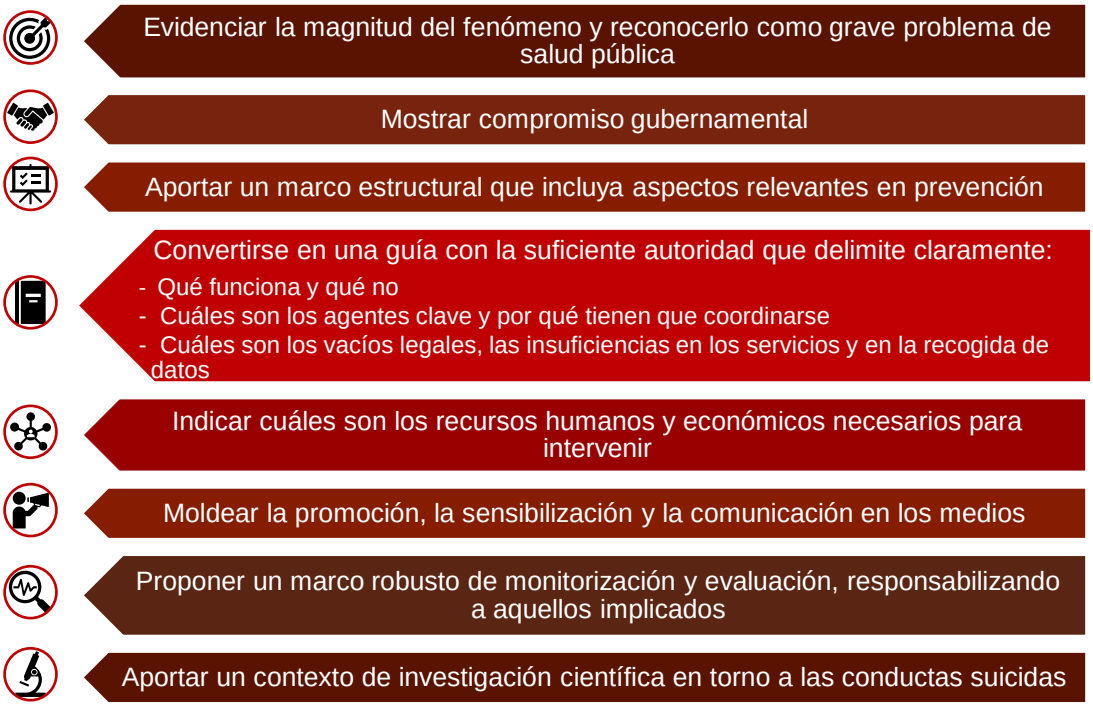
Namibia	Irán	Suecia
Argentina	Austria	Suiza
Chile	Bielorrusia	Reino Unido
Costa rica	Bulgaria	Uzbekistán
Cuba	Francia	Bután
República dominicana	Irlanda	Sri Lanka
Guyana	Israel	Tailandia
Nicaragua	Lituania	Australia
Panamá	Luxemburgo	Fiyi
Surinam	Países Bajos	Japón
USA	Noruega	Malasia
Uruguay	Portugal	Nueva Zelanda
Afganistán	Suecia	Corea del Sur

Figura 12: Países con una estrategia nacional de prevención
Fuente: Elaboración propia, en base a la información recogida en OMS (2018)

Las estrategias nacionales de prevención del suicidio cumplen un significativo papel al elevar este problema a la agenda política, y, asociadas a un plan de acción, son indispensables para implementar medidas que reduzcan unas muertes ya declaradas evitables (OMS, 2018). Citado al comienzo de la contextualización teórica de este trabajo, el reciente esfuerzo por parte de la Organización Mundial de la Salud en impulsar este tipo de planes se ve reflejado en una de sus últimas publicaciones, donde insta a la creación de estos planes a la mayor brevedad posible. Esta publicación tiene por título: *National suicide prevention strategies: Progress, examples and indicators* (WHO, 2018), y se considera importante resumir y plasmar su contenido para justificar y dar una base teórica a la propuesta que se haga al final del trabajo.

Tras la lectura de dicho documento podemos decir que el desarrollo de una estrategia preventiva a nivel nacional es importante por tener los múltiples beneficios que se indican a continuación (WHO, 2012). Una estrategia nacional de prevención del suicidio podría:

- Dejar constancia de la magnitud del fenómeno y reconocerlo como grave problema de salud pública
- Mostrar el compromiso gubernamental sobre abordar el mismo
- Aportar un marco estructural que incluya aspectos relevantes en la prevención del suicidio
- Convertirse en una guía con la suficiente autoridad que, presuponiendo la investigación científica necesaria, permita delimitar con claridad:
- Qué funciona y qué no,
- cuáles son los agentes clave (instando a su responsabilización y remarcando la necesidad de coordinación entre los mismos)
- y cuáles son los vacíos legales, las insuficiencias en los servicios y en la recogida de datos
- Indicar cuáles son los recursos humanos y económicos necesarios y disponibles para intervenir
- Moldear la promoción, la sensibilización y la comunicación en los medios
- Proponer un marco firme de monitorización y evaluación, instando a la responsabilización de aquellos a cargo de las intervenciones
- Aportar un contexto de investigación científica en torno a las conductas suicidas



Infografía 4: resumen de los beneficios de contar con una estrategia nacional de prevención

Fuente: Elaboración propia, en base a la información recogida en OMS (2018)

La OMS es clara ante posibles excusas cuando considera que al margen del compromiso y los recursos que tenga un país, el simple proceso de diseñar una respuesta nacional puede mejorar la prevención (WHO, 2014).

Facilitando el diseño de estos planes, la OMS indica algunos de los criterios que deben guiar su planteamiento. En primer lugar, establece que una estrategia válida ha de ser multisectorial, implicando a los ámbitos de la salud, la educación, el bienestar social, la justicia, la política o los medios de comunicación (se advierte que, analizados los múltiples factores de riesgo, protección, señales de alarma e incluso mitos, parece suficientemente justificada la necesidad de un plan integral que vincule tanto a agentes sociales de todas estas esferas como a población civil y demás actores comunitarios). En segundo lugar, indica que el diseño de la estrategia ha de adecuarse a la realidad de cada país, concretando el contexto cultural y social. Por último, dice que de tenerse especial miramiento y seriedad a la hora de diseñar el plan de acción, esencial si se pretende efectividad. La importancia de este diseño ha de reflejarse en la claridad y especificidad de los objetivos, la determinación de población indicada, la delimitación de indicadores, plazos o responsabilidades, etc. El resultado ha de ser propio de un abordaje sistemático y estratégico, según inda la OMS.

Aportando una lista de elementos que son transcendentales para asegurar la sostenibilidad de la estrategia, citando a (WHO, 2012), la OMS advierte en este documento de 2018 que no hay un orden establecido en el que deban reunirse (aunque este tenga de concretarse), pudiendo suceder algunos de manera simultánea, anterior o posterior a otros. Para elaborar un plan efectivo, pues, será importante:

- Identificar las partes involucradas[31]
- Emprender un análisis de la situación
- Establecer los recursos
- Lograr la implicación política
- Abordar el estigma ligado al suicidio
- Sensibilizar a la población
- Establecer objetivos claros
- Identificar factores protectores y de riesgo
- Seleccionar las intervenciones: Universales, selectivas e indicadas[32]: Las universales son aquellas destinadas a la población general, las selectivas

[31] Para sugerencias en torno a posibles involucrados, en el documento se remite a otro recién publicado: WHO's *Preventing suicide: a community engagement toolkit*.
[32] La OMS advierte que una estrategia integral comprenderá las tres intervenciones.

aquellas destinadas a grupos poblacionales identificados como de riesgo en base a distintas características, y las indicadas, están dirigidas a aquellas personas que ya hayan mostrado algún tipo de conducta suicida o vulnerabilidad a la misma.

- Mejorar la recogida de datos y enfocar la investigación
- Dirigir la monitorización y evaluación de las intervenciones

Como puede observarse, la Organización Mundial de la salud da muchas pautas para crear este plan, y remarca constantemente su carácter necesario.

Todavía, por medio de las siglas “LIVE LIFE”, la OMS muestra cuáles son los componentes esenciales de base en un abordaje estratégico de la prevención (2012) y sus intervenciones troncales (2014). La primera palabra (LIVE), contiene las directrices de liderazgo, intervenciones, visión y evaluación (leadership, interventions, vision and evaluation en inglés), y, dice, son la base de “LIFE”, las intervenciones principales: reducir los medios, estrechar lazos con los medios de comunicación, formación de la juventud en herramientas necesarias para la vida diaria, e identificación temprana, manejo y seguimiento.

En pocas palabras, estos componentes recogen lo siguiente:

- *Liderazgo*: insta a los gobiernos nacionales a tener un papel instrumental a la hora de liderar la estrategia y coordinar a los distintos agentes implicados, sean colectivos gubernamentales, sociedad civil o comunidades. El liderazgo se considera esencial para hacer un adecuado diagnóstico de la situación, sensibilizar y desarrollar las políticas necesarias que permitan en cada sector colaborar en la labor preventiva.

- *Intervención*: refiere al núcleo de las intervenciones basadas en la evidencia empírica disponible (las que componen “LIFE”), y recuerda que se incluye la asistencia a los supervivientes en sentido amplio.

- *Visión*. Se refiere a la visión innovadora o financiera. El objetivo es mantener la estrategia como algo viable.

- *Evaluación*: ha de ser continua y basarse en comprobar si las metas están siendo alcanzadas y si las intervenciones están siendo efectivas. El adecuado registro y seguimiento de casos permiten la evaluación y el feedback posterior, haciendo posible la investigación científica.

La importancia de la evaluación se subraya en múltiples puntos del documento aportado por la OMS. En general, se menciona constantemente su esencialidad,

reconociendo lo complejo de la cuestión al tratarse de un campo que se extiende lo suficiente como para englobar un número de intervenciones considerable. Dada la susceptibilidad de las cifras en materia suicida, puede resultar difícil asociar el decrecimiento del número de muertes o intentos a la efectividad del plan, y por eso se recuerda que es importante tener varios indicadores de efectividad. En cualquier caso, la evaluación es un requisito indispensable para el diseño de un nuevo plan, y la tarea encomendada a aquellos países que ya cuentan con uno.

Del mismo modo que ha de hacerse con los objetivos de la estrategia (facilitando así la posterior valoración), la evaluación tiene que diseñarse al detalle. Establecer plazos e indicadores concretos, no laxos, es el primer paso a seguir. Para facilitar esta parte también, el anexo tercero de la guía de la OMS recoge una serie de indicadores y objetivos de planes existentes que pone a disposición de los países que estén en proceso de diseñar uno propio.

Siguiendo con la cuestión, una indicación a tener en cuenta es aquella que dice que la valoración de las estrategias individuales puede ayudar a la valoración global del plan, por lo que la misma tiene que asegurarse. En esta línea, serían útiles, por ejemplo, las comisiones de evaluación para las distintas iniciativas.

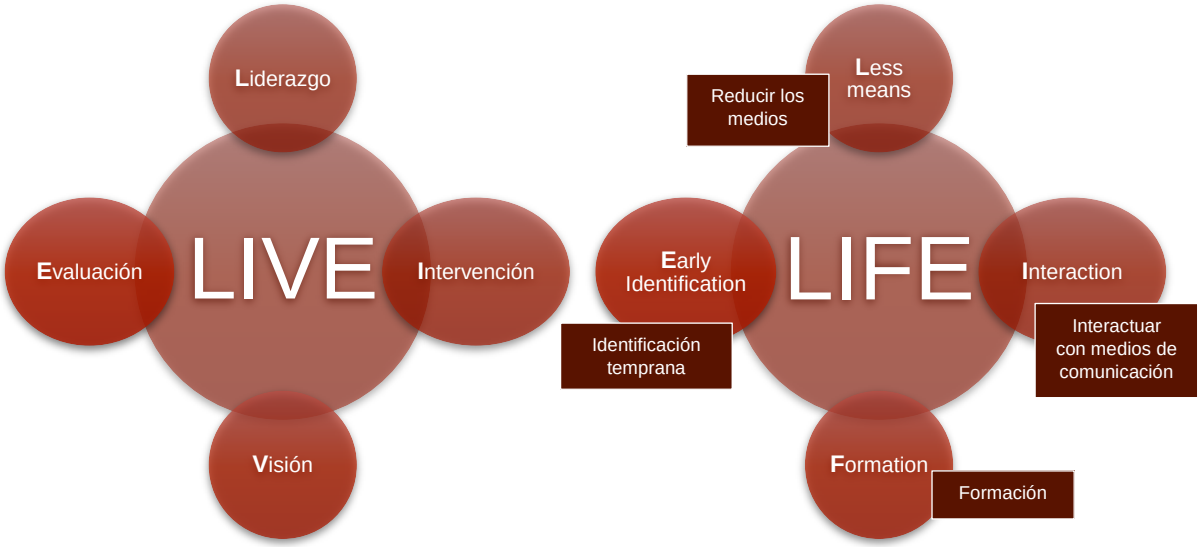
Jerarquizar los objetivos en plazos y prioridad puede facilitar esta tarea. El documento recuerda que algunos objetivos intermedios pueden favorecer a la consecución de los principales, volviéndose su valoración relevante para saber qué intervenciones tienen mayor peso y centrar recursos en las mismas.

Pasando a “LIFE”, las intervenciones troncales, según la OMS (2018), serían:

- *Reducir la accesibilidad a los medios*: se refiere a pesticidas, armas o cuerdas, y es una medida universal. Un correcto registro y seguimiento de casos permitiría conocer cuáles son los medios comúnmente empleados y así focalizar su restricción.
- *Interactuar o estrechar lazos con los medios de comunicación*: El papel de los medios es de gran importancia en la labor de prevenir el suicidio. Como ya se ha expuesto, en contraposición a la imagen de este recurso como únicamente facilitador del efecto contagio, su implicación ha de instarse cuanto antes. Los y las periodistas han de limitar el hacer eco a casos mediáticos y llamativos, evitar dar detalles sobre este tipo de muertes y empezar a seguir las recomendaciones de la OMS, publicando historias de recuperación y superación, por ejemplo. Es evidente el papel que pueden jugar en la

sensibilización y reducción del estigma, así como en la difusión de medios de ayuda o servicios asistenciales.

- *Formación*: la OMS menciona la importancia de educar a la juventud en una adaptativa manera de hacer frente a las circunstancias vitales estresantes. Estas habilidades van de la mano de las mencionadas al hablar de inteligencia emocional. La OMS, además, menciona que el contexto educativo y los programas de intervención en los mismos son medios útiles para cumplir con esta indicación.
- *Identificación precoz*: Identificar, evaluar y gestionar el riesgo suicida a tiempo es también importante. El seguimiento de casos de intento de suicidio, así como la facilitación de medios asistenciales, es un componente esencial en los planes preventivos, también un derecho, recuerda la OMS.



Infografía 5: Infografía que recoge los 8 componentes de "LIVE LIFE".
Fuente: Creación propia

Por si lo anterior dejase cabos sueltos, la OMS dedica casi un 50% del documento a examinar ejemplos de estrategias nacionales en las que poder basarse para crear una propia. A estas, que tienen un apartado concreto, se le añaden los ejemplos que se intercalan en el documento bajo el título: "historias de éxito en prevención", donde incluyen países como Escocia o Suecia. De estos intercalados, se señalan los puntos exitosos y también algunos aspectos a mejorar. Las que analizan de forma individual se alistan a continuación:

- Bután
- Guyana
- Irán
- Irlanda
- Japón
- Namibia
- Corea del Sur
- Suiza
- USA
- Uruguay

De estas se abordan el contexto, los aspectos clave mencionados (visión, misión, plazo o vigencia, presupuesto y objetivo principal), los objetivos específicos, la implementación y la evaluación. En conclusión, una fuente de mucho valor y utilidad para emprender el reto en nuestro país.

Para cerrar la referencia a esta guía, puede ponerse en cuestión la referencia que hace al Estado Español como uno entre los países (también cita a Croacia, Rumanía, Mónaco o Rusia, entre otros) que cuentan con algún tipo de estrategia nacional, aunque incluida en el plan de Salud Mental.

7.3.2 Inexistencia de un Plan Nacional de Prevención en España

Si bien es cierto que el Sistema Nacional de Salud (SNS) cuenta con una Estrategia de Salud Mental evaluada y actualizada en los años 2009-2013, éste no dedica una atención exclusiva a la prevención del suicidio, sino que la menciona con otras problemáticas como la depresión, bajo el objetivo general de "prevención de los trastornos mentales".

Sucede que esta estrategia lleva varios años en supuesta revisión y actualización y, en un contexto incierto, a día de hoy se desconoce cuándo podrá estar disponible para su uso y aplicación. Muy crítica con esta cuestión, la Fundación Salud Mental España (FSME) indica en su web que, en definitiva, de una estrategia específica e integral para prevenir el suicidio, no hay rastro.

Desde el año 2012 han sido varias las acciones políticas en las que se ha hablado del Plan Nacional de Prevención del Suicidio**.** Primeramente en diciembre de 2012, propuesta por parte del grupo parlamentario Unión Progreso Y Democracia, quedó aprobada por unanimidad en el Congreso de los Diputados una Proposición No de Ley referida a la "promoción de la Estrategia de Salud Mental de acciones para una redefinición de los objetivos y acciones de prevención del suicidio"[33]. Al no haberse realizado las acciones aprobadas, el mismo grupo presentó una nueva Proposición más

[33] Páginas 41-49: http://www.congreso.es/public_oficiales/L10/CONG/DS/PL/DSCD-10-PL-79.PDF

adelante en marzo de 2014, esta vez relativa al “desarrollo de un Plan nacional de prevención del suicidio”. Fue nuevamente aprobada por unanimidad[34].

De los años que prosiguen sólo se encuentran pequeñas menciones, preguntas y contestaciones ambiguas. Toda propuesta de actualización del plan de Salud Mental y las evocaciones a la incorporación de un plan de prevención del suicidio a modo de objetivo específico han sido aprobadas al unísono, pero después ningún avance tiene lugar.

Las informaciones más actuales son del 9 de marzo de 2019. En la Proposición de Ley de derechos en el ámbito de la salud mental, presentada por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. Se dedica un Título específico (el quinto, concretamente) a la prevención del suicidio, en él se articula:

> “Artículo 31. Protocolo de prevención del suicidio.
>
> El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, realizará un protocolo que será consensuado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y que contemplará necesariamente:
>
> d) Prevención en grupos expuestos a situaciones de vulnerabilidad maximizada.
> e) Identificación precoz de las personas con factores de riesgo.
> f) Acceso a la atención sanitaria y social de forma rápida e integral.
> g) Estrategias de fomento de la salud mental.
> h) Ofrecer un seguimiento estrecho y continuado a las personas con tentativa suicida.
> i) Atención postsuicidio, a las personas del entorno, con tratamiento precoz e individualizado.
> j) Coordinación entre Servicios de urgencias, Equipos de salud mental y Atención Primaria.
> k) Campañas contra el estigma social.
> l) Artículo 32. Registro y tratamiento de datos.
> m) Artículo 33. Formación.
> n) Artículo 34. Investigación”

Sin haber tenido noticia de materialización alguna de esta propuesta, podemos decir que en definitiva, no existe ningún Plan Nacional de Prevención del Suicidio en España, pese a las múltiples y cada vez más frecuentes peticiones del mismo y las

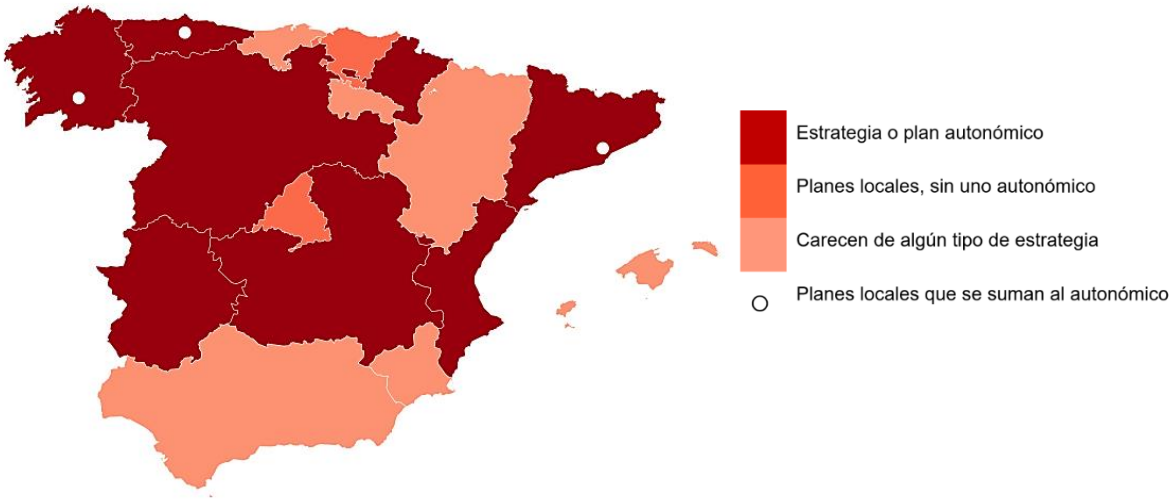
[34] Páginas 15-18: http://www.congreso.es/public_oficiales/L10/CONG/DS/CO/DSCD-10-CO-523.PDF

facilidades que el entorno parece prestar (véase el documento de la OMS dedicado a tal efecto).

Dejando esta cuestión a un lado, diremos que lo que sí encontramos son iniciativas a un nivel administrativo inferior, y de varias habremos de recalcar su calidad. Asturias, Castilla y León, Castilla La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia y Navarra, tienen algún tipo de estrategia o plan como Comunidad Autónoma, mientras que Madrid y Guipúzcoa, cuentan con planes propios sin existir uno a nivel de autonómico. Además, Oviedo en Asturias y Ourense en Galicia, junto con Barcelona y Sabadell en Cataluña, cuentan con planes que se suman al propio. Las comunidades restantes, Andalucía, Aragón, Cantabria, Ceuta y Melilla, Islas Canarias y Baleares, la Rioja y la Región de Murcia carecerían de iniciativas en este contexto.

Conviene mencionar que en el caso de Andalucía es reciente la Proposición No de Ley en la que El Parlamento andaluz insta al Consejo de Gobierno a la elaboración y desarrollo de un plan de prevención del suicidio[35]. El plazo de seis meses que establece venció en marzo de este año 2019.

La siguiente infografía muestra esta información de manera visual:



Infografía 6: Estrategias de prevención del suicidio elaboradas en España
Fuente: Creación propia

[35] Esta Proposición No de Ley puede consultarse a través del siguiente enlace: https://www.parlamentodeandalucia.es/webdinamica/portal-web-parlamento/pdf.do?tipodoc=textosaprobados&id=3051

7.3.3 Estrategias autonómicas y locales en España

Se describen a continuación los contenidos de lo desarrollado en las distintas Comunidades españolas, para poder tener una visión global del punto en el que nos encontramos en esta materia:

- **Cataluña**, Programa *Codi Risc Suïcidi* (CRS): esta comunidad, colaboradora en el European Alliance Against Depression (EAAD)[36] *en sus fases I*[37] *y II*[38]*,* es una Comunidad Autónoma (CA) especialmente activa en materia preventiva. Además de las iniciativas locales en Barcelona y Sabadell, a las que se referirá en las siguientes líneas, en 2014 se decidió a implantar un programa a nivel autonómico (el CRS), que principalmente buscaba potenciar el trabajo sanitario en red para identificar y gestionar el riesgo de suicidio. En general, pretende contribuir a la mejora del proceso asistencial de las personas en riesgo por suicidio. sus objetivos generales son i) disminuir la mortalidad por suicidio, ii) aumentar la supervivencia de la población afectada por algún tipo de crisis suicida y prevenir segundos intentos (Servei Català de la Salut, 2015). Entre los objetivos específicos estaría impulsar y asegurar una atención proactiva y adecuada al nivel de riesgo, crear un protocolo de urgencia que facilite que todos los agentes sanitarios implicados puedan actuar, coordinar la atención en instalaciones hospitalarias para asegurar la seguridad de los pacientes e individualizarlo según se trate de personas adultas o jóvenes. Propiciar un adecuado seguimiento e impulsar la adherencia de los pacientes una vez dados el alta, por parte del servicio de salud mental y de atención primaria en los 12 meses siguientes (Servei Català de la Salut, 2015). Este último objetivo es uno de los más resaltados. Para lograrlos proporciona un flujograma donde se incluyen recursos y servicios, además de establecer un protocolo de actuación para cada pieza del sistema sanitario catalán. Para hacer posible el trabajo en red también se propone crear un sistema de información donde puedan registrarse casos e identificarse variables de riesgo.

En Cataluña han de mencionarse también los planes locales de Barcelona (Programa De Prevención De La Conducta Suicida, PPCS) y Sabadell (Programa De

36 Se trata de un proyecto que propone afrontar la depresión mediante un programa de intervención a diferentes grupos sociales: población general, médicos de familia y centros sociales…

37 Hospital de San Pau y la Santa Creu y dispositivos de salud mental de L´Eixample Dreita barcelonés

38 Hospital Parc Taulí y sus dispositivos de salud mental

Prevención De La Conducta Suicida). Estos programas, en su primera y segunda fase, respectivamente, estaban integrados en el EAAD.

El primero, un programa basado en la educación sanitaria de la población general que establece circuitos asistenciales específicos para el seguimiento de la población de riesgo (Reijas, Ferrer, González, & Iglesias, 2013; Tejedor, Díaz, Faus, Pérez, & Solà, 2011), concluye que los pacientes que participan en el mismo consultan más frecuentemente por ideas suicidas (36 % vs 25%), se les ingresa en menor medida (6% vs 36%), y reducen el número de tentativas suicidas al año de seguimiento (11% vs 32%) en comparación con el grupo de control. El tiempo entre tentativas, además, se veía aumentado en grupo experimental. El programa, que comienza con la creación de un equipo multidisciplinar para desarrollar los circuitos, encuentra como limitación, entre otras, la dificultad de distinguir cuál de las fases del programa (educación sanitaria, asistencia individualizada o coordinación de los recursos) tiene mayor eficacia, pero anima a realizar nuevos estudios más prolongados que permitan aumentar el tiempo de supervivencia y reducir la mortalidad suicida.

El segundo, el Programa De Prevención De La Conducta Suicida de Sabadell, realizado por la Corporació Sanitària i Universitaria Parc Taulí, consiste en un seguimiento telefónico sistemático en personas con riesgo suicida durante el primer año posterior al intento. Podría decirse que es predecesor del plan autonómico catalán CRS. Los resultados son positivos, según analizaron Cebrià y otros (2013):

> A telephone management programme for patients with suicide attempts admitted to emergency departments, including an early post-discharge visit by a psychiatrist proves to be more efficient than usual treatment as it reduces complications and potentially prevents suicide completion. Our results show that such an intervention is effective in delaying further suicide attempts and in reducing the rate of reattempts during the year of intervention. (Cebriá y otros 2013, p.275)

En definitiva, la temprana detección de ideación suicida y la adherencia a la terapia post-tentativa, como se observa en los pacientes del PPCS, disminuye los nuevos intentos.

- **Comunidad Valenciana**, *Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida* (Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2017): esta iniciativa queda enmarcada dentro de los objetivos de la Estrategia Autonómica de Salud Mental de la Comunidad Valenciana para los años 2016-2020. Siendo la prevención y manejo de la conducta suicida una de las acciones prioritarias a ejecutar, reducir cifras es el objetivo principal del Plan. Empezando por comprender la conducta suicida desde una visión

multidisciplinar, sugiere la aplicación de estrategias de promoción, prevención y detección precoz, así como el desarrollo de una red de atención de calidad. En este caso el punto fuerte son 5 estrategias clave, que incluyen: la promoción de la salud mental positiva, la detección del riesgo suicida, la prevención y manejo de la conducta suicida, la formación, y la creación de sistemas información e investigación epidemiológica. El plan incluye un listado de intervenciones, sus respectivas acciones y, lo más importante: indicadores de evaluación para estas. Lo valioso es que hace una clasificación de acciones según grupos vulnerables o de riesgo, por ejemplo. Establece también como categoría las acciones dirigidas a la población general y por último a población con conductas suicidas. Es de aplicación práctica, reclamo por parte de muchos profesionales.

- **Galicia**, *Plan de Prevención Del Suicidio* (Xunta de Galicia, Conselleria de Sanidade, 2017): Reducir las muertes y el sufrimiento de los supervivientes, en sentido amplio, conforman los dos objetivos principales de este plan. El compromiso por parte del gobierno gallego con relación al problema del suicidio es visible con su ánimo concienciador, así como el énfasis que hace en la multisectorialidad, ambos puntos importantes. La materialización de estas intenciones se lleva a cabo por medio de 7 líneas estratégicas permanentes pero dinámicas, que se ajustan a las necesidades del momento. Estas articulan 37 medidas que abarcan la integridad de la conducta suicida y los agentes implicados. Las líneas son: (L.E 1) coordinación Interinstitucional ante el suicidio (4 medidas), (L.E 2) sensibilización, concienciación y disminución del estigma social asociado a la conducta suicida (5 medidas), (L.E 3) prevención y abordaje de la conducta suicida (13 medidas), (L.E 4) Limitación a medios letales (3 medidas), (L.E 5) formación de profesionales en prevención e intervención en la conducta suicida (4 medidas), (L.E 6) postvención en supervivientes (3 medidas) e (L.E 7) investigación y alerta epidemiológica sobre la conducta suicida (5 medidas).

Al plan autonómico gallego se le suma uno local, en desarrollado en el Área sanitaria de Ourense: el *Programa De Intervención Intensiva (PII).* Se trata de un programa que busca prevenir y mejorar la asistencia (en tiempo y calidad) ante conductas suicidas, detectando mejor la ideación suicida y las tentativas suicidas en AP o en urgencias del hospital general, queriendo y prevenir nuevos intentos. Su implementación comienza por formar a distintos profesionales de mencionado ámbito

sanitario en la labor de detección y valoración del riesgo, para en 2009 comenzar su puesta en marcha.

El programa cuenta con una evaluación de resultados realizada por Reijas, Ferrer, González e Iglesias en 2013. En su estudio, en el que se compara una cohorte de pacientes expuestos a la intervención en PII con otra cohorte de pacientes no expuestos y sometidos a terapia convencional, concluyen que primeros recaen en menor medida, necesitan ingresar menos, y el tiempo trascurrido desde el inicio del tratamiento y el primer reintento, si este se produce, es mayor (Reijas, Ferrer, González, & Iglesias, 2013).

- **Asturias**, *Protocolo de Detección y Manejo de Caso en Personas con Riesgo de Suicidio* (Servicio de Salud del Principado de Asturias. Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria UCOSAM, 2018): resalta en su tercera página la concreción de un período de vigencia y la previsión de una revisión para el año 2020. Se trata de un protocolo multidisciplinar dirigido a los trabajadores sanitarios implicados en la atención al paciente con riesgo suicida en el Principado de Asturias, como se indica en su "alcance". Se pretende detectar con anterioridad a las personas que idean, planifican o llevan a cabo conductas suicidas desde el ámbito sanitario, diseñar un abordaje terapéutico multidisciplinar reglado que homogenice la atención clínica durante al menos un año de seguimiento de pacientes en riesgo y disminuir la tentativa y la mortalidad por suicidio asociado a causas clínicas, según sus objetivos. Incluye flujogramas ("algoritmos" en el protocolo), que representan el circuito de actuación coordinada entre Atención Primaria y Servicios de Urgencias de Atención Primaria, Urgencias Hospitalarias y Centro de Salud Mental (CSM). También prevé y recalca la formación de los profesionales implicados. Cabe resaltar la mención al proceso de creación del protocolo que se incluye en el mismo, donde se menciona el carácter multidisciplinar del equipo de trabajo y la exhaustiva recogida de información para elaborar el mismo.

Oviedo, en Asturias, cuenta también con una iniciativa a nivel local: el *Protocolo para la Prevención de la Recurrencia del Comportamiento Suicida Basado en el Manejo de Casos* (Sáiz, Rodríguez, González, Burón, Al-Halabí, Garrido, … Bobes, 2014), también conocido como *Programa PSyMAC*. Se trata de un estudio controlado de casos diseñado para prevenir la recurrencia en comportamientos autolesivos suicidas, que incluye un programa psicoeducativo y una comparación con la intervención clínica común. El protocolo integra intervenciones de distinto carácter, pero confirmar o descartar la efectividad de los programas psicoeducativos en la prevención de

comportamiento suicida con intentos previos, es uno de los objetivos del estudio que, en 2014, analiza sus resultados:

> A modo de conclusión, señalar que el PSyMAC propone intervenciones de bajo coste y fácilmente adaptables al entorno clínico habitual que pueden ayudar a suplir la carencia de protocolos específicos de actuación y de programas preventivos de comportamiento suicida existentes en nuestro país, pudiendo convertirse en un programa efectivo para el manejo y la reducción del riesgo de suicidio. (Sáiz y otros, 2014, p.137)

- **Castilla y León**, *Proceso de Prevención y Atención de la Conducta Suicida* (Dirección General de Asistencia Sanitaria. Junta de Castilla y León, 2018): El proceso tiene como misión "establecer un conjunto de acciones de prevención, coordinación e intervención de carácter multidisciplinar integrado, que dé respuesta a las necesidades generadas por las personas con riesgo suicida en la Comunidad de Castilla y León". Sus objetivos son identificar a las personas en riesgo de suicidio, disminuir sus intentos de suicidio, lograr reducir la mortalidad por esta causa y asegurar la coordinación asistencial entre los diferentes niveles que atienden este tipo de casos. Además de incluir un flujograma que vincula Atención Primaria, los Servicios de Urgencias y Salud Mental, señala una serie de actividades para cada ámbito junto con algunas pautas a la hora evaluar, derivar o seguir casos, también para atender la postvención, con el objetivo de detectar y atender las conductas autolesivas de la manera más eficaz posible, y paliar el traumático momento posterior a las mismas, respectivamente.

- **Castilla- La Mancha,** *Estrategias para la Prevención del Suicidio y la Intervención ante Tentativas Suicidas* (Grupo Regional de Trabajo sobre Prevención de Suicidio en Castilla-La Mancha, 2018): Enmarcado dentro del Plan de Salud Mental de Castilla La Mancha para los años 2018-2025 y, según indican, del PSM-OMS 2013-2020, este documento empieza por abordar la epidemiología, los factores influyentes y mitos en torno al suicidio, para pasar a abordar sus 4 líneas estratégicas. Para cada línea decide una serie de objetivos generales y específicos, y, ligados a estos últimos, una lista de acciones que acercan a la meta. Incluye un cronograma y unas tablas de implementación y seguimiento, lo que añade valor práctico y facilidad de evaluación futura. Las líneas estratégicas son: (L.E 1) Generación y gestión del conocimiento y prevención de suicidio e intervención ante conductas autolíticas en población adulta (L.E 2), infanto-juvenil (L.E 3) y adulta mayor (L.E 4).

- **Extremadura**, *Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de las Conductas Suicidas* (Servicio Extremeño de Salud, 2018): Conforma uno de los primeros pasos de la Comunidad para enfrentarse al problema del suicidio y pretende mejorar la capacidad de abordaje de estas conductas por parte del Servicio Extremeño de Salud, haciendo además posible la intervención interdepartamental. Se contextualiza dentro del III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020, de donde rescata los 3 principales objetivos que hace suyos: Impulsar acciones para la mejora de la sensibilización acerca del suicidio y la prevención de las conductas suicidas, mejorar la detección precoz y las actuaciones dirigidas a personas en situación de riesgo suicida y establecer un adecuado tratamiento y seguimiento de las personas que hayan realizado alguna tentativa suicida o estén en situación de riesgo para realizarla. A estos añade 9 objetivos específicos y acciones para su consecución. En pocas palabras se centran en la recogida de datos a nivel autonómico, la mejora de la evaluación de riesgo, atención e intervención por parte de profesionales de AP y SM hacia personas con riesgo suicida, la inclusión de esta labor en otros planes (cita la consejería de sanidad y políticas sociales) y la formación en evaluación y gestión del riesgo suicida en la formación sanitaria especializada. Añaden la elaboración y difusión de un documento de recomendaciones para el adecuado tratamiento del suicidio en los medios de comunicación y la intención de fomentar la sensibilización de los ciudadanos sobre la importancia del bienestar psicológico, factores de protección y el riesgo de suicidio como objetivos. Por último, el plan aspira a mejorar la capacidad del sistema educativo en la promoción de la salud mental y la prevención de conductas suicidas.

En último lugar estaría **Navarra**, comunidad autónoma que se analizará más exhaustivamente en este trabajo por dar marco al análisis empírico. Antes de comenzar a explicarlo, podemos decir de las iniciativas locales restantes lo siguiente:

País Vasco y Comunidad de Madrid no disponen de un plan autonómico, pero cuentan con un programa o plan impulsado desde el ámbito local que los hace partícipes de la prevención. Guipúzcoa y Madrid lanzaron el *Programa Piloto de Prevención de la Conducta Suicida*, y el programa *Código 100*, respectivamente.

En el caso guipuzcoano hablamos de una iniciativa integrada dentro de la EAAD también. La Comunidad Autónoma Vasca incluyó como objetivo específico de la última Estrategia de Salud Mental (2010) la prevención del suicidio. No obstante, no se encuentran en la práctica demasiadas acciones que muestren la debida coordinación,

ni se han concretado programas específicos que sigan las líneas maestras marcadas por recomendaciones internacionales, el enfoque clínico sigue siendo predominante (Gabilondo, 2017).

El espacio territorial en el que se desarrolló el Programa Piloto, comenzando en 2013, fueron las Organizaciones Sanitarias Integradas de Bajo Deba y de Goierri Alto Urola, ambas dentro de la provincia. La intervención se lleva a cabo, acorde con los programas EAAD, con 4 receptores: población general, facilitadores sociales[39], medios de comunicación y el sistema sanitario vasco. A los primeros se busca difundir información y sensibilizar, con los segundos se quiere formar en *primeros auxilios psicológicos*[40], con los terceros difundir las recomendaciones de la OMS y sensibilizar al alumnado universitario mediante el debate de casos prácticos, y, con el último, el sistema sanitario, promover una mejora de la detección intervención y seguimiento tras un intento de suicidio.

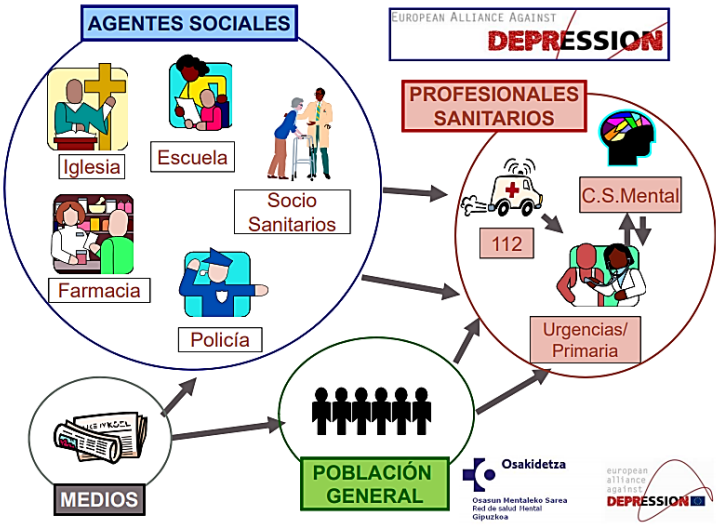


Figura 13: los 4 receptores de la intervención, en línea con los programas EAAD, para prevenir el suicidio en Guipúzcoa
Fuente: Programa Piloto de Prevención De Conducta Suicida en Guipúzcoa.

[39] Teniendo en cuenta que un porcentaje de personas con ideación suicida no entran en contacto con el sistema sanitario en algún momento, se forma a otras personas en contacto con la ciudadanía (trabajadores sociales, farmacéuticos, educadores, familiares, policías, párrocos, por ejemplo) para así facilitar el acceso a la ayuda profesional, por medio de las formaciones en primeros auxilios psicológicos (ver próximo apunte a pie de página)

[40] Los primeros auxilios psicológicos son una ayuda breve e inmediata a una persona con un problema de SM, hasta que ésta pueda acceder a la ayuda profesional. Formarse en los mismos hace posible identificar signos de problemas mentales frecuentes, se capaz de preguntar a cerca del suicidio y ofrecer una primera ayuda, u orientar hacia la ayuda profesional y recursos comunitarios. Es importante recalcar que no pretende “enseñar” a ser terapeuta.

En el último caso resalta haber creado protocolos de derivación entre servicios, la creación de un registro de tentativas y de un programa de seguimiento telefónico a corto plazo. Los resultados se valoraron positivamente, ya que la tasa de reintento quedó en un 6%, valor que se sitúa en el límite inferior del intervalo reflejado en la literatura para estudios similares, y se retrasó el intento en unos 120 días.

Hasta la fecha, las 4 intervenciones se han llevado a cabo, y se les ha añadido una 5ª dirigida a mejorar los sistemas de información elaborando un mapa de suicidios consumados en Guipúzcoa entre 2004 y 2014 (Gabilondo, 2017).

El último sería el *Procedimiento de Actuación Coordinada para la Prevención del Suicidio*, en Madrid (SAMUR. Protección Civil, 2015) También es conocido como Código 100, que refiere al código empleado en los servicios de emergencia para los intentos de suicidio. Estas conductas fueron objeto de estudio para el hospital Jiménez Díaz de Madrid (Fundación Jiménez Díaz -FJD-) y el Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate de Madrid (SAMUR-Protección Civil). El objetivo fundamental, según el mismo procedimiento:

> Es mejorar el pronóstico de los pacientes con autolesiones (tentativa suicida) o ideación suicida de los casos atendidos por el servicio de SAMUR-Protección Civil en la ciudad de Madrid, a través de la prevención secundaria, por medio de un procedimiento de actuación conjunta con el Servicio de Psiquiatría del hospital Fundación Jiménez Díazgh (de la Concepción) (SAMUR, Protección Civil, Código 100, 2015).

Mejorar la asistencia ya asegurar el seguimiento para disminuir la sensación de abandono o desesperanza en este proceso, es señalado como lo esencial. El procedimiento incluye un flujograma o logaritmo donde la ruta asistencial queda esclarecida, para después concretar las acciones a llevar a cabo en cada paso.

ANÁLISIS INTERDISCIPLINAR DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA AL HILO DE UNA ESTRATEGIA AUTONÓMICA DE ACTUACIÓN

1. ANÁLISIS:

El análisis propuesto tiene tres fines y dos metodologías que se vinculan y complementan entre sí. Se pretende analizar la estrategia navarra ante conductas suicidas (Protocolo y Comisión), dar una serie de pinceladas sobre el fenómeno y ahondar en la realidad superviviente y debatir sobre tres temas propuestos en el marco teórico: (i) la pertinencia de la autopsia psicológica en la recogida de información sobre el suicidio, (ii) la educación emocional como herramienta preventiva y (iii) la victimología como ciencia con aptitud para colaborar en la labor asistencial que requiere el suicidio. Todo ello, por medio de la revisión bibliográfica y el análisis de las entrevistas a través del método comprensivo descrito en el apartado de metodología.

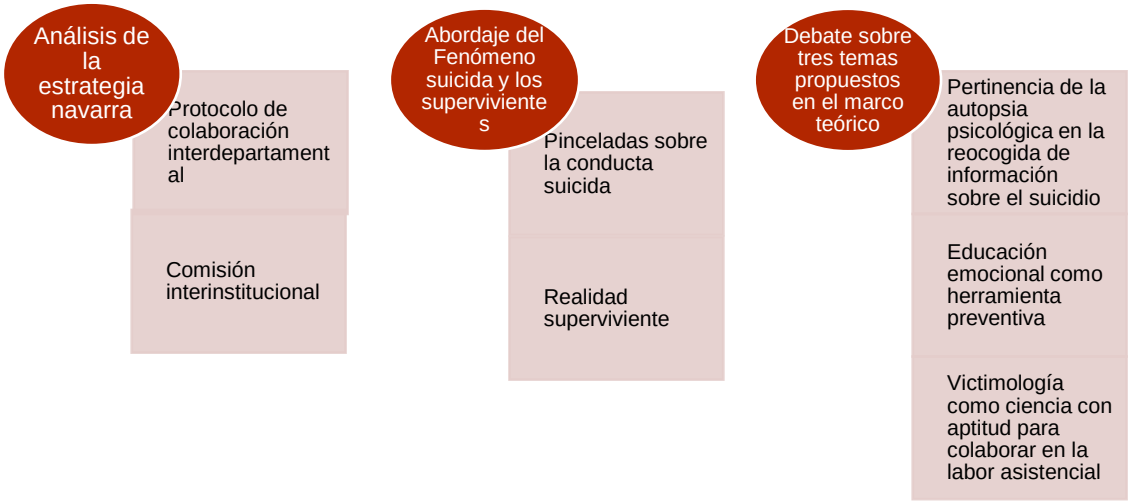


Figura 14: Organigrama de los tres principales núcleos abordados en el análisis
Fuente: Creación propia

El trabajo empírico más puro que se ha realizado se compone de la información obtenida en las entrevistas a dos grupos de personas: Por un lado estarían los profesionales y personas que integran la Comisión Interinstitucional en Navarra, y por el otro, aquellas que acercan otras realidades propuestas para discusión; la educación emocional y la victimología, concretamente[41].

Con el primer grupo de personas se ha querido acercar el desarrollo del Protocolo y el funcionamiento y trabajo de la Comisión, pero también conocer otros asuntos propios de cada ámbito representado, junto con la valoración general del

[41] El tercer tema propuesto, la pertinencia de la autopsia psicológica, se debate poniendo en relación el marco teórico con la visión de los participantes 4 y 5, médico forense y policía foral.

documento base. Los participantes 1-6 son miembros activos de la Comisión que vendrían de la Red de Salud Mental en Navarra, el mundo de los medios de comunicación, el Teléfono de la Esperanza, el Instituto Anatómico Forense de Navarra y la Policía Foral. La sexta persona entrevistada en el marco de la Comisión, si bien pieza imprescindible para un abordaje completo de ésta, no vendría de un ámbito tan concreto como los citados, sino que aportaría su visión como superviviente al suicidio y como presidenta la Asociación Besarkada, de personas afectadas por el suicidio. En definitiva, todas estas personas han sido consultadas para acercar su participación en la Institución y el trabajo que se realiza en la misma.

Por otro lado estarían los participantes 7 y 8, que al margen del marco de la Comisión, aportan en sus relativas entrevistas visiones de importancia en lo que a educación emocional y victimología se refiere. La importancia de estos dos núcleos temáticos viene dada por su idoneidad en los ámbitos preventivo y asistencial, respectivamente.

Así pues, toda la información recogida puede englobarse en 7 grandes núcleos:

1) la relativa al *Protocolo navarro*,
2) la relativa al funcionamiento de la *Comisión Interinstitucional*,
3) la relativa al *fenómeno suicida*, en general,
4) la relativa a la *realidad superviviente*,
5) la relativa a la *pertinencia de la autopsia psicológica para la recogida de información*,
6) la relativa a la *importancia de la educación emocional para prevenir* conductas suicidas y
7) la relativa a la *victimología como disciplina con la que contar en la labor asistencial* posterior a un suicidio o un intento.

En relación a cada uno de ellos se realiza un análisis comprensivo de la información recogida en las entrevistas plasmado en el anexo 1.4. de forma separada. Se añaden asimismo menciones breves al papel y los retos afrontados por los medios de comunicación.

El apartado que sigue reúne toda la información recopilada, y puede decir lo siguiente sobre los distintos objetos de estudio en este trabajo:

1.1 El Protocolo Interdepartamental de la Comunidad Foral

Por poder considerarse un grave problema de salud pública, la prevención y actuación ante conductas suicidas es objeto de planes y programas que buscan reducir cifras en ámbitos locales, autonómicos, nacionales e incluso internacionales. A nivel mundial, es un fenómeno al que se requiere dar respuesta y al que se exige prestar atención. Sin embargo, ha podido comprobarse que no resulta prioritario en todos los niveles. Conociendo que España carece de un plan nacional de prevención y actuación ante conductas suicidas, pese a ser este recomendado por la OMS, en el trabajo se ha prestado atención a las iniciativas lanzadas por múltiples Comunidades Autónomas. Si bien diversas, muestran un compromiso al menos mencionable, que hace suyo el reto de dimensionar la complejidad del fenómeno suicida.

Evidentemente, son muchas las autoridades a las que instar: Educación, salud, bienestar social e incluso interior, ya que la colaboración de los cuerpos policiales es necesaria. Implicar a tantas esferas no es fácil, y entre ellas, una correcta comunicación y coordinación debe ser objetivo principal, lo que hoy por hoy es también un reto. Las organizaciones sociales, representando a la población civil también, son otro punto en la red que debería crearse.

Aspirando a reunir todas estas condiciones y apostando por afrontar el desafío, estaría la estrategia con la que cuenta Navarra para la prevención e intervención ante conductas suicidas. La misma se divide en dos grandes ejes, el Protocolo y la Comisión, y es considerada por la Fundación Española para la Prevención del Suicidio, en su página web, “el mayor y mejor ejercicio de planificación preventiva de la conducta suicida del que se dispone actualmente en España”.

Para el análisis en profundidad se opta por esta estrategia por haber tenido contacto directo con profesionales y personas de alguna forma vinculadas a la misma; en su mayoría, miembros de la Comisión interinstitucional creada para velar por la aplicación y desarrollo de este Protocolo.

Con las aportaciones que se han recogido en las entrevistas se hace un análisis del diseño y contenido del Protocolo, de desarrollo, valor y necesidad de actualización, para pasar a abordar el funcionamiento de la Comisión. Por último, en base a lo analizado en el marco teórico, se proponen una serie de cuestiones a las que conviene reparar, en vista de las mejoras que podrían incluirse en ambos pilares de la estrategia.

1.1.1 Descripción del Protocolo

La columna vertebral de la estrategia navarra, el Protocolo, como su propio título indica, aspira a formalizar la Colaboración Interinstitucional en la labor de prevenir y actuar ante conductas suicidas. Se trata de un documento que un grupo de trabajo constituido en 2013 elaboró a petición del entonces consejero de Política Social.

El reclamo tiene por origen la preocupación y alarma que mostraron los representantes del Teléfono de la Esperanza en Navarra, asociación sin ánimo de lucro que 365 días al año responde ante crisis suicidas y la necesidad de prevención de las mismas. Esta inquietud se debía al incremento de las llamadas que estaban recibiendo, identificando una escalada de crisis suicidas, lo que hizo que consideraran instar a una respuesta a nivel institucional coordinada sin demora. Citado consejero, en respuesta, organizó por decreto un grupo de trabajo y una serie de personas fueron seleccionadas para formar parte del mismo. Componían un equipo multidisciplinar que reunía a representantes de los departamentos y colectivos de Políticas Sociales, Salud Mental, Educación (personas en la Asesoría de Convivencia en aquel momento), Justicia e Interior, Oficina del 112, Policía Foral y Teléfono de la Esperanza. Además, otra serie de profesionales tomaron parte también, entre ellos, un periodista, una psiquiatra y otra persona del ámbito de política social. Este equipo queda recogido en el Protocolo.

El documento que el grupo de trabajo pudo producir consta de 14 apartados, además de una introducción y una declaración de intenciones: los objetivos que se propone cumplir. Los dos primeros títulos de estos 14 se dedican a la delimitación de conceptos y al abordaje epidemiológico, completándose con la aportación de datos comparativos, para pasar después a abordar los factores asociados a la conducta suicida y a delimitar el marco teórico y ético del Protocolo. Siguiendo a los anteriores, y englobando los cinco apartados que siguen, se expone y regula la actuación desde los sistemas de salud, educación, política social, atención en urgencia y en crisis. Después se explica la relevancia de coordinación y comunicación entre estos agentes, y se regula la formación requerida en distintos profesionales. Aunque ya parecen olvidados, los medios de comunicación y su aptitud para colaborar en prevención son recogidos en un apartado específico que sigue a los anteriores, y, tal vez al hilo, prosigue otro que queda bajo el título “difusión, divulgación y sensibilización”. El documento se cierra dedicando un espacio al seguimiento y a la evaluación del Protocolo, tareas para las cuales crea y regula el compromiso de una Comisión Interinstitucional.

Más allá de su estructura, el contenido del Protocolo puede resumirse de la siguiente manera:

En cuanto a los **objetivos**, el principal sería, según se expresa de forma concisa, reducir muertes y mejorar la respuesta ante conductas suicidas. Para ello, el instrumento navarro se propone mejorar (i) la prevención, (ii) la intervención y (iii) el seguimiento en casos de esta naturaleza, así como (iv) asegurar la coordinación entre los distintos recursos, sistemas y servicios para recién citadas tareas.

De los generales, el primero (la prevención), se subdivide en 3 objetivos específicos. Estos abarcan el aumento del conocimiento sobre el fenómeno suicida, la sensibilización y por último la mejora de la detección de riesgo (esta de la mano de una correcta formación y el uso de adecuados instrumentos de evaluación).

En lo que a intervención se refiere, se abordan los intentos de suicidio y las situaciones críticas, y, en este contexto, el documento incluye como meta establecer procedimientos o protocolos de actuación adecuados, que garanticen una mejor respuesta desde varios ámbitos profesionales e involucren a las personas del entorno cercano.

En busca de un seguimiento óptimo, son propósitos concretos la continuidad de atención a conductas suicidas no fatales, la atención a supervivientes y a aquellos profesionales que intervengan con este tipo de comportamientos.

Aspirando a lograr la coordinación de recursos institucionales y sociales, que se considera esencial para lograr los 3 objetivos principales anteriores, se plantea establecer canales de comunicación y un Protocolo Interinstitucional general, así como concretar el proceso de intervención a través de una red de ámbitos y recursos asistenciales en Navarra.

En su capítulo 3, la **delimitación de conceptos** opta por las definiciones aportadas por el National Center for Injury Prevention and Control (CDC) y por el modelo Silverman y otros, ambos contenidos en el desarrollo teórico de este trabajo.

Se sigue con un breve **análisis epidemiológico**, apuntando que en efecto las estadísticas dependen de una serie de factores que pueden alterar una recogida de datos uniforme y veraz. Usando comparativas gráficas con el Estado español y Europa, se plasma la realidad numérica que engloba el suicidio en Navarra, generalmente, analizando los períodos de tiempo 2003-2012.

El Protocolo aborda luego los **factores asociados a la conducta suicida**, en base a la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del SNS (Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011).

Comienza abordando los de riesgo, haciendo mención al carácter dinámico o estático de distintos factores, y los describe brevemente separándolos según sean individuales, familiares y contextuales u "otros". Dedica apenas 5 líneas a delimitar que los factores precipitantes son ciertos sucesos y acontecimientos vitales como la pérdida de vínculo o empleo, viudedad, aislamiento, etc. El capítulo termina refiriendo los factores protectores, aunque de forma transitoria una vez más.

Después, en el **marco legal y ético,** explica que el suicidio es un acto legal en España, no pudiendo aplicarse lo mismo a la cooperación al suicidio, por ejemplo. Comenta la imprudencia profesional y su relación con el fenómeno, para dar lugar a exponer la responsabilidad civil o patrimonial de la administración en este campo. Bajo el mismo paraguas, desarrolla el tema de los internamientos en centros sanitarios, la guarda de menores y la tutela de personas adultas. A continuación, aborda la responsabilidad sanitaria derivada del suicidio, recordando que "la conducta suicida es la causa más frecuente de demandas judiciales al psiquiatra por mala práctica" (Gobierno de Navarra, 2014:30). Aquí, también, dedica un espacio a las "buenas prácticas en el abordaje de la conducta suicida". Por último, hace mención a la confidencialidad, el secreto profesional y sus excepciones.

Llegados a este punto, se analizan los diversos sistemas y se pauta en cierto modo su actuación. El contenido de cada apartado, dada su extensión, se resume en la siguiente tabla resaltando sus aspectos esenciales:

Actuación ante el suicidio desde el/los:	**Contenido fundamental del capítulo, más allá de la introducción:**
Sistema de Salud	• Flujogramas 1 y 2 (Detección del riesgo autolítico en Salud y Urgencia por trastorno mental para Atención Primaria de Salud, respectivamente) • Sistema de salud en Atención Primaria (Descripción del sistema de AP, prevención, detección y evaluación de la conducta suicida en AP, recomendaciones de la OMS para la exploración, recomendaciones de la OMS sobre actuación en personas potencialmente suicidas según

	nivel de riesgo, protocolo de atención integral en emergencias y traslados urgentes por enfermedad mental) • Red de Salud Mental de Navarra (mapa de recursos en SM, prevención, detección y valoración clínica en SM, premisas básicas a tener en cuenta por el profesional que realiza la valoración clínica, consideraciones a tener en cuenta según diagnóstico clínico, protocolos de uso en prevención y actuación ante conductas suicidas en SM, herramientas de evaluación sistematizadas en SM, salud mental Infanto-Juvenil, psicogeriatría, coordinación con agentes externos, recomendaciones desde salud al familiar y formación)
Sistema de Educación	• Modelo de prevención e intervención de la conducta suicida en el ámbito educativo (factores protectores y de riesgo, actuaciones del profesorado, alumnado, familias y Departamento de Educación para el "antes": *romper el silencio,* para el "durante": *identificado el riesgo en alguna persona,* y el "después": *una vez se ha dado un intento.)* • Flujograma de Actuación ante riesgo autolítico detectado en Educación • Información complementaria para el plan de prevención e intervención de la conducta suicida de cada centro educativo • Formación en el ámbito educativo (necesidad, objetivos y plan de contenido para una formación)
Sistema de Servicios Sociales (SS)	• Población a la que se dirige: aquella atendida por el sistema de SS de Navarra • Profesionales implicados: Trabajadores/as de atención directa en la red de SS de Navarra. • Formación necesaria • Actuaciones de prevención primaria • Actuaciones de prevención secundaria (evaluación de riesgo por medio de la *identificación de Factores e Indicadores de Riesgo en la Valoración Inicial y durante la Intervención Social*, actuaciones ante el riesgo *no inminente e inminente).* En el último caso remite a un flujograma contenido en el capítulo 12 del Protocolo. • Actuaciones tras intento autolítico • Actuaciones tras un suicidio consumado (remite a un flujograma contenido en el capítulo 12, y aborda la situación según sea: *una persona no atendida en residencia, un menor de edad atendido en hogar, residencia propia o concertada, o un mayor de edad atendido en residencia propia o concertada).*

Servicios de Atención en Urgencia	• Descripción de Protección Civil y Centro de Gestión de Emergencias o 112 (profesionales implicados, formación, prevención e intervención) • Información que recabar ante la expresión verbal de ideación o de planes suicidas, si se ha producido un intento y si se ha consumado el suicidio y actuación para la intervención en los mismos tres casos anteriores. • Derivación a otros profesionales o sistemas.
Teléfono de la Esperanza en Navarra (TE)	• Descripción de la Asociación Internacional del Teléfono de la Esperanza (áreas de actuación, personal, formación inicial y continuada para colaboradores/as…) • Intervención en crisis: servicio permanente de orientación por teléfono (contención telefónica, ofrecimiento de ayuda profesional, aviso a familiares o red de apoyo, orientación hacia los Servicios de Salud o activación del 112) • Asesoramiento e intervención profesional en entrevista personal, por medio del Departamento de psicología del TE, atendido por psicólogos titulados. • Promoción de la salud emocional • Actuación ante la detección de riesgo suicida • Flujograma de procedimiento ante la Detección de riesgo suicida • Instrumento de evaluación utilizado en el TE

Tabla 5: Resumen del contenido de los capítulos 7-11 del Protocolo navarro
Fuente: Creación propia a partir del documento

El capítulo duodécimo diseña a la **coordinación y comunicación** exponiendo 6 flujogramas que ponen en relación a los distintos sistemas:

- Flujograma a aplicar tras detectar riesgo autolítico en Educación, coordinación con Salud.
- Flujograma a aplicar tras detectar riesgo autolítico en Salud, coordinación son SS.
- Flujograma a aplicar tras detectar riesgo autolítico en Salud, coordinación son Educación.
- Flujograma a aplicar tras detectar riesgo autolítico en SS (remite a la página 71, al capítulo de actuación desde SS)

- Flujograma a aplicar ante intento autolítico detectado por SS (remite a la página 72, al capítulo de actuación de SS)
- Flujograma a aplicar desde SS tras suicidio consumado (remite a la página 73, al capítulo de actuación desde SS)

Dando cuenta de la importancia otorgada a la **formación** para prevenir conductas suicidas, el Protocolo dedica todo su capítulo 13 a la materia. Comenzando por justificar su necesariedad, alista los destinatarios para los que propone la formación específica (personal sanitario, personal de SS, personal de seguridad, personal de educación y "otros") y agrupa las necesidades de formación y las dificultades manifestadas en un estudio realizado por la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universidad de Oporto, que contó con una muestra de 196 profesionales de la salud. A continuación, estructura y presenta un programa de formación en lo que a destinatarios, objetivos, contenido y formato se refiere, aunque no llega a desarrollarlo.

El capítulo 14 contiene la prevención desde los **medios de comunicación**. En este se abordan los medios como agentes sociales que pueden provocar un efecto contagio o influir positivamente en prevención del suicidio y sobre los afectados por el mismo. Alertando de los riesgos fatales de un mal tratamiento del fenómeno en noticias, informa de cómo la difusión apropiada de información y el apoyo en campañas de sensibilización social serían esenciales para el éxito de la prevención del suicidio. Esquematizando los componentes de una información sensible a los efectos sobre la formación y una serie de expresiones a evitar y emplear, recoge las características que debe reunir la información en prensa, en gran medida, reflejando lo contenido por la OMS en su guía del año 2000 para Medios de Comunicación. El apartado termina ejemplificando el efecto contagio o Werther.

Antes de acordar la creación de una Comisión Interinstitucional para el pertinente seguimiento y la evaluación del Protocolo, éste presenta la necesidad de **difusión** del mismo entre los profesionales de los diversos sistemas públicos y espacios mencionados. En la misma línea, insta a la **sensibilización social** y la **divulgación** de información útil resaltando que es imprescindible que la ciudadanía sepa identificar y actuar ante señales y factores de riesgo.

1.1.2 Análisis de diseño y contenido

Antes de exponer lo recogido en las entrevistas, nos encontramos con varios apuntes que relacionan el abordaje teórico del fenómeno suicida y esta iniciativa para su gestión.

Empezando por el grupo de trabajo que elaboró el documento, podría resaltarse el haber procurado una iniciativa participativa que reuniese a personas de distintos ámbitos en relación al suicidio. Contamos con un esfuerzo evidente de intentar integrar perspectivas muy diversas sobre el problema, y, atendiendo a la importancia central dada a los flujogramas, de interrelacionar ámbitos.

Podría apuntarse también que la delimitación de conceptos es más que suficiente, y sirve para crear consenso en el uso de términos relacionados con la conducta suicida, aunque tal vez podría incluir otros como el “parasuicidio” de Keitman. En la misma línea, se echan en falta ejemplos que cualquier persona, usando el protocolo como referencia, pudiera emplear para saber ante qué tipo de conducta e incluso fase del espectro suicida se encuentra.

Reunir datos y reparar a ellos para abordar la conducta suicida es innegablemente importante, ya que hemos de saber a qué nos enfrentamos antes de diseñar un adecuado modo de proceder. El contenido en el Protocolo es un diagnóstico superficial, aunque en efecto permite contextualizar la conducta y dimensionar su impacto sobre la población navarra. Sin embargo, subrayando la necesidad de actualización y dinamismo que se espera de protocolos de este carácter, estos datos podrían estar actualizados, al menos, en la versión digital del documento. Podrían así convertirse en una fuente fiable para todo aquel que, por distintos motivos, quiera dimensionar el problema en la Comunidad Foral. Esta actualización podría servir igualmente para medir el impacto del Protocolo junto con otros indicadores complementarios.

Cuando el protocolo pasa a explicar los factores asociados a la conducta suicida, nos corresponde indicar que, si bien no toda la información contenida tiene por qué cambiar, está basándose en una fuente desactualizada. No sólo por la fecha de publicación de la referencia que emplean, sino porque la propia plataforma que la hace accesible refiere a la necesidad de tratar con precaución la información que contiene, por estar aún pendiente revisar su vigencia. Un protocolo “modelo”, como parece ser el navarro, debería considerar estar basándose en una guía pendiente de revisión como lo es la del SNS.

A su vez, el protocolo es enormemente escueto en lo que a factores protectores se refiere, dejando de lado lo que se considera la mitad de la labor preventiva. No se hace si quiera mención a la inteligencia emocional, que en base a la revisión de la bibliografía elaborada, ha quedado claro, tiene peso. Se menciona en el apartado que

dedica a la intervención desde educación, pero la explicación y base empírica, está ausente.

En todo caso, el Protocolo tiene un punto fuerte: la construcción y publicación de flujogramas que ponen en coordinación a agentes sociales clave para gestionar las conductas suicidas de forma más eficaz. En primer lugar, por poder por ello definirse como una estrategia multidisciplinar, y en segundo lugar, por demostrar un verdadero interés en la coordinación.

Son llamativas, al menos al juicio de la autora de este trabajo, dos ausencias en el protocolo: los Cuerpos Policiales y su intervención en suicidios y el silencio en lo que a supervivientes se refiere. Siendo ambos colectivos representados en la Comisión, y considerándose piezas clave en esta estrategia, como todas las demás, requerirían su reflejo en el Protocolo también.

Los medios de comunicación, por su parte, son nuevamente nombrados como agentes sociales con potencial en prevención, pero descritos mayormente en correlación al efecto Werther. Cada vez se sabe más sobre su labor y rol, y por eso su inclusión en el Protocolo limitando la mención a lo que insta la OMS, sería insuficiente. De todos modos, es un agente incluido en el Protocolo y la Comisión, lo que da motivos para creer que el trabajo conjunto con otras agencias e instituciones pretende materializarse.

1.1.3 Análisis del desarrollo, valor y necesidad de actualización

En relación al desarrollo, valor y necesidad de Actualización del Protocolo Interdepartamental, estaría a su vez el resultado de las entrevistas en profundidad con los informadores clave.

Lo primero que hemos podido conocer por medio de las entrevistas es que el impulso de la estrategia navarra de actuación vino dado como respuesta a la preocupación mostrada por una institución concreta ya citada, esta conocedora directa de la realidad suicida en la Comunidad Foral: el Teléfono de la Esperanza.

> P3: *"Creo que fue en 2012, una cosa así, vimos la necesidad de que en este caso a nivel institucional se hiciese algo un poco coordinado."*
>
> P1: *"Estos representantes* (El Teléfono de la Esperanza) *piden una cita con (…) el consejero de política social y le dicen están preocupados, y alarmados, por el incremento de las llamadas que están teniendo en torno al suicidio, y a las crisis suicidas, y que consideran que hay que hacer algo. Que ellos son muy poquito, una*

pequeña cosa, pero que consideran que y que a nivel de administración hay que ponerse las pilas con este tema."

La información se amplía conociendo que fue un momento que coincidía con una sensación de desconcierto a la hora de actuar, ya que básicamente no se contaba con una organización o protocolización formal para proceder ante conductas suicidas, realidad que parece haberse intentado cambiar.

P3: *"la gente estaba bastante descolocada. Ahora por lo menos se sabe lo que hay que hacer. Además hay algo muy importante, que es que de forma coordinada damos visibilidad externa a todo este tipo de cosas."*

Como se adelanta en el fragmento anterior, esta iniciativa puso en comunicación y coordinación a los diferentes agentes sociales a la vez que permitió la visibilización de un problema hasta entonces silenciado. Siendo el suicidio un fenómeno multicausal y complejo, es requisito inexcusable su abordaje intersectorial.

Dando cuenta de ello, de las distintas entrevistas y testimonios se desprenden lógicas de actuación y perspectivas desde las que entender/abordar el suicidio fragmentadas o diversas. En el siguiente fragmento, que refiere a la constitución del grupo de trabajo que elaboró el documento, queda patente tal variedad.

P1: *"Las de educación no trabajan directamente con menores, aunque asesoraban, el policía, in situ, la de 112… era una jefa del 112, el Teléfono de la Esperanza también (de hecho Pedro coge el teléfono, es voluntario, el otro no porque es el jefe, pero este sí) y… ¿quién más? De política social eran gestores. Cada uno fuimos escribiendo…"*

En este testimonio es central el reflejo de la participación multidisciplinar, si bien la colaboración entre departamentos, que daría lugar a la interdepartamentalidad, queda patente más adelante, en el producto del trabajo conjunto.

La comparación entre los siguientes dos fragmentos seleccionados para el análisis comprensivo es, en todo caso, una referencia clara a estas distancias, no tanto ya positivas, ni de ámbito de actuación, sino de la lógica de ésta desde distintos sistemas, de cercanía emocional al fenómeno:

P4: *"si yo tengo claro que este señor se ha ahorcado voluntariamente y es un suicidio, lo que venga detrás, digamos… al sistema judicial no le importa. A quien le importa es a la familia. Por eso pertenecería al ámbito asistencial y social"*

P5: *"Son circunstancias enormemente estresantes, (…) de los momentos más estresantes e impactantes en la vida de un policía. (…) Ir a la escena, contactar con los supervivientes, yo, vamos… puedo afirmar que todavía tengo muy metidos dentro de mi cabeza los gritos y las voces de las personas con las que estás cuando viven este*

momento de su vida personal. Tengo fotografías metidas en la cabeza, y seguramente no las olvidaré en la vida. (…) Y esto lo he compartido con compañeros, y coincide un poco, son momentos tremendamente duros."

En el caso del forense, participante 4, se puede observar cómo se preserva una mayor distancia emocional que acompaña a un procedimiento que él mismo define como frio y rígido, el judicial, lo que en el caso del Policía Foral, resalta por referencias opuestas.

Uno de los primeros pasos en el proceso de desarrollo de una actuación conjunta fue, como se ha señalado, fomentar el interés y el reconocimiento de la realidad suicida en Navarra en aquel grupo de trabajo.

P5: "Empezamos a hacer también los primeros análisis sobre la realidad suicida en Navarra. Cuantos, donde, sexo, edad, medio utilizado, etc. etc. A partir de ahí vimos lo que podíamos aportar de valor a la comisión."

En la misma línea, para empezar a trabajar se estableció un cometido: dar respuesta a esa preocupación inicial creando un protocolo de colaboración interinstitucional que componía de alguna forma el fin último: pasar de la multidisciplinariedad a la interdisciplinariedad en la respuesta que se estaba dando en Navarra a las conductas suicidas.

P5: *"lo que se pretendía (…) era elaborar un procedimiento o protocolo de trabajo interdepartamental, de todos los departamentos, servicios o entes y que pudiéramos sistematizar que es lo que estábamos haciendo, que fuera un documento para entrelazar mejor las acciones de los distintos departamentos. Ese era el cometido."*

El producto de todo ello fue el valor añadido de estar colaborando mutuamente. En la coordinación radica, por eso, el sentido y el logro de elaborar este Protocolo, para la que algunos de los participantes encuentran ejemplos recogidos en el anexo 1.4.1.

P3*: "Eso es lo que hemos conseguido con el Protocolo. Trabajar un poquito en red."*

P1: *"Es un poco la parte más rica del Protocolo: Cómo nos íbamos a poner en coordinación"*

Otra cuestión que ha resaltado en las entrevistas es que el contacto personal es eje en la puesta en práctica de la estrategia, lo que se refleja en cómo se emplean nombres personales, no sistemas, para referirse entre sí a ejemplos de actuación conjunta.

P3: *"El representante del Departamento de Educación, de Convivencia, del Gobierno de Navarra, es quien ha tenido la iniciativa de recoger la preocupación de los orientadores, (…). Se la ha planteado a (A.), me la ha planteado a mí, y fruto de eso ha*

salido el 1 de abril (curso de formación a orientadores)*. Si no hubiese ese Protocolo pues tal vez ese contacto no se hubiese producido y… sería diferente. O mucho más complejo."*

En cualquier caso, el reconocimiento inicial de la interdisciplinariedad requerida para responder a un fenómeno multicausal es un aspecto a valorar por algunos entrevistados de forma tácita, y por otros, indirecta. El protocolo fue uno de los primeros intentos de diseñar una estrategia que no dejase a fuera muchos de los ámbitos a veces olvidados a la hora de actuar frente al suicidio. Recordamos que este incluye a los medios de comunicación, a entidades de atención en crisis, a educación, salud…

P1: *"Fuimos punteros a nivel nacional. Mas que nada porque subyace una idea que tenemos que tener muy claro, y es que el suicidio no es un problema 100% de salud. Ni un problema 100% social, ni una decisión libre la mayoría de las veces. Es un problema que trasciende prácticamente todos los ámbitos. Lo más novedoso fue que era interdepartamental. En esto fuimos muy avanzados, aunque ya casi nadie lo discute."*

P5: *"lo que se pretendía (…) era elaborar un procedimiento o protocolo de trabajo interdepartamental, (…) que fuera un documento para entrelazar mejor las acciones de los distintos departamentos."*

Con todo, del propio Protocolo es un valor la novedad y la apuesta por la colaboración como objetivo principal, junto con la creación de una comisión con el fin de dar continuidad a la acción, muchas veces momentánea.

P2. *"Fue un referente en todo el país."*

P6: *"se elaboró, en su día, el Protocolo. Fue de lo más innovador, estaba muy bien, la preocupación por el suicidio"*

Por último, pero no por ello menos importante, y pese a ser resaltada por una única persona entrevistada, hay una reflexión que para este trabajo es de interés, aquella que planeta las diferencias con otros tipos de documentos y la verdadera naturaleza que se creó:

P1: *"Al final no es un Protocolo, es una guía, un Protocolo se cumple y esto es una guía, lo que pasa que pusimos el nombre de Protocolo. Que no acaba de estar bien hecho. Es más, una guía de actuación o cómo hacerlo."*

La participante 1 sugiere la siguiente deliberación: la diferencia entre "protocolo" y "guía", importante de cara a la aplicabilidad y función del documento, tiene que comprenderse para así saber ante qué herramienta nos encontramos. Si entendemos que un protocolo es una secuencia de actuaciones que busca contravenir

la dificultad en el abordaje y análisis con el que todos los entrevistados entienden el comportamiento suicida, la guía es entendida como una orientación a tal efecto. La persona entrevistada refiere a la obligatoriedad del cumplimiento del Protocolo, para la cual habría de presuponerse un conocimiento previo suficiente que permitiese la estandarización y secuenciación de actuaciones. Sin embargo, y aun habiendo estructurado éstas en el producto final, todas las entrevistas dicen que es un tema poco conocido. La obligatoriedad de cumplimiento no se materializa, no habiendo supervisión que la controle.

En las entrevistas también se han identificado varios aspectos de mejora aplicables a la estrategia analizada. Cabe mencionarse, sobre todo, la necesidad de actualización del Protocolo.

> P1: *"En julio de 2014 fuimos capaces de cerrar este documento* (señala al Protocolo). *Cosa que no hemos sido capaces, después, de revisarlo y actualizarlo."*

Varios participantes mencionan que hay cosas que han cambiado y que hay cosas en las que se ha avanzado, ninguna incluidas en un protocolo que debería evaluarse de forma anual, según los objetivos que se designan a la Comisión en el decimocuarto capítulo del texto. La entrevista al participante 5, por ejemplo, desvela que un protocolo que emplean en el área policial (al que se dedica atención en relación a los supervivientes) lleva en práctica algo más de un año, habiendo sido ya difundido sin incluirse en el Protocolo.

> P5: "Queda por añadir (un protocolo de atención en suicidios consumados al que refiere antes), ya hemos planteado que se añada esa parte del protocolo porque es la parte del protocolo que Policía Foral…"

Además, la necesidad de evaluar y actualizar los protocolos, en general, es un requisito para la eficacia de estos. Así lo subrayaba la OMS, y así lo refleja uno de los participantes haciendo evidente la necesidad de revisar un texto que busca dar respuesta a un fenómeno jamás obsoleto.

> P3: *"Es que vamos a ver, cualquier Protocolo por muy bueno que sea, si no se actualiza no sirve para nada. Hay que actualizarlo constantemente, aunque sea maravilloso. (…) En todo, todo. Será maravilloso, el mejor de todos, pero es que a los seis meses se ha quedado obsoleto seguro"*

De forma global y recogiendo las líneas generales de lo recién expuesto, podemos deducir que la situación de partida y el cometido no eran fáciles. Cada departamento con el que se quería contar tenía una estructura, unas dinámicas internas y relacionales fragmentadas. Todo trabajo conjunto, donde la coordinación es requisito,

era un reto considerable. Partían de un conocimiento del fenómeno dispar, también de distintas lógicas y secuencias desde las que se comprende este. La exposición al fenómeno no es la misma, tampoco la respuesta que se da, lo que se analiza con mayor profundidad al abordar la Comisión (compuesta por personas concretas, más que sistemas).

En gran medida, el Protocolo y la puesta en contacto de los profesionales y ámbitos citados, parece haber tenido éxito. Aquí parece haber sido importante el contacto personal, y haber tenidos claros los fines últimos de la estrategia, tal vez aportados por la institución que instó a la respuesta al problema en primer lugar, el TE.

> P3. *"Nosotros pensamos en grande. Es decir, que no se llegue al primer intento. Por lo tanto, optamos por dotar de esas herramientas personales. ¿Qué ocurre? Que ahí no nos ponemos medallas. Porque si dotamos a las personas de herramientas no nos vamos a enterar nunca de que no han cometido un intento de suicidio gracias a las herramientas. No nos colocamos la medalla. Podemos colocárnosla al decir que de x primeros intentos"*

1.2 La Comisión Interinstitucional para la Prevención y Actuación ante Conductas Suicidas

En el último capítulo del Protocolo navarro, dedicado al "seguimiento y la evaluación", se notifica la creación de una Comisión para asegurar el cumplimiento de estas funciones. El origen se encuentra en aquel primer grupo de trabajo para elaborar el Protocolo, donde surgió la iniciativa de crear un ente que diese continuidad a lo que pretendía la estrategia: trabajar en la prevención y mejorar la intervención en casos de suicidio.

1.2.1 Descripción del acuerdo de creación de la comisión, funciones y objetivos

La primera Comisión Interinstitucional de Coordinación para la Prevención y Atención de las Conductas Suicidas en Navarra, fue creada por Acuerdo de Gobierno el 2 de julio de 2014, y estaba formada por representantes de citados ámbitos, muchos colaboradores en el grupo de trabajo que redactó el Protocolo. Entre ellos estaban, y hoy día siguen siendo parte, apenas tres de los participantes entrevistados (1,2,3).

Las bases del funcionamiento, objetivo y desarrollo de la Comisión se encuentran en este el capítulo 16 del Protocolo. En este se explica que tal organismo se creaba con el objetivo de hacer un seguimiento y una evaluación del documento principal, y más concretamente, con el encomendado de medir y evaluar la medida en la que los instrumentos de valoración eran de utilidad y la coordinación

interdepartamental y con la sociedad civil tenía lugar. Con esto, también debía dar cuenta de la formación prevista por el protocolo para los distintos espacios.

Las funciones de la Comisión, detalladas, serían la elaboración de protocolos, la propuesta a las administraciones de labores a llevar a cabo en el ámbito de la prevención e intervención y el seguimiento y evaluación de las mismas mediante los indicadores de cumplimiento que habían de establecer, señalando los resultados y el impacto. Se le atribuye también la función de garantizar la evaluación de los protocolos y revisarlos una vez al año, así como promover la mejora de los sistemas de registros en la Comunidad Foral y hacer un informe anual de las acciones llevadas a cabo en el marco de los protocolos y de los indicadores de impacto y ejecución (Gobierno de Navarra, 2014).

El funcionamiento de la Comisión radica en las reuniones que, al menos anualmente, tienen lugar para hacer un seguimiento de las actividades llevadas a cabo en el marco del Protocolo. En estas reuniones está previsto el seguimiento de las conductas suicidas que hayan tenido lugar en la Comunidad, así como revisar y evaluar las prácticas de coordinación y proponer actividades para el año siguiente.

1.2.2 Análisis de la composición, el funcionamiento, potencialidad y limitaciones actuales

Seis de las ocho entrevistas con las que cuenta este trabajo fueron realizadas a miembros activos de la Comisión Interinstitucional para la Prevención y Actuación ante Conductas Suicidas de Navarra, lo que permite reconocer una considerable representación de la misma para desarrollar este apartado. Para la aproximación se empleó un guion que puede consultarse en el anexo 1.1 de este documento, aunque la herramienta permitía conversar sobre aspectos ajenos a la institución en los encuentros también. En cualquier caso, centrándonos en lo relacionado con la misma, logramos abarcar lo siguiente:

Debemos empezar por subrayar su naturaleza novedosa: nos encontramos con, a día de hoy, la única Comisión con este cometido a nivel nacional. Si bien es cierto que muy recientemente A Coruña se ha propuesto la creación de un órgano colegiado equivalente, en su génesis, la Comunidad Foral fue pionera, y es un aspecto a destacar.

> P2. *“en Navarra esta comisión fue hace 4 o 5 años pionera” (…) Fue un referente en todo el país.”*

El ente se caracteriza por apostar por la interacción personal como vía para construir sinergias institucionales que permitan el trabajo conjunto: abandera la idea de que para coordinarse primero hay que conocerse.

> P5: *"hemos conocido otros servicios y fruto de ese contacto se nos han inspirado ideas…"*
>
> P4: *"la Comisión permitió tener un contacto directo y personal que además luego ha servido para que trasmitamos información"*
>
> *P5: "Nos hemos puesto cara los distintos referentes en servicios que son de dimensiones brutales. Somos interlocutores para cualquier cuestión que pueda haber. Y cualquier campo de conocimiento que queramos conocer de otro servicio, tenemos a la interlocutora para referirnos: "¿de esto qué me puedes decir?" "¿en esto qué habéis hecho?" o… "¿conoces a alguien que nos pueda hablar de esta materia?"."*

La coordinación empieza por contar con un amplio abanico de profesionales que representan sistemas dispares, y para eso basta con observar. Sólo con las entrevistas realizadas, se ha tenido contacto con los sistemas de salud (Salud Mental, concretamente), educación, Teléfono de la Esperanza, Instituto Anatómico Forense de Pamplona, Policía Foral, medios de comunicación y asociación Besarkada, todos representados en la Comisión. A estos habría que añadir los servicios de emergencia y el departamento de Políticas Sociales, entre otros. Como ya se ha abordado en el desarrollo del protocolo, un mestizaje nada sencillo a la hora de diseñar la coordinación. Yendo un poco más allá, sabemos de una de las entrevistas que la Comisión fue diseñada como elemento clave para la estabilidad de la estrategia global.

> *P4: "Una de las propuestas que junto con algún otro departamento promovimos fue la posibilidad de que esto tuviera más estabilidad creando una comisión, un comité o lo que fuera en aquel momento. Algo un poco más estable para estar constantemente velando por la prevención de las conductas suicidas"*

El prestigio de la comisión trasciende lo que a título personal puedan referir sus componentes. Si reparamos a la representación de ésta en el evento que tuvo lugar en el Congreso de los Diputados el pasado 22 de febrero de 2019, para reivindicar un plan nacional, sabremos que su consideración es también externa.

> *P3: "la Comisión estuvo representada (…) por 4 de sus miembros*

Sin embargo, lo más evidente en torno a la Comisión es su valía y potencial humano, algo menos efímero que la novedosidad. Se trata de la parte humana de la estrategia, la parte más dinámica y personal. El compromiso de quienes la componen

se ha recogido en las entrevistas llegando a concebir la sensibilidad personal como catalizador del funcionamiento del ente.

> P1*. "era un chico que llevábamos entre varias en el centro de salud mental. (…) Aquello me marcó muchísimo. Me dejó muy amarga."*
>
> P2. *"y, les dije que si podía sumarme estaba encantado, no tenía ni idea de este tema. (…)*
>
> *P2." compromiso lo tienen todos, lo que pasa es que algunos tienen otros compromisos que están por encima de sus obligaciones profesionales. Están (…) que están muy enganchados. También lo sienten, lo llevan muy a dentro. Esa sensibilidad personal… llevas mucho más allá tú implicación. "*
>
> P6: *"Es una apuesta personal en ese sentido. Yo dejé el trabajo, y ahora estoy aquí. Cada vez más tiempo, porque cada vez llaman más personas."*
>
> P6: *"pero con la Policía Foral fue una cosa "entre ellos y nosotros". Es una iniciativa personal.* (…) *Me preguntó si estaba dispuesta a ir, y lo hicimos entre él y yo. ¿entiendes lo que te quiero decir? Pero no es de la comisión."*

Esta conclusión parece poder extrapolarse a ámbitos más amplios según lo apuntado por otro de los participantes en las entrevistas, conocedor del intento de desarrollo del Plan Nacional.

> P2*. "en policía Foral… es una persona muy implicada,"*
>
> Entrevistadora: ¿Ves avanzando ese plan nacional?
>
> *P2:" iba… con la anterior ministra. Ella era la consejera de sanidad de Valencia. Ella tenía sensibilidad personal con este tema. Entonces cuando la eligieron ministra fue una de sus primeras medidas que anunció. La elaboración de un plan nacional de prevención del suicidio."*

Da la sensación de que la implicación personal, la sensibilidad sobre el tema de suicidio de cada participante, resulta determinante en las iniciativas institucionales que vienen después. Si bien en lo que a la Comisión refiere no hay un conocimiento compartido sobre el comportamiento suicida, el fenómeno suscita muchas inquietudes subjetivas que hacen que exista una importante motivación en las personas que componen la comisión.

A este respecto, cabe ser mencionada una apreciación a título personal que sugiere un punto de vista distinto ante esta misma predisposición personal:

> P1. *"Pero no puedes hacer que los temas vivan de las personas y de su sensibilidad…"*

La participante 5, reconociendo esta característica del funcionamiento de la comisión, lo señala como algo negativo mientras que los demás hablan de ello con optimismo. Es algo curioso e interesante a su vez, ya que siendo cierto que esta implicación personal es clave para dar comienzo y vida a la iniciativa de responder ante las conductas suicidas, la estabilidad de un ente de esta categoría no podría depender únicamente de las personas individuales que la componen, ya que estas varían a lo largo del tiempo.

Hay una serie de aspectos que se han propuesto para la mejora de la institución. Varios participantes coinciden en la sensación de considerar que la Comisión está "estancada". Aunque con distintas expresiones, se desprende que de la potencialidad a la práctica, hay un vacío.

> P1. *"se ha dejado morir. ", "la Comisión está a la deriva."*
>
> P5: *"mi valoración es que hemos iniciado un camino que tiene todavía muchísimo recorrido, se inició en buen momento, seguramente en relación con otras administraciones, relativamente pronto, pero ha habido distintos ritmos de trabajo, y los últimos 2 hemos ido lento.*
>
> P6: *"veo insuficiente la propia Comisión, el contenido, es insuficiente. Llevan no sé cuántos años, y no… para mi es insuficiente. Hay que ampliar (…) está estancada."*

El valor del tiempo se presenta simultáneamente como explicación de esta dejadez y como raíz de una posible mejora. Todos los participantes compaginan la dedicación a la comisión con sus respectivas responsabilidades profesionales, lo que en más de una ocasión es descrito en términos de sobrecarga. De ahí que haya un acuerdo en apostar por una posible liberación o compensación del tiempo invertido.

> P2: *"En todos los ámbitos se podría hacer mucho más. Pero cuentas con las limitaciones del tiempo, las limitaciones de todas las funciones que tiene cada uno"*
>
> P1: *"Tienes que liberar a la gente, tienes que crear grupo de trabajo que tenga claro que esto se va a hacer."*
>
> P6: *"Para mí es un deber al que no se le dan recursos. Uno básico son las personas, y en primer lugar, que estas tengan tiempo." "El suicidio necesita tiempo."*

Otra de las propuestas mencionadas es la necesidad de dotar de contenido (conocimientos compartidos) y orientación (visión conjunta) a la Comisión. Cada profesional ha podido reflexionar sobre aquellas actividades y mejoras enmarcables en su campo particular, sin embargo, sin lograr una convergencia que supere esta fragmentación. En su mayoría estas visiones vienen de las participantes 1 y 6.

> *P1. "Para que la Comisión funcione tiene que trabajar en algo"*

P1. "yo creo que lo que hay que hacer es un parón un día. Una reflexión. Analizar las expectativas que tenemos. Establecer los objetivos de la Comisión. Volver a gestionarla y a crearla. ¿para qué queremos esta comisión, y qué se le propone a esta comisión? ¿qué trabajos tiene que llevar a cabo esta comisión? Y si no vale lo que ya se escribió sobre nosotros en 2014, habrá que reescribir los objetivos."

P6: "Y lo que quiero decir es que no hay un planteamiento global, uno desde arriba. Un "qué vamos a hacer"".

Por último estaría la necesidad de liderazgo. Esta representaría de algún modo la visión conjunta de la que carece la institución, lo que lleva implícito establecer las metas y expectativas que posibiliten el trabajo en equipo, a la par que potenciar los procesos de comunicación e integración en la toma de decisiones compartidas. El liderazgo es un catalizador, reúne e integra un trabajo fragmentado, y en la Comisión se requiere de esta figura, a la que solo refiere la participante 1 aunque de forma fundamentada.

P1: "Este tema necesita líderes. (…) También ha de haber un líder de ideas, que recuerde y sepa del tema, que tenga esa autoridad técnica para un tema en el que todo no vale, es un tema que levanta mucha angustia en la gente."

En conclusión, entre las limitaciones de la Institución han sido puntos clave identificados la falta de tiempo, la falta de recursos personales, una figura de liderazgo y tal vez, una orientación más marcada, pero también, según expresan algunos participantes, la mayor formación de los representantes y la protección de datos, junto con la lentitud del cambio dadas sus dimensiones.

P6: "¡vamos a hacer una confluencia! Que realmente sepan, puedan profundizar, convertirse en expertos."

P2: "la ley de protección de datos supone un freno a la hora de avanzar, pero es inevitable, claro. No puedes incumplir la ley."

P3. "La administración no está preparada para moverse tan rápido."

Muchas de las mejoras señaladas han sido descritas al referir a las siglas "LIVE" de la OMS, recomendaciones para un plan integral eficaz: liderazgo, intervenciones, visión y evaluación, eran valoradas, y, en este caso, aun requeridas.

1.3 Fenómeno suicida y realidad superviviente

1.3.1 Apuntes sobre el suicidio

Siendo complejo analizar todas y cada una de las cuestiones mencionadas y discutidas en las entrevistas, dada su extensión, se han escogido una serie de núcleos temáticos

a los que referir. Se incluirían indistintamente temas recurrentes en las entrevistas y matices o ideas que suscitan un interés especial.

A través de las entrevistas se ha conocido que el suicidio es un problema de dimensiones estimables para los participantes, además de comparable con otras causas de muerte, algo común en este fenómeno. La fragilidad de las bases de datos ha sido mencionada también por participantes relacionados con su recogida, que advierten, es dispar y confusa.

> P3. *"doblamos los muertos por accidente de tráfico"*
>
> P4: "*Lo que son las cifras de autopsia por muertes por suicidios en Navarra son efectivamente unos 50 al año, puede haber pequeñas variaciones, pero digamos esa es la media."*
>
> P4: *"entonces el INE tiene una información sesgada. Porque por un lado tiene, información de certificados de defunción que se rellenan y cumplimentan en casos de muerte violenta, pero como muerte natural que se remiten directamente al INE, cosa que no podría hacerse, porque cuando se trata de una muerte violenta no se puede firmar un certificado de defunción, se tiene que remitir al juzgado,"*
>
> P4: *"hay otros complicados. Por ejemplo, os accidentes de tráfico. Ahí ya se sabe, se repite, (…) decir que un 5% de los accidentes de tráfico son suicidios"*
>
> P1. *"tiene que entrar en el cribaje, tenemos que saber que, de los 300 pacientes al día, el 5%es una urgencia psiquiátrica, y de ese 5% un 0,5, más o menos, son intentos de suicidio."*

Del abordaje teórico del suicidio como problema de salud pública sabemos que dimensionarlo y contar con una serie de datos fiables es de gran importancia. Como se ha subrayado en el caso del Protocolo navarro, hacer frente a un problema primero requiere conocerlo, y en este sentido, las cifras son relevantes. Sin embargo, se nos plantean limitaciones a la hora de contabilizar dispares conductas, que fundamentalmente tienen por causa la descuidada recogida de datos: varias fuentes de información que no coinciden entre sí y suicidios que no se registran, especialmente en la tercera edad y en lo que a accidentes de tráfico se refiere.

El suicidio sigue suscitando, con todo, importantes preocupaciones. También plantea una serie de retos. Ambas cuestiones son una categoría escogida para ser analizadas, y encierran las siguientes líneas argumentales:

En primer lugar, el suicidio seguiría siendo concebido como un fenómeno misterioso y oscuro para la sociedad, lo que dificultaría comprenderlo como conducta producida por distintos factores.

P6: *"... no hay comprensión del fenómeno del suicido, de la mente del suicidio… comprensión en el sentido de que es un misterio."*

En segundo lugar, aparecería la soledad, objetiva y subjetiva, mencionada como factor de importancia en la génesis del comportamiento suicida por su frecuente incidencia.

P3: *"La soledad es la variable, la variable que aparece prácticamente en un porcentaje elevadísimo de todas las crisis personales. Incluidas las conductas suicidas. Es decir, si hay algo característico de una persona que está ideando en acabar con su propia vida es que se percibe sola. Entonces la soledad es… es curiosa, en una sociedad tan sumamente interconectada, y sin embargo la soledad está más patente que nunca, en gente joven, en gente de mediana edad, y edad anciana ya no te quiero ni contar."*

P3. *"Es que la soledad es una responsabilidad compartida"*

Como la última aportación sugiere, esta soledad no podría únicamente entenderse como consecuencia de una individual percepción distorsionada de la realidad, sino que tendríamos que reconocer, como sociedad, que convivimos con la misma. Supondría lo anterior que la falta de acompañamiento vital es una constante, y que, como con todo lo "común" sucede, no llamaría nuestra atención, aun siendo un problema de primera categoría. Podría esto incluso estar relacionado con la desesperanza, materializando la sensación de incapacidad de hacer frente a lo que nos pasa, si con quien únicamente contamos es con nosotros mismos.

Con los anteriores, un tema que genera gran alarma (reflejada en las entrevistas), son las conductas suicidas en la población más joven. Las autolesiones y, en general la ideación, estarían presentes en un alto número de personas que convertirían al colectivo en uno de riesgo. La alarma vendría dada por la temprana edad, por la frecuencia y también el pronóstico.

P1: "El problema de las autolesiones en los jóvenes es un problema que se nos ha ido totalmente de las manos. Hace un siglo no existía y ahora es casi una epidemia. La mayoría de estas autolesiones no tienen un fin autolítico, sino un fin ansiolítico. Yo me hago daño, y me calmo, me relajo."

P4: "Un ejemplo es el que digo, las muertes en jóvenes, que ya sabes es un tema que preocupa mucho, el suicidio en gente joven adolescentes"

P6: "las autolesiones están aumentando una barbaridad. Las autolesiones en jóvenes."

P6: "Si se detectan autolesiones en jóvenes vamos a abordarlo. Porque ese es el futuro... Si tú ahora de joven sufres psíquicamente tanto que tienes que herirte para rebajarlo, no está aprendiendo, y además funciona, aprende una forma lesiva para poder sanar un poco... ¿esta apersona qué recursos tendrá mañana?"

Como se desprende, esta preocupación exigiría una pronta respuesta, sobre todo, porque estaríamos ante personas aprendiendo de sus propias experiencias autolesivas como herramienta de afrontamiento. A ello se refiere la concepción de la autolesión "como método ansiolítico". Lo que la participante 1 sugiere con tal afirmación es que el plano desde el que entendamos estas conductas en los jóvenes no podría limitarse a intentar identificar una intención de dañarse, sino de más bien paliar algún tipo de preocupación o dolencia para la que no encuentran otra salida. La reflexión debería encaminarse, en este sentido, hacia la causa de tan intensas emociones en nuestra juventud, y en la falta de recursos personales y relacionales, sociales incluso, para el afrontamiento de estos. En este sentido potenciar la inteligencia emocional como herramienta preventiva podría brindar algunas oportunidades de análisis y abordaje.

La gravedad, igualmente, vendría dada por el inicio en estas conductas en una muy prematura edad, conociendo ya que los intentos y la ideación son factores de riesgo relevantes incluidos en este trabajo. En cuando a las tentativas autolíticas, convendría, según se ha recogido en las entrevistas, mejorar un sistema de recolecta de datos que permitiera contabilizar y registrar el alcance de éstas.

P1:" tenemos que ser capaces de contabilizar las tentativas autolíticas"

Todo podría englobarse bajo la necesidad de detección de conductas suicidas, que apunta a ser uno de los principales problemas y retos a los que reparar si se pretende una prevención general.

P6: "el gran problema del suicidio es la detección, tiene que haber más personas preparadas para detectar."

Con la identificación vendría la necesidad de seguimiento de casos y acompañamiento, reflexionando sobre la ineficacia de actuaciones puntuales ante una problemática de tan amplio espectro temporal y causal.

P6: "…y luego tiene que haber un seguimiento"

P1: "Vamos a mejorar la adherencia. Tenemos el programa de seguimiento.

La conducta suicida, pero sobre todo la ideación, requieren de un apoyo comunitario y asistencial prolongado en el tiempo, y por ello conforma uno de los retos mencionados en las entrevistas. Una forma de seguimiento ya mencionada sería el contacto telefónico, activo actualmente en Navarra.

La accesibilidad, anonimato y profesionalidad de los servicios de ayuda, esbozan asimismo lo que podrían entenderse como características de una efectiva red de apoyo para toda persona en riesgo.

P6: "los chavales tienen que tener un sitio al que acudir si sufren. Un tipo Teléfono de la Esperanza, aunque no creo que sea al recurso adecuado."

P3: "Podríamos decir que somos un primer eslabón. El Teléfono es una vía fácil, anónima, que muchas personas que no tienen un interlocutor válido en su vida, que no lo tienen, pues acceden y pueden contar lo que les está sucediendo."

El Teléfono de la Esperanza, en concreto, representa un servicio que reúne y promulga las tres cualidades, colocándolas en las bases de su servicio. Se trata de uno de acceso gratuito, anónimo y, como ha quedado evidenciado en las entrevistas, también profesional. Se identifica una importante relegación en el TE para aquello relacionado con la formación de profesionales, educativos o sanitarios, entre otros.

P3: "Esto es una ONG, al fin y al cabo, pero una ONG muy profesionalizada."

P3. *"tenemos un área de formación, no sólo para personas dentro del teléfono de la esperanza sino cualquier otra persona que se quiera formar. Dentro de otras instituciones, asociaciones u ONGs, nosotros aportamos información para aquella persona que lo necesite. Lo que pasa es que esas formaciones son muy profundas"*

P3. *"Sobre todo en el tema formativo, recae mucho en nosotros"*

El requerimiento de formación podría ser el nexo con otra de las categorías temáticas que refiere a los profesionales en contacto con conductas suicidas, donde además de ésta, se revela la necesidad de cuidado personal.

P1. "*el impacto que tiene en los equipos de trabajo es… porque además creo que a veces no se cuida tampoco mucho. Por nosotros mismos, ¿eh? Pero por no saber. "¿qué ha pasado?" ¡Cómo que qué ha pasado!, me podrás preguntar sobre alguna otra cosa, ¿no? Sale un poco el pedir información de primeras… (…) lo que te tienen que enseñar y ayudar, es a actuar con tranquilidad, y con muchísimo cuidado"*

P6: *"Para mí la formación tiene que ser obligatoria. Todos los psiquiatras, psicólogos y enfermeras tienen que saber sobre el suicidio. Tienen que tener una formación básica. Para mí es como si algunos médicos supieran reconocer los síntomas de un infarto y otros no. un problema de salud pública no puede ser opcional. Los maestros tienen montón de cursos optativos. Sin embargo, nadie les pregunta si quieren aprender a utilizar la pizarra digital, y sin embargo han tenido que tener una formación. Hay cosas que hasta que no consideremos el suicidio de tal calibre no cambiaremos"*

La participante 6 remarca, siendo interesante, que la formación de los profesionales vendrá de la mano de la priorización de la identificación de conductas y señales de riesgo suicida en el ámbito asistencial.

El profesional 4, al hilo de la disciplina científica y la preparación de los profesionales para la interacción, sugiere una formación añadida a la médica en su caso,

instando a focalizar en las habilidades y competencias personales para la comunicación con distintos grupos sociales.

> P4: *"Con la estructura que tenemos de universidades y facultades no hay otro sistema que el actual. Pero el hecho de que uno tenga una nota magnifica, no necesariamente le capacita para tener una capacidad de contacto adecuada con las personas"*

En todas las entrevistas se identifican dificultades a la hora de integrar los planos micro y macro en la gestión de conductas suicidas. Nos encontramos ante un fenómeno caracterizado por una vertiente vivencial y personal importante, y otra que aboga por la eficacia de protocolos, herramientas de evaluación de riesgo y similares. Algunas de las entrevistas apuntan a la peligrosidad de olvidar a la persona individual que sufre o precisa de ayuda entreteniéndonos en la labor de diseñar planes y estrategias. La eficacia de la actuación, en ocasiones, se apoya en la estandarización de datos, e inevitablemente, alberga un margen de error, también una actuación que busca una eficacia técnica y no asistencial.

> *P3. "podemos teorizar muchísimo, podemos hacer unos flujogramas maravillosos… pero si olvidamos que detrás de todo eso hay una persona que está pensando en quitarse la vida o intentando hacerlo no hacemos nada. Tenemos que pensar en esa persona individual."*

> *P4: "son muertes que al ser buscadas voluntariamente tienen un componente de prevención, tienen un componente evitable, que nunca será del 100%."*

> *P4: "hay procedimientos por los que la gente se extraña mucho. Cuando hay una persona a la que se le ha hecho una valoración de riesgo de suicidio, se ha dicho que no lo hay y luego se suicida. Pero claro, (…) son procedimientos en los que cubres una serie de ítems y que haces una valoración con un porcentaje de fallos, (…) no son datos objetivos como serían los datos médicos."*

Un entorno en la que estas diferencias serían evidentes es el judicial.

> *P4: "el entorno judicial y el médico legal, que a veces es complejo entender. No sólo por el vocabulario, sino por el procedimiento judicial, que es muy estricto y rígido, y eso, las víctimas, a veces les cuesta entenderlo."*

> *P4. "Al fin y al cabo es un tema muy brusco, agudo, y el contacto con un sistema rígido y cerrado, y que además tiene que ser así (…) porque el procedimiento debe garantizar una neutralidad y una investigación que si no se hace así desde el principio puede verse alterada."*

Por último, y sugiriendo un debate nada sencillo, estarían las cuestiones éticas de la gestión de conductas suicidas. Aparece en la relación más directa con las personas

en crisis una incapacidad de discernir entre la voluntad personal y la protección, incluso de uno mismo, por parte del entorno.

> *P1. "Qué quieres, ¿Qué la aten?... para que no se mate? Los profesionales de salud llegan hasta donde llegan, y a una persona no se le puede retener en contra de su voluntad para que no se mate."*

1.3.2 Análisis de la realidad del superviviente

Si en las entrevistas realizadas a los distintos miembros de la Comisión era una pregunta estándar "en qué medida entraban en contacto con el suicidio", no fue sencillo preguntar, retóricamente para dar comienzo a la conversación, cuál era el motivo de contar con la sexta participante.

> P6. *"Me entrevistas a mi porque me ha pasado. Fue algo absolutamente inesperado, era mi hijo, de 20 años."*

Madre de un joven que hace cinco años se quitó la vida, fue entrevistada con el fin de incluir lo que se recoge en este trabajo referenciado como "el *saber del superviviente"*. No obstante, además de aportar su conocimiento y experiencia desde esta perspectiva, Elena es también representante directa de la Asociación Besarkada-Abrazo, que reúne a personas afectadas por el suicidio de un ser querido, asimismo miembro activo de la Comisión Interinstitucional. Es, por tanto, fuente clave.

Como ya hemos podido conocer a través del marco teórico, la realidad del superviviente está condicionada por las duras características de duelo que sigue a la muerte por suicidio, y por ese motivo, la entrevista dedica un espacio sustancial a reflejar su vivencia.

> P6. "*Fue una bomba, que rompe absolutamente todo de ti. Todo. Mi visión del mundo, de mí misma, mi forma de vivir… Más bien, no es que cambiara la forma de vivir, es que pasé a estar muerta. Me arrasó completamente."*

> P6: *"Ninguna de nosotras nos lo imaginábamos. Y no es lo mismo estar alerta que no estarlo."*

Lo inesperado de la muerte, la onda expansiva de su efecto destructivo y su significación trascendental, dan nota de las primeras dificultades a mencionar, también presentes en la historia personal de la sexta participante.

> P6: "*Como todas las personas que estamos en duelo por suicidio, es difícil creer que volverás a vivir. Oía a veces a gente, y decía que yo no era así, que yo no podría. La verdad es que para mí fue mucho tiempo. Fue un duelo terrible, doloroso. Aquí lo fundamental es que te sientes culpable, directamente responsable. Sea hijo, sea*

esposo, sea quien sea… sentirte, yo lo digo así, aunque suene un poco… sentirte asesino. Es muy fuerte, sentirte asesino de esta persona, en este caso de mi hijo (…) Además, hay una soledad interna. Me ha pasado a mí. A ti no, y al otro no… me ha pasado a mí."

De este último fragmento son tan impactantes como verídicas las afirmaciones que refieren a la desesperanza y pérdida de la perspectiva de mejora, mientras que la soledad y el aislamiento, naciendo de ellos la incomprensión, parecen encontrar sentido en lo que después analizaremos como la *falta de un discurso social en torno a la muerte por suicidio*.

No pueden dejarse de lado la culpabilidad y el sentimiento de responsabilidad, analizadas teóricamente como algunas de las características más demoledoras del duelo por suicidio, menos aun contando con más referencias a estas a lo largo de la entrevista.

P6: *"Mi hijo se ha suicidado. No me minimices lo que tengo, porque tengo un dolor horroroso, y lo tengo porque me siento culpable de esa muerte, culpable cien por cien. No en un aspecto, no, en todo. Mi hijo se ha muerto por mi culpa, eso es lo que sentimos."*

Como se concibe, la culpa es un elemento distintivo en este duelo que no encuentra correspondencia con el entorno que tiende, por su propia inocencia, a equiparar distintas muertes a efectos prácticos de consuelo. Hemos podido comprender que, en muchas ocasiones, un intento originalmente bondadoso de aliviar el sufrimiento de los y las supervivientes lleva a personas cercanas a las dolientes a minimizar el significado de la muerte y a querer acelerar el proceso de duelo, aun siendo éste ya reconocido más largo que el habitual.

P6*: "Todavía estás en shock, estás traumatizado, y esto tiene unas connotaciones absolutamente diferentes. Estás en un trauma, un shock, por el que costará empezar a darse cuenta. El shock dura meses y meses. Me dices que ha pasado un año, pero para mí este año no existe. El cuerpo, el cerebro... me reproduce todo lo que he vivido como si estuviera volviendo a pasar. Eso la gente no lo entiende."*

Pudiendo tener por origen un desconocimiento generalizado sobre el fenómeno, que en este trabajo se ha plasmado por medio de los mitos y su popularidad, es importante dimensionar las consecuencias sobre el duelo posterior. Las expresiones de incomprensión en torno al significado que los allegados dan a la muerte por suicidio y a la duración del duelo, no son únicamente implícitas, como tampoco son inofensivas.

P6: *"Entonces es un duelo incomprendido. (…) Y que eso, lo único que causa es más dolor. Aumenta una barbaridad el dolor. (…) Esas son las consecuencias de no poder hablar adecuadamente."*

P6: *"Es un trauma, que, si no trabajas, se enquista. Y esto quiere decir que se mantiene totalmente vívido."*

Tal vez todo ello pueda explicar que el proceso de aceptar y gestionar una muerte por suicidio sea uno de los más asociados al desarrollo de un duelo complicado. Al hilo, ha de entenderse el mismo suicidio como alternativa considerada por, lamentablemente, un alto número de supervivientes.

P6: *"El 75% de personas en duelo por suicidio desarrollan un duelo complicado. Es de los porcentajes más altos que hay. Eso es así."*

P6: *"el mayor riesgo del superviviente es el suicidio. El mayor."*

Esbozada la profundidad de la cicatriz del doliente, debemos preguntarnos qué devolvemos como sociedad. La respuesta viene ya encaminada por la falta de comprensión y conocimiento a la que se ha referido, aunque la realidad va mucho más allá: El estigma y el prejuicio social son notorios en el relato de la persona entrevistada, conocedora de las vivencias de muchas otras personas en su misma o similar situación.

P6: *"Los esposos y las esposas tienen un juicio social más fuerte." (…) "Siempre hay juicio, pero más en esposos y esposas. La familia política va a juzgar."*

Dejando constancia más que clara sobre los efectos negativos de esta relación con el contexto, la sexta participante define la victimización secundaria y la dimensiona como realidad de considerable peligrosidad.

P6: *"Cualquier recriminación social de personas cercanas complica el duelo. (…) le estas echando mucha leña al fuego. Se habla de que la falta de apoyo social, continuado, crea un trauma que lo llaman secundario, pero que en importancia e intensidad puede igualar e incluso superar al original. Esta lidiando con dos cosas terribles, y no somos conscientes"*

De todo lo relacionado con la sociedad que envuelve estas circunstancias, se desprende una falta de discurso social en torno al suicidio. Es reiterado que como sociedad tenemos una deuda con un altísimo número de personas que, tras su pérdida, apenas han recibido silencio. Dando voz a miembros de la comisión se confirma esta tesis:

P2. "Entonces me llama la atención. Que le demos la espalda a una realidad tan extendida, que todos tenemos tan cerca."

P3. "Porque es que además este es un tema complicado, tanto que la sociedad sigue mirando hacia otro lado."

P3. "Besarkada, por ejemplo, son los grandes olvidados."

Para abordar su ausencia, eso sí, primero habremos de destacar la necesidad de dicho discurso, lo que no es difícil si únicamente escuchamos las palabras espontáneas que manifiestan la Invisibilización de este duelo y la premia de hablar.

P6: "El duelo por suicidio es muy atomizado (cada uno lo tiene en su casa, pero, así como hay asociaciones de viudas… del suicidio no hay, entonces no tienes posibilidad de conectar. Te ocurre algo que no existe. Cuando te ocurre algo que no existe, porque el suicidio era para mí algo lejanísimo, que ocurría en contextos muy desestructurados, todo lo que quieras, pero... en ambientes comunes, normales, no"

P6: "Una cosa fundamental es poder hablar."

No es una opinión personal, como la propia persona entrevistada reconoce, el decir que el duelo por suicidio es uno socialmente menos acompañado que otros. Como en su peor manifestación se han definido el estigma y el juicio social, sería preciso hablar de la incapacidad de compartir esta experiencia con el entorno, dificultando su incorporación a la biografía individual de forma adaptativa.

P6: "Un trauma no compartido socialmente se intensifica, y se cronifica. Tiene esas dos cualidades. El tema social es fundamental."

Dada la vuelta, esta moneda refleja la importancia de crear entornos de conversación donde se visibilizan los relatos de quienes han vivido una muerte así. Entre los motivos que llevaron a la superviviente a crear una asociación, está ese requerimiento de permitir hablar y naturalizar el duelo que recorren miles de personas sólo en Navarra.

P6: "Cuando te pasa algo y resulta que ves que a otro también le ha pasado, esa soledad empieza a mitigarse. (…) Me hubiera gustado saber que había personas cerca de mí a las que les había ocurrido lo mismo."

P6: "el tema es quitar ese… "a mí se me ha suicidado un hijo"; "a mí el marido", … y no pasa nada! Es más, voy con la cabeza bien alta. Pero altísima. Super alta. Y eso a la gente, que le pasa, también se le va empoderando. El hecho de que exista una asociación, aunque tu no puedas ir, te empodera."

Como se ha analizado en el marco teórico, el suicidio es, en realidad, un acto individual dotado de sentido social, y la ausencia de apoyo lastra a aquellas personas

que transitan el duelo, sobre todo por dificultar conversaciones informales que, se sabe, ayudan a ubicar y encajar la muerte en compañía.

Si volvemos a las premisas de este trabajo, encontraríamos la sensación o certeza de que algo está cambiando en un discurso social marcado por el tabú. Sin ser contradictorio a lo recién expuesto, otros participantes en las entrevistas reconocen los pasos que se van dando, de la mano de iniciativas, planes y actividades concretas.

> *P2. "Creo que la gente tiene ganas de saber, la sociedad."*

> *P2. "afortunadamente, la sociedad va dando pasos, y el tabú lo vais a diluir las nuevas generaciones mucho más rápido. Y vais a ayudar a construir…"*

> *P6. "Y eso quiere decir que la gente ya sabe más, ha oído más, y tiene nuestras referencias."*

Como puede leerse, alguno de los participantes incluso alienta a las generaciones más jóvenes a coger el relevo y apoyar la conversación pública en torno al suicidio que ya se ha iniciado. En estos fragmentos hay una cuestión que no podemos obviar; ¿quién es el promotor del cambio? probablemente, y sin referir únicamente a las personas entrevistadas, los propios supervivientes.

> *P6. "En una jornada de formación que hubo con la Policía Foral, (..) uno preguntó: "¿por qué ahora el suicidio?", y le dijeron, "(…) ya se está empezando a hablar…". Y yo sí, eso sí, pero no os olvidéis del papel que estamos haciendo los supervivientes"*

> P6. *"Yo creo que tenemos un papel muy relevante… desde que estamos se habla mucho más."*

Conforman otra categoría del análisis comprensivo realizado las necesidades de los dolientes por suicidio, también abordadas en el marco teórico. Habiendo ya descrito una de ellas, la necesidad de apoyo social, en concordancia con la revisión bibliográfica, se encuentra en la entrevista central también la referencia a la insuficiencia de información práctica, avalada por Beautrais (2004).

> P6*: "A una mujer se le muere alguien, y no tiene ni idea de nada, de tanatorios… ¡pues hay que ir! ¿Sabes lo que es estar arrasado? ¿Que tu pareja se muera y necesitar arreglar lo del entierro y no tener...? eso es brutal, me parece durísimo".*

No es común pensar en este tipo de necesidades, como sucede, por ejemplo, con la limpieza del espacio donde tienen lugar algunas de las muertes. Nos encontramos con que es la asociación que preside la participante misma quien aporta estos datos a personas sin orientación institucional.

Seguramente conocedora directa de las inquietudes y necesidades que quedan sin cubrir tras una muerte por suicidio, se vuelcan en la conversación una serie de objetivos y acciones llevadas a cabo desde la Asociación Besarkada-Abrazo.

- Impulsar el conocimiento social sobre el fenómeno suicida, frenar la estigmatización, alertar sobre sus causas y efectos, etc.

  P6: "dar formación… porque esto es producto de un tabú. De una historia muy larga de suicidio que dice qué hay que hacer, cómo acompañar. (…) Está haciendo mucho daño.

  P6: "la asociación lo verbaliza, estas juzgando sin darte cuenta a tu yerno a tu nuera, que sepas que es normal, pero que es producto de… e ir cambiando esto. Identificar que se está haciendo. Eso hay que cambiar, porque genera mucho dolor."

- Atender directamente a otros supervivientes y dar visibilidad al colectivo, como ellas hubieran querido.

  P6: "Entonces hacemos la atención individualizada, … lo que pone en el prospecto… y bueno, hay intención de hacer más cosas. Tenemos intenciones de ir complementando, no solo atención individual sino ir complementando, más allá del grupo de apoyo, hacer actividades…"

- Liderar, o al menos secundar de manera reconocida, el cambio del discurso social en torno al fenómeno.

  ENTREVISTADORA: ¿quién más puede dar esa información a la sociedad? Creo que es mucha responsabilidad para una única asociación…

  PARTICIPANTE 6: los profesionales.

  ENTREVISTADORA: ¿qué tipo de profesionales?

  PARTICIPANTE 6: los psiquiatras y los psicólogos tienen que salir a decirlo. Tienen que salir. Y cada vez que nosotros decimos algo, reforzar. Somos la lanza, creo yo, pero ellos tienen que salir a reforzar que todo esto es verdad. Si no se queda en el "pobrecitos", y no. no somos ni cuatro madres llorando ni cuatro esposos o esposas llorando. Esto es otra cosa, se trata de otra cosa. Se trata de saber. Pero claro, la sociedad da más importancia a los profesionales en ese sentido. Pero tampoco los profesionales sin nosotros, ¿sabes lo que te quiero decir?

- Colaborar e informar la prevención del suicidio desde su experiencia.

  P6: "Vamos a pelear por todo eso, por la dignidad del que sufre, del que está vivo. El que está vivo sufriendo. (…) que ha tenido un intento, (…) que se siente un bicho raro… queremos mandar esos mensajes: ¡no eres raro! No eres raro… eres, perfecto. Mandar ese mensaje, "no queremos que cambiéis". Nuestra experiencia es que a ellos les

hubiera gustado ser de otra forma para nosotros también. Y eso no queremos. Pues si eres una persona, con depresión, la tienes, no la quiero cambiar, te quiero como eres, si me das trabajo no me importa, lo doy por bien hecho."

P6: "Conciencia del riesgo de suicidio. Ninguna de nosotras nos lo imaginábamos. Y no es lo mismo estar alerta que no estarlo. Por eso no nos limitamos al duelo. Imposible, además"

Sin duda, un papel relevante en la sociedad, reconocido por otros participantes y miembros de la comisión.

P3. *"Por eso en una comisión de este rango que estén representados por un orden Foral… es muy importante."*

P3. *"Cuando se hizo en 2014* (el Protocolo interdepartamental) *los supervivientes no estaban. Y después empezaron a estar. Hasta que ahora forman parte estable de la Comisión, porque su aporte es fundamental. Si te reúnes con Eduardo te contará que, gracias al trabajo con Elena, con la asociación, ellos han puesto un Protocolo de intervención…"*

Es esta otra cuestión que ha querido abordarse en el análisis teórico y las entrevistas: el papel o rol que cumplen los propios supervivientes en ayudarse entre sí, y en liderar o secundar marcadamente la prevención pública del suicidio.

P6. "A nosotros nos han llamado personas dándonos las gracias, con ideación, por existir. Y no una, varias. Han llamado personas en este sentido a dar gracias por estar viendo lo que se imaginaban, pero no veían, que es el dolor que dejas. Eso no lo va a sustituir nadie."

La creación y existencia de la propia asociación es, según indica la participante 6, agradecido por personas en riesgo y familiares tras el fallecimiento de éstas. La propia existencia de Besarkada les empodera. ¿Por qué es esto así? Sin mucha necesidad de hilar conclusiones abstractas, porque responde ante tal invisibilidad de la que parten los dolientes.

Aquí retomamos las dos consideraciones desarrolladas en el marco teórico: 1) la urgencia de adaptar los recursos con los que contamos como sociedad para atender a un colectivo de riesgo como es este y 2) la necesidad de incluir a los supervivientes en el diseño de estrategias de prevención y acción. Sendos aspectos han sido abordados en las entrevistas.

Por un lado, la inclusión del colectivo Besarkada-Abrazo en la Comisión Interinstitucional es por sí misma reveladora de esta intención de conciliar los planos de actuación micro y macro: la vivencia personal y el diseño de protocolos institucionales.

Dar voz a los supervivientes, en la estrategia analizada, es un paso adelante que reconoce su presencia como necesaria.

Más allá, en Navarra se cuenta con un empuje de gran valor personal e institucional: el trabajo conjunto entre la asociación de supervivientes y el Cuerpo Policial Autonómico de Navarra, la Policía Foral. Este segundo invitó a Besarkada-Abrazo a trasladar su visión al colectivo, surgiendo de tal encuentro y trabajo conjunto un protocolo que adecúa la transmisión de información a las necesidades de los y las supervivientes. Siendo conscientes de que el momento de recibir la noticia de fallecimiento por suicidio de un ser querido reviste especial sensibilidad, se escuchó a quienes lo habían vivido en primera persona para intentar mejorar un compromiso sin duda complejo.

> P5. *"antes atendíamos todas las muertes judiciales de la misma manera (…) Fruto de esta reflexión en la que entendíamos que la muerte como consecuencia de un suicidio consumado tenía unas circunstancias especiales, elaboramos un protocolo de atención en suicidios consumados que está aprobado por el jefe, visto por la comisión, y divulgado a todos los agentes. Procuramos hacer formación y divulgación de ese protocolo para que todo el mundo lo conozca."*

Como el quinto participante (Comisario Principal del área de Investigación Criminal en citado cuerpo) explica, la obligación legal de recoger evidencias tiene que conciliarse con la necesidad de acompañamiento de las personas que acaban de recibir una noticia de mucho impacto.

> P5. *"Bueno, el protocolo, básicamente lo que hace es conciliar nuestra obligación legal, (…) realizar unas diligencias, y analizar si ahí realmente ha habido un suicidio, un accidente, o si ha habido un homicidio (…) hasta ahora era lo que hacíamos dejando a la buena voluntad del policía que iba al lugar poder afrontar la situación. La hemos complementado con una serie de directrices para tratar que ese gran shock que va a suponer para ese entorno, familiares y amigos, ese hecho tan traumático, tratar de aminorar el impacto que va a suponer. Aunque obviamente superarlo, no sé si se puede superar alguna vez… pero bueno, por lo menos que el trauma sea lo menos lesivo posible*

Es profundamente consciente, como lo son también otros participantes en las entrevistas, de las consecuencias negativas de un mal sistema, comprendiendo que se trata de un momento que las personas recordarán durante mucho tiempo.

> P5. *"Si, porque ese momento, de gestionarlo mal a lo mejor posible… hay una diferencia… unos traumas… todo eso se queda muy grabado en la cabeza. Ese*

momento va a ser revivido durante mucho tiempo muchísimas veces, por eso en la medida en la que lo gestiones bien, menos lesión va a generar."

P3. "los familiares pueden desarrollar un TEP, y la primera intervención que hace con ellos puede determinar el diagnóstico a nivel psicológico. Entonces tiene mucha más tela de la que parece. Depende como den la noticia dependerá que el pronóstico a nivel psicológico vaya por un lado o por otro. Entonces que la policía sepa cómo hacerlo, además de poner humanidad de por medio, tiene implicaciones absolutamente en todo."

Curiosamente, la segunda aportación o fragmento pertenece a la entrevista con un Médico Forense, también familiarizado con la tensión que caracteriza los momentos inmediatamente posteriores a la muerte por suicidio.

El objetivo es, fundamentalmente, no aumentar el daño. ¿Cómo? por medio de una serie de pautas aplicables al caso concreto, entre las que estarían, por ejemplo, dar la noticia directamente o de forma personal (evitando el teléfono) o procurar que la persona a la que se comunica la muerte esté acompañada de personas cercanas o personal sanitario.

El entrevistado explica que acuden como mínimo dos personas, a poder ser de paisano, y que las palabras que se usen para comunicar contarán con evitar hablar de suicidio antes de que éste sea confirmado. Las pautas a la hora de verbalizar la causa, advierte, dependen parcialmente de las habilidades de comunicación del policía. También describe la necesidad de identificar a una persona que pueda servir como interlocutor, sin verse del todo afectada, para las cuestiones prácticas que requiere la recogida de información y la comunicación de novedades conforme estas se vayan obteniendo.

P5. *"Tratando de ayudar, en definitiva, ayudando a esas personas que están ahí, compatibilizándolo con nuestra labor legal de investigar. Pero ayudar también. (…) no podemos desistir de la obligación, pero vamos a ayudar. ¿Cómo? Depende de las situaciones, que son distintas. Pero hay pautas que han de tratar de tenerlas en cuenta y aplicarlas en el caso concreto. "*

P5*. "no por teléfono, presencialmente. Igual no se puede en el 100% de los casos, pero es preferente. Procurar que en esa comunicación esté la persona apoyada de familiares directos, que no esté sola. Presencia de familiares lo más directos posibles, si no es posible amigos, sanitarios psicólogos, que puedan hacer que ese momento tan traumático sea más llevadero. A la hora de verbalizarlo hay una serie de pautas, aunque luego dependa de las habilidades del propio policía, que en el momento pues pueda dar. Pero bueno, procurar hacerle ver el motivo por lo que estamos ahí, el*

recorrido o circunstancias en las que se ha producido el hecho, procurar evitar la palabra suicidio hasta que no esté confirmado, y… (…) a partir de ahí sostener la escena como podamos. Con todos los recursos que tengamos."

P5. ***"Habitualmente son como mínimo 2 policías"***

P5. "*Otra pauta que damos a los agentes es que tienen que tratar de identificar a alguien en la familia que esté en condiciones mejores que sea interlocutor para todas las necesidades. Se va a necesitar información. Había nota, no había nota, a dónde se lo han llevado, quiero verlo, que me digan algo, alguien cualificado, y donde está, tanatorio, anatómico, hospital… claro, a partir de ahí es un fallecimiento, y uno empieza pensar cómo será el funeral, ¿quién nos dice algo?, por qué… circunstancias… ¿seguro que es un suicidio?, ¿no es seguro? ¿Un accidente?"*

En general, describe una situación muy complicada, con muchas preguntas e incertidumbres por parte de los familiares que cuesta sostener.

Existen también una serie de recomendaciones sobre el lugar en el que efectuar la comunicación, si bien lamentablemente, en muchas ocasiones es el propio domicilio y la persona allegada ha visto la escena, por ser ella misma quien ha descubierto y notificado el fallecimiento. Situación muy desfavorable para los familiares y amigos según el quinto participante de las entrevistas. En cualquier caso, explica que han de evitarse los lugares públicos y una imagen personal violenta (refiriéndose al uniforme).

P5. *"Cuando tenemos que dar la notificación son lugares diferentes y lugares distintos: dónde se desarrolla la escena del suicidio y donde tenemos que comunicarlo. Eso nos facilita que la persona no vea la escena, que creo que es favorable."*

P5. *"El lugar también es importante. Si está en una cafetería, la policía no puede entrar con el uniforme. Si se localiza a un hermano, por ejemplo, y "venga usted aquí". Pues igual mejor en paisano, a través de un contacto para que se persone en un lugar más adecuado, que no sea en la calle…"*

Cuando se le pregunta por los límites de la empatía en estas situaciones, el participante reconoce la necesidad de relativizar cualquier reacción y apoyar en todo caso.

P5. *"Hay que comprender, le van a salir todo tipo de sentimientos a las personas. y sean los que sean hay que comprender, comprender que esa persona está en un momento de shock, y que cualquier cosa que diga es lo lógico. Son personas normales en situaciones anormales, por lo que hay que comprender que cualquier cosa que diga es normal. Mucha comprensión, y ahí, el estar, estar ahí hasta que… claro, una vez pasan las horas, y la persona está con familiares, esa persona está sostenida."*

En definitiva, una articulación compleja y hasta cierto punto subjetiva, pero para la que indudablemente se han puesto medios con el objetivo de mejorar la atención al superviviente. La valoración de esta apuesta en el ámbito concreto de la comunicación del suicidio es notablemente positiva.

> *P1. "(…) se lo dicen muy bien, porque ya tenemos policías formados, no tienes más que preguntar a los familiares qué dicen ahora y qué decían antes… Aquí ya hemos ido trabajando."*

Siendo esto un ejemplo de tal adecuación del entorno social al proceso de duelo, quedaría reflejar la mención a la necesidad de incluir a los supervivientes en el diseño de estrategias de prevención y acción.

Por otro lado, pues, tanto en las entrevistas como en el marco teórico, ha sido importante prestar atención al conocimiento que estas personas pueden aportar a la gestión de conductas suicidas. Una mejor notificación del fallecimiento que proteja a un colectivo de riesgo, la difusión de señales de alarma que éstas no supieron reconocer, el diseño y la oferta de servicios que se ajusten a las necesidades de quienes piensan en morir o ven a alguien hacerlo, serían algunas de las medidas en las que aportar.

> *P6. "Reivindicar muchísimo el papel del superviviente, (…) a nivel general… no se valora. Reivindicar otro saber, otro papel en el superviviente. No sólo alguien a quién curar y tratar, es alguien que tiene muchas cosas que decir, y está a tu nivel. … para todo el tema del suicidio*

Si hasta este punto hemos podido conocer la falta de apoyo social y la profunda sensación de incomprensión, el desencuentro con un entorno que parece no entender qué supone perder a alguien por suicidio, a partir de este centramos la atención en una vía que se reitera como necesaria: los espacios dedicados a la interacción entre supervivientes.

> *P6. "Una cosa fundamental es poder hablar. Te vas a repetir como una matraca. (…) Tienes ahí tal bolo que es una necesidad. Hablar de mi hijo, hablar de él, hablar de él… hablar de cómo estoy yo, llorar. Cómo pude hacer esto, lo otro... llorar una y otra vez. La gente te va a decir que no eres culpable, pero yo no me lo creo. Entonces no me lo creo. La otra persona, que se siente igual de culpable que yo, me escucha."*

Como ya se ha analizado en el marco teórico, el contacto con iguales parece ofrecer unos niveles de empatía superiores, sanos en la elaboración del duelo.

> *P6: "Y esto, por mucho que yo te lo cuente, como psicólogo… no es lo mismo. Te lo está diciendo otra madre, u otra esposa... y empiezas a oír cosas de alguien que te llega más."*

Todo esto se materializaría en los grupos de ayuda mutua y las asociaciones de personas afectadas por un mismo problema, formas asociativas que buscan dar una alternativa a la carencia de servicios públicos que suplan las necesidades comunes. Se situarían en un espacio intermedio entre la atención doméstica y los dispositivos institucionales que desarrollan formas horizontales de ayuda.

De manera global, su creación y existencia se relaciona a mencionada falta de atención personal o pública a una serie de carencias, de la que surge la necesidad de buscar soluciones en otro lugar. Con estas, podría considerarse también el debilitamiento de las estructuras cuidadoras tradicionales, como son la familia y la vecindad, que especialmente en el suicidio se ven afectadas por el impacto de la muerte.

En general, la propia identidad de los supervivientes se ve afectada por lo ocurrido y la autoestima decae conforme afloran sentimientos de culpa y responsabilidad. Con ello, la necesidad de incorporar nuevos conocimientos y herramientas para mejorar el manejo y la aceptación de uno mismo y de lo sucedido sería motivo para asociarse en grupos formados por iguales, fuente de tal saber. En general, se observa, trabajando sobre todo el plano emocional, que los grupos de ayuda mutua se basan en la redefinición de la situación vivida a través de los procesos de intercambio entre los miembros, lo que incluye la transmisión y construcción den nuevos saberes como los citados.

> *P6: "la OMS, y EURÉGENAS, tienen un documento donde se expresa la necesidad de crear un grupo de apoyo. Es una herramienta valiosísima en el duelo por suicidio"*

1.4 Aportaciones de la Autopsia psicológica (AP), la educación emocional (EE) y la victimología

1.4.1 AP como instrumento para la recogida de información en casos de suicidio.

Como hemos podido conocer a través de la revisión bibliográfica, la autopsia psicológica (AP) es una valoración retrospectiva de la personalidad y biografía de una persona ya fallecida. Igualmente, conocemos ya que es discutida su aplicabilidad al caso del suicidio.

Si recordamos que se trata de una guía para investigar la muerte que se caracteriza por su naturaleza retrospectiva e indirecta, según García-Pérez (1998), son tres los aspectos a considerar: 1) la utilidad general de la herramienta, 2) la metodología y profesionales a implicar y 3) el efecto sobre las personas que se aplicará, mayormente, allegados.

A juicio de una de las personas entrevistadas, los 50 fallecidos al año y la proximidad física de los profesionales que pudieran intervenir en estos casos, representan una dimensión abarcable para conseguir un conocimiento exhaustivo y profundo de la casuística suicida en Navarra. Para este fin, sugiere la idoneidad de la AP.

> *P1. "tenemos que saber quiénes son y qué había detrás. Y para eso hay un procedimiento que está validado, que existe, que está validado, que nos puede abrir un montón de conocimiento… "*
>
> *Entrevistadora: ¿Hablas de la autopsia psicológica ¿verdad?*
>
> *P1. "Si."*
>
> *P1. "¿por qué no proponemos meternos en el instituto de medicina legal? ¿que en nuestro caso es pequeño y tenemos buenísima relación con ellos?"*

La herramienta representa, a su vez, una potencialidad explicativa del caso concreto que podría servir para facilitar la elaboración del duelo de una muerte muchas veces inesperada.

> *P7. "Y además… dar salida a la familia. Que no se les da ningún tipo de salida. Y esto es un gran tema"*

Opción, que, en sentido contrario, encuentra importantes limitaciones o cuestionamientos. Otro participante en las entrevistas considera que no es necesario recurrir a la sistematización de la AP para saber si se trata de un acto suicida cuando se cuenta con antecedentes clínicos que ponen en evidencia el riesgo, obviando, tal vez, que comprender el fenómeno va más allá de confirmar una patología subyacente.

> *P4: "Pero eso es simplemente guardar que tienes datos de antecedentes, de la persona que ha tenido contacto con salud mental, y que bueno, pues la patología que tiene."*

En cualquier caso, este mismo profesional cuestiona también la utilidad que pueda tener de cara a los allegados. A la variabilidad suicida, dice, se añade la variabilidad de reacciones y afrontamientos del entorno, para quienes no siempre existe una necesidad de satisfacer esta información.

> *P4: "Luego habrá que preguntarse hasta qué punto el profundizar o no ayuda a la familia. Tú lo ves desde fuera, desde el punto de vista profesional y de investigación, pero tienes que plantearte el escenario de revictimización."*

Con estas ideas se abre el debate acerca de la verdadera finalidad y aplicabilidad estandarizada de la herramienta, que atraviesa dimensiones científicas,

éticas y deontológicas complejas y no siempre convergentes, y la preminencia de unas sobre las otras. A partir de ahí cabría preguntarse hasta qué punto satisfacer una necesidad de exploración científica puede sobreponerse al derecho a preservar y respetar una privacidad, tanto de la persona como de la familia. Y ahondando… ¿se estaría impulsando un procedimiento que presupone la necesidad de información de todas las familias y entornos? ¿Estamos dando por hecho que la explicación alivia a familiares y amigos?

> *P4: "Por eso es importante saber que quiere la otra parte. Ves que hay gente que viene, pregunta, insiste… y otra que no quiere saber absolutamente nada."*

La autopsia psicológica implica una exploración y explicación por naturaleza causal del comportamiento suicida, dando por hecho que ésta dota de significado y sentido la muerte para la elaboración de su duelo. A todas luces, esta explicación causal es del todo insuficiente si no se considera junto con la posibilidad de acompañamiento. El alivio no depende sólo de la obtención de datos, sino que se sostiene sobre elementos relacionales de decisiva importancia también. Debemos considerar asimismo que, en ocasiones, esta explicación, lejos de aliviar o ayudar a comprender la muerte, podría exacerbar el sentimiento de culpabilidad, entre otros.

> P4: "*Cada uno reacciona de una manera. Somos muy complejos. El ser humano… Cuando alguien se muere en su casa solo, y ves que tarda días en aparecer… ves cómo son las relaciones en las familias. Sin juzgar a nadie, pero así es la vida. Hay gente que busca justificar lo que ha pasado, hay quien no quiere saber nada, hay gente que busca un culpable..."*

Más allá de cuestiones que atañen a la relación entre dimensiones éticas y científicas, si bien relevantes, aparece también la duda sobre la existencia de una verdadera herramienta ya diseñada. Refiere esta duda a cuestiones metodológicas como la atribución de la tarea de recoger la información a uno u otro profesional (psicólogo, forense, policial) y ámbito (asistencial, judicial, policial…), ya que cada uno, evidentemente, accede a datos fragmentados.

> P4: "*Nosotros no tenemos experiencia como instituto. (…) Hay campos que pertenecen a la investigación criminal, (…) A quién le importa es a la familia. Por eso pertenecería al ámbito asistencial y social.*

En la misma dirección estaría considerar, por parte del entrevistado 4, que no hay acuerdo en el contenido de la exploración.

P4. *"primero hay que definir qué es la autopsia psicológica. Cuando tú defines que es un procedimiento, una autopsia, eso está definido. Yo sé lo que tengo que hacer. Abrir las cuatro cavidades, recoger determinadas muestras, hacer análisis exhaustivo de…"*

Por el contrario, en el análisis teórico de la aplicabilidad de la herramienta se ha aproximado cuáles serían los elementos indispensables sobre los que ha de averiguarse información. Citando a De la Vega, Arcenegui y Moreno (2018), se ha sugerido la recogida de datos sociodemográficos de la persona fallecida, datos sobre su trayectoria vital, sobre su entorno familiar, relaciones sociales y antecedentes psiquiátricos, sobre contactos con servicios sanitarios, cambios significativos en los meses previos, factores estresantes recientes, hábitos tóxicos, detalles sobre la muerte y antecedentes de suicidio, tanto propios como del entorno. Todos los campos han sido igualmente detallados en el anexo 1.5, especificando qué debe investigarse en cada caso, por lo que no podría decirse que no hay abordaje alguno del contenido temático recomendado para la investigación.

En cualquier caso, es acertado afirmar que no existe consenso global ni en el contenido ni en la herramienta a utilizar. En la revisión bibliográfica se han conocido dos de los instrumentos que se vienen utilizando para conseguir estos datos y sistematizar la tarea, el MAPI (*Modelo de Autopsia Psicológica Integrado), y* la SSIPA (Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy). Incluso, como se detalla a continuación, siendo herramientas ya validadas y valoradas de forma muy positiva, no existe un uso global de ninguna.

El primero, que permite un abordaje muy amplio, es un modelo que fue validado por su autora de 1990 a 1996 (García-Pérez, 1999, citada por (Rodríguez, 2010)), y es muy positivamente valorado por autores como López (2015), que considera que es "el modelo más completo utilizado actualmente, que puede servir de referencia para futuros cuestionarios de autopsia psicológica" (pág. 11). La segunda entrevista, de Werlang y Botega (2003), fue también validada y traducida al castellano por García-Caballero y otros (2010) confirmando su fiabilidad y utilidad para el estudio de casos individuales y factores que contribuyen al suicidio".

1.4.2 Educación Emocional como herramienta para prevenir conductas suicidas

El séptimo participante es profesor de formación profesional en un ciclo de atención a personas en dependencia, y aunque no ha tenido especial contacto con conductas suicidas en su ámbito profesional, es entrevistado por su familiaridad con la educación e inteligencia emocional.

Se comienza por discernir si, como el entrevistado considera, la sociedad actual es más emotiva que emocional; es decir, si está basada en reacciones cargadas de emotividad, de gran intensidad y corta duración, escasa regulación y vinculación personal posterior.

> P7: *"Estamos en una sociedad que no es emocional. Es emotiva. (…) la experiencia intensa de emoción, pero sin regulación. Sólo hay una experiencia intensa. Vivimos en una sociedad en la que experimentamos emociones, pero no se trabajan. (…) Estamos experimentando que hay montón de mujeres que por diferentes zonas del país están siendo agredidas. No nos podemos quedar sólo con salir a la calle y decir "¡qué está pasando!" sino que como sociedad tenemos que hacer una regulación de esa emoción y gestionar lo que está pasando."*

Asimismo, en su argumentación considera una ausencia global de espacios en la sociedad donde abordar las emociones y los sentimientos.

> P7. *"Nos estamos acostumbrando a que las cosas complicadas que nos pasan, los sufrimientos, no se comparten. Acostumbrándonos a no compartir las realidades complicadas, o si se comparten, es de forma emotiva. (…) y que bueno sería poder ofrecer un espacio donde compartir situaciones vivenciales, después de un intento de suicidio".*

En relación a la conducta suicida, se contempla la posibilidad de equiparar tal emotividad a las reacciones que siguen a una muerte por suicidio: situación con una altísima carga e impacto emocional sin manejo integral posterior.

> P7: "*Con el suicidio pasa lo mismo, son picos emotivos y nada emocionales. Son picos. Cuando se da un suicidio, y más en el ámbito de los adolescentes, (…) en el ámbito donde se produce hay un subidón emotivo tremendo, porque la situación es muy extrema... es emotivo en los compañeros de clase, en la familia por supuesto, en profesorado, amigos… "*

En la entrevista se menciona que existe una posibilidad/necesidad de trabajar la IE en estas situaciones, para elaborar, entre otras cosas, el duelo. Uno que se prolonga y trasciende los actos rituales de despedida que suelen tener lugar, que si bien concentran y reúnen una reacción social que acompaña a la pérdida, tienen una escenificación puntual.

> *P7: "es muy bueno ver los rituales de despedida: acude muchísima gente, se hace esto de las velas, de actos multitudinarios en los centros de homenaje, de reconocer… pero eso se acaba, y, después ¿cómo se gestiona? (…) Igual en lugar de poner velas, podrían escribir cada uno cómo se ha sentido, y guardárselo. Y abrirlo la semana que viene, ver desde cómo lo has sentido hoy, a la semana siguiente… igual los que somos capaces de poner un espacio de velas, tendríamos que ver si a los cinco días somos*

capaces de retirarlas. Que sea una forma de trabajo con esa situación, bajando el pico de la emoción y regulando lo que ha pasado. Un elemento es que hay que superar el duelo, y el duelo es que las velas no pueden estar ahí eternamente."

Lo que el entrevistado plantea es la oportunidad que brindan los rituales mencionados para trabajar la inteligencia emocional y, a su vez, elaborar el duelo que prosigue al fallecimiento.

También en relación al suicidio, aunque esta vez refiriendo a quien corre riesgo de llevarlo a cabo, se planeta si trabajar la adecuación del pensamiento y otras habilidades emocionales ya abordadas en el marco teórico, podría aportar ciertas herramientas ante situaciones y pensamientos ligados a las crisis suicidas. El entrevistado 7, responde afirmativamente.

P7: *"Creo que esto, en el ámbito del suicidio, puede ser un gran factor protector. Trabajar el cambio de pensamiento y de emoción: ¿cómo dar la vuelta a mi pensamiento para que mis emociones y mis acciones sean diferentes?"*

La inteligencia emocional, en definitiva, es abordada a lo largo de la entrevista como tal capacidad de conocer y gestionar nuestras emociones con el objetivo de sacar un mayor beneficio de estas, haciendo que nos protejan en lugar de echar por tierra nuestras aspiraciones.

P6: *"Si se detectan autolesiones en jóvenes vamos a abordarlo. Porque ese es el futuro... Si tú ahora de joven sufres psíquicamente tanto que tienes que herirte para rebajarlo, no está aprendiendo, y además funciona, aprende una forma lesiva para poder sanar un poco... ¿esta apersona qué recursos tendrá mañana? Para mí el tema de la Inteligencia Emocional es fundamental. Fundamental."*

En la adolescencia se aprenden muchas cosas en relación a las emociones, y la primera, es cómo nos vamos a relacionar con ellas a lo largo de nuestras vidas. Si bien nada es definitivo, escoger entre las más sanas formas de afrontamiento de situaciones adversas, es una base esencial en prevención. Esto es recordado en una de las entrevistas realizadas en el marco de la Comisión Interinstitucional, en concreto, en la realizada a una superviviente:

P6: *"Si se detectan autolesiones en jóvenes vamos a abordarlo. Porque ese es el futuro... Si tú ahora de joven sufres psíquicamente tanto que tienes que herirte para rebajarlo, no está aprendiendo, y además funciona, aprende una forma lesiva para poder sanar un poco... ¿esta apersona qué recursos tendrá mañana? Para mí el tema de la Inteligencia Emocional es fundamental. Fundamental."*

Entendemos del anterior fragmento que una educación emocional fructífera protegería, de cierto modo, de emplear y mantener estrategias de afrontamiento que se basan en la autolesión.

El eje de este apartado era encontrar la utilidad de la IE como factor protector ante el suicidio, y de la entrevista al participante 7, especialmente, se deduce que se trata de una caja de herramientas ante situaciones desfavorables. En esta dualidad entre emoción y sentimiento planteada en la sociedad general, habría que apostar por potenciar la elaboración de los segundos en la esfera más individual, permitiendo una mayor perspectiva y distancia ante emociones explosivas e intensas que obturan la búsqueda de escapatoria ante la desesperanza.

> P7: *"Hay que poder trasformar una realidad en otra. Que aprendamos a vivir más con el sentimiento* (VS emoción)*, que, aunque con menos intensidad, (…) puede durarnos más. Supone más trabajo. Esto es lo que trabajo con la IE, y creo que es un factor de protección frente el suicidio…* "

> P7. *"ayuda a la prevención del suicidio porque da herramientas a la persona para afrontar las situaciones que viven, sean cuales sean. Por un lado, para identificar lo que vive, darle un contexto, y por otro por permitirle según el caso pedir ayuda si la necesita"*

Entre las formas de trabajar la inteligencia emocional propone lo que denomina rutinas emocionales, además de otras actividades específicas.

> P7. "*si todas las semanas los días escribes cómo te has sentido y tal, realizas una rutina emocional. Vas cogiendo el hábito de escribir cómo te has sentido. Es una rutina que habría que integrar en la vida ordinaria. Luego hay actividades específicas."*

El participante número 7 da una serie de ejemplos de ambas, esbozando su forma y utilidad. Las rutinas serían, por ejemplo, el silencio, la respiración, el diario emocional (que ha de ser rutinario y escrito), la desidentificación, la reevaluación positiva y el agradecimiento. En concreto, el diario y la desidentificación buscan ayudar a coger cierta perspectiva sobre cómo nos sentimos, facilitando regular las emociones. La reevaluación positiva y el agradecimiento, por su parte, pretenden enseñar que toda emoción tiene una utilidad y resaltar las positivas, muchas veces ignoradas. Para todo ello es importante, de cierto modo, trabajar la identificación emocional.

> P7. *"empezar las clases con silencio (…) no llega a dos minutos de silencio, o sea, no pierdes tiempo de clase, pero los chavales y las chavalas bajan la pulsión, se relajan y centran más con ese silencio"*

> P7. *"Siempre escrito. Cuando uno escribe coge distancia, y esta reflexión se queda ahí."*

P7: *"La desidentificación supone dar distancia a la situación y relativizarla."*

P7: *"la reevaluación positiva se basa en pensar qué has sacado de positivo de una situación dificultosa"*

P7: *"para el suicidio creo que pude ir muy bien. Significa ser capaz de agradecer todos los días algo que se haya vivido."*

P7. *"es importante hacer actividades de identificación emocional, cómo se sienten. Se hace en infantil, cuando se sube del patio, (…), o al empezar la mañana, en corro. Se habla de cómo se han sentido, con quien han jugado, si ha habido algún compañero solo… todo esto llega a primaria y se acaba. ¿Por qué?"*

P7: *"Cuando tenemos una emoción buena, es lo que nos han enseñado de pequeños cuando hacemos algo bien: es lo que tienes que hacer. No, también hay que aprender a disfrutarlo. Llevarte esa emoción buena a casa es un factor protector frente a tener una cosa mala. ¡Mismo peso!"*

Las actividades específicas englobarían el trabajo de la "compasión" y la comprensión de sus 3 elementos principales: la atención plena, la humanidad compartida y la autocompasión. Estas dos últimas vertientes ayudarían, en su relación con el suicidio, a promover la ayuda y empatía con toda persona que estuviese pasando por un mal momento, y al mismo tiempo, potenciaría una herramienta fundamental para personas sumidas en la desesperanza: la posibilidad de pedir y buscar ayuda.

P7. *"se ha metido mucho en la compasión, viéndola como una realidad que trata de identificar el sufrimiento de otro, más allá de la empatía, identificar el sufrimiento del otro e ir a resolverlo, intentar paliarlo. La compasión tiene tres elementos muy importantes: 1) la atención plena, estar atentos a lo que tenemos delante (…) 2) humanidad compartida, que quiere decir que lo que yo estoy sufriendo, otro lo ha sufrido antes y lo sufrirá después (…) y autocompasión. (3), que esto nos han enseñado. Tengo que identificar cuándo estoy mal y salir a mi encuentro para resolvérmelo. Yo no puedo ser compasivo si no soy autocompasivo. Ser yo capaz de, estando mal, trabajar para estar bien, es una herramienta de gestión emocional*

P7. *"Para el suicidio trabajar la realidad de la humanidad compartida podría ser muy útil."*

Con todas ellas ha quedado patente la importancia de la formación de docentes en inteligencia emocional, para básicamente, poder transmitir este conocimiento a sus alumnos por medio de la educación emocional (EE).

P7: *"la Educación emocional sería el trabajo educativo de la IE. Como los programas educativos. La IE es una inteligencia como muchas otras, y hay programas educativos diseñados para desarrollarla. Es como si fuera la inteligencia matemática: la destreza*

que tenemos para movernos en el mundo de los números, el mundo matemático, y la educación matemática aquellos programas que hacen que yo la trabaje y desarrolle."

P7: *"me parece que el profesorado tiene que tener unas herramientas que sepa transmitir al alumnado. (…) si no las tiene él, es difícil que las pueda transmitir."*

Los Planes de Actuación Tutorial (PAT), documentos que establecen el contenido y curso de las tutorías en un centro educativo, parecen ser el lugar idóneo para ubicar el desarrollo de esta habilidad. Por medio de ellos, se estaría asegurando la rutina con la que se trabaja la misma en el ámbito educativo y su priorización. Enmarcarlas en un modelo y darles peso suficiente, es en este caso esencial. Una forma de darles valor es hacerlas actividades evaluables y colocarlas, en el horario lectivo, en un espacio que no sea infravalorado.

P7. ***"****Sería muy necesario que hubiera programas de IE, no una actividad, sino tenerlas incluidas en los Planes de Acciones Tutoriales"*

P7*. "no ver una película, sino tener actividades regladas, trabajar cada viernes una emoción… tendría que estar, desde un marco teórico, el que quieras, establecida una batería de actividades. Y luego, evaluadas. Ver cómo están los chavales al principio de IE, y cómo están al final. Igual que hacemos en matemáticas, cómo llegan y cómo acaban, habría que verlo aquí también, ¡lo mismo! Tener un test, y ver su realidad."*

P7. *"sobre todo para que los chavales vean que es una actividad que se evalúa, que no se queda en la tutoría. Y luego está eso, las tutorías los viernes a última hora, cuando todos estamos pensando en que ya se ha acabado, y en no hacer nada. ¿por qué no se han planteado hacer la tutoría un martes a primera hora? El martes a segunda hora. y que tenga un peso como el resto de las asignaturas, incluso que esta tenga un peso en la nota. Vamos a construir rúbricas en las que veamos cómo participa el alumnado, vamos a meterlo en los sistemas de calidad que tienen ahora algunos centros."*

Así, la necesidad de pautar y estandarizar las actividades propuestas sería evidente, si bien no encuentra reflejo en la actualidad.

P7. *"Se utiliza menos de lo que se debería. En educación funcionamos mucho con apagafuegos, hay muchos protocolos para cuando han sucedido cosas. Hay protocolos frente al bullying, cuando ha habido o se prevé que hay una situación de bullying. Hay más protocolos "después de", que "previos a". Preventivos"*

Por un lado, existe un "déficit" en la formación universitaria de personas que trabajan en el ámbito educativo en relación a la IE, por otro, la EE simplemente no se prioriza desde las leyes que reglan el sistema educativo. En general, el peso que se le

da a la educación emocional en el centro y el aula concreto podría estar dependiendo del criterio personal.

> P7. *"es un déficit, que en las escuelas de magisterio no haya una asignatura específica que se llame inteligencia emocional."*

> P7. *"Si desde educación se instase, se obligase, a incluir formación en IE en los PAT, ahí estaría la prioridad."*

> *P7. "lo que pasa es que este depende del factor personal. Del equipo directivo. Si cree en estas cosas lo potenciará, si no, no. Si prefiere la técnica informática potenciará que haya mucho ordenador en el centro… y así."*

Por último, se incluye un apunte sobre el suicidio en la adolescencia comentado por la persona entrevistada, que esboza un factor que ha podido identificar en base a su experiencia: la adopción, de la que dice, pueden surgir sentimientos de abandono.

> P7. *"en nuestro quehacer docente nos hemos encontrado con personas adoptadas, en la adolescencia, con situaciones muy complejas. Aflora el sentimiento de abandono… y descubren unas situaciones que les cuesta amucho integrar. Esto sí que nos lo hemos encontrado."*

1.4.3 Victimología como ciencia con aptitudes en la labor asistencial que requiere el suicidio

El siguiente epígrafe tiene por base la bibliografía consultada en el marco teórico y la entrevista realizada a una docente en la Universidad del País Vasco, profesora en las asignaturas de Política Criminal y Victimología y Doctora Investigadora permanente del Instituto Vasco de Criminología. Se intercalan también observaciones extraídas de otras entrevistas, especialmente en relación a la realidad superviviente, dado que es un punto central a mencionar aquí. El fin, es claro: ahondar en la aportación que puede realizar la victimología al abordaje del suicidio y a la respuesta ante la realidad superviviente. A continuación, se busca pues integrar y fusionar la teoría consultada con la información recogida en las entrevistas.

El marco teórico incluye una perspectiva del suicidio como forma de autovictimización. Sabemos que el fenómeno es objeto de estudio en victimología a través de una designación amplia del término "víctima". Así mismo, se ha reflejado cómo el saber victimológico, en el trato con personas afectadas por el suicidio de un ser querido, y con aquellas supervivientes al comportamiento en sí, tenía una serie elementos que aportar. Entre estos se encuentra el interés por las características de este grupo poblacional, con el fin de adecuar y guiar el diseño y la accesibilidad de

recursos y servicios para el mismo. Al hilo, se trata de un enfoque que cuenta con herramientas aplicables al estudio de esta realidad: las encuestas de autovictimización.

Complementando lo anterior, y dando un paso más allá, lo primero que se refleja en las entrevistas realizadas es la complejidad y sensibilidad que exige el trato con personas que sufren, donde cabe ubicar a aquellas que han perdido a algún ser querido por suicidio.

> P2: *"Son ya veinte años -sobre todo los últimos quince años- en los que tengo que relacionarme de una forma más o menos continua con personas que han perdido a un ser querido en una muerte violenta (accidentes, crímenes...), víctimas de delitos, acusados... Personas en definitiva que se encuentran en una situación vivencial muy delicada y a la que tienes que acercarte con mucho tiento, mucha sensibilidad y mucho respeto"*

A lo largo de las distintas conversaciones, se han volcado algunas indicaciones y máximas para el mejor acercamiento posible a este grupo poblacional.

> P6: *"No criticar. Si escuchas, si no juzgas, ni intentas que vea las cosas diferente, sino que le invitas a seguir hablando de ello… es fundamental*
>
> *P2: "pero poco a poco vas aprendiendo a cómo tratar con estas personas sin que se sientan violentadas por la intromisión de un periodista. La máxima es el respeto y, como digo en el libro, intentar que tu labor no haga más grande el dolor que ya de por sí sienten".*
>
> P8: *"Una mirada individualizada y que no juzga, personalizada, empática, paciente, dialogante, integrada, etc. para acompañar a las personas que han intentado un suicidio o tienen pensamientos suicidas y a sus familiares es fundamental para encontrar el vínculo con la sociedad, y así para favorecer la confianza en uno mismo, esto es, autoestima, en los demás y en el futuro que merece la pena vivir"*

Representando la otra cara de la moneda, también ha quedado reflejado el riesgo de un equívoco trato, considerando las emociones que moviliza este drama humano, sentimientos que hay que canalizar siempre que nos acerquemos a alguien que sufre.

> P6: *"Cualquier recriminación social de personas cercanas complica el duelo. (…) pero le estas echando mucha leña al fuego. Se habla de que la falta de apoyo social, continuado, crea un trauma que lo llaman secundario, pero que en importancia e intensidad puede igualar e incluso superar al original. Esta lidiando con dos cosas terribles, y no somos conscientes"*

P8: *"La materia con la que trata la Victimología es el sufrimiento, (…) y la incapacidad de la sociedad para verlo y responder sin causar más daño, victimización secundaria".*

Como puntea ya la última aportación sobre la aplicabilidad de la victimología al abordaje de conductas suicidas y su estela, ha podido recogerse en las entrevistas una opinión clara de que dicha perspectiva es efectivamente pertinente:

P8: "La relación para mí es clara, y la pertinencia del enfoque victimológico también."

Queriendo ahora ahondar en el por qué, descubrimos que los motivos son varios. Por un lado, estaría conocer el dato de que muchas víctimas, directas e indirectas, refieren a ideación o acaban quitándose la vida.

P8: "(…) Dicha relación se expresa en cuanto que muchas víctimas (directas o indirectas) tienen pensamientos suicidas o se suicidan"

Por el otro, y, sobre todo, estaría la razón más desarrollada, que es que el punto de partida de toda actuación con víctimas y supervivientes: un sufrimiento profundo y un estigma patente que se materializa en su relación con el entorno próximo. En efecto, en victimología se da gran importancia a dimensionar el estigma y la culpabilización que en ocasiones se desprende del entorno de quienes sufren. Se estudia la idea de *victimización secundaria*, un amplio campo de estudio para esta ciencia que durante mucho tiempo ha querido paliar, o al menos conocer y comprender, el daño que el círculo social podía hacer a las personas después de que estas sufrieran un hecho traumático como lo son los delitos.

El proceso de victimización secundaria es aquel que tiene lugar después de la ocurrencia de un hecho delictivo, y generalmente durante el proceso judicial (Gutiérrez de Piñeres, Coronel, & Pérez, 2009). Con algo más de detalle, Beristain (1996) entiende que la victimización secundaria hace referencia a la mala o inadecuada atención que recibe la víctima en el mismo contexto. Neuman (2001) completaría todo lo anterior diciendo que quienes entran en contacto con quienes sufren, deberían tener conexión con organismos públicos y privados de asistencia, lo que vendría a traducirse en la ayuda y apoyo necesaria para reconstruir el mundo, el impacto y consecuencias del hecho lesivo que haya tenido lugar.

En definitiva, la victimización secundaria por un delito podría considerarse el daño añadido que, tras la pérdida de un ser querido por suicidio, provoca la estigmatización del doliente.

P8: "La materia con la que trata la Victimología es el sufrimiento, ¿cómo no va a tener que ver? Y lo hace desde diferentes dimensiones y perspectivas, el sufrimiento de la

víctima (directa e indirecta) y la incapacidad de la sociedad para verlo y responder sin causar más daño, victimización secundaria, otro concepto importantísimo."

P8: "la escucha activa y en el acompañamiento, que son temas propios de la Victimología. ¿Cómo podemos aminorar el sufrimiento y no incrementarlo con nuestra propia incomprensión o indiferencia para investigar y actuar?"

P8: "El suicidio sigue siendo un gran tabú, la muerte en general lo es en nuestras sociedades. Esto es algo propio de la Victimología: visibilizar lo que no se quiere ver y que causa daño y preguntarse por qué no se quiere ver y cómo se prejuzga a las personas, llegando a contribuir a su estigmatización."

Como afirma la octava participante, la muerte, en general, sigue siendo un gran tabú en nuestras sociedades, premisa en la que ahonda Amenabar (2019):

> Aunque la muerte está ahí, para todos, no es tema habitual de conversación. Es una cuestión que generalmente se rehúye, que parece causar molestia y desagrado, visto como plato de mal gusto o tema de conversación de gente pesimista o muy mayor, cuando no es un asunto que al plantearlo suscita el temor de haber sido invocado su fantasma. Para cierta gente la muerte simplemente no es un tema. No existe, o mejor dicho no quieren que exista, en sus vidas. No la contemplan. La ignoran. La ignoramos. Generalmente porque la tememos. Y creemos que es más fácil vivir sin pensar en ella o que es factible exorcizarla mediante el silencio y la negación. (Amenabar, 2019:119)

Llegados a este punto nos planteamos cuál es la razón de no contar con el conocimiento victimológico a la hora de informar el trato con supervivientes. Podríamos pensar que tender a cercar en exceso los campos de estudio y las aplicaciones de todo saber, implica ignorar que, en las ciencias sociales, lo que se estudian son las personas y su forma de actuar, donde se encuentran más sinergias que disparidades. En ese sentido, la participante experta señala y cierra:

P8: *"Simplemente, tenemos que dejar de pensar en víctimas y delitos, hay daño o sufrimiento, personal y social (victimización)."*

1.5 Medios de Comunicación

"Es intentar abrir una puerta y decir, "se puede hablar de este tema, vamos a juntarnos".

Entrevista número 2.

Los medios de comunicación son, ante todo, un altavoz para todo tipo de informaciones. Si tienen influencia en quien los emplea, es precisamente por hacer eco de infinitas causas y opiniones. De las entrevistas también se deduce esta idea al oír referir a los

medios como un trampolín a amplias audiencias, difundiendo el trabajo que requiere mucho esfuerzo producir.

> P6: *"gracias a los periódicos… publicaron la primera página y luego un doble reportaje"*
>
> *P2: "¡utilizad los medios como altavoz de vuestras reivindicaciones!*

Reconocida esta capacidad de influencia, se ha procurado minimizar la difusión de contenidos que alentaban a la conducta suicida, lo que ha quedado recogido bajo el efecto Werther. A través de la recogida de datos y la consulta bibliográfica, también entrevista con el autor de un libro dedicado a este tema, ha quedado patente que se viene poniendo mayor énfasis a evitar los fallos que en promover los aciertos, quedando los medios como una herramienta inutilizada y dicho altavoz en off. El resultado, ha sido más bien difundir el miedo a provocar este contagio, y por tanto, respaldar el silencio.

> P2. "*Gran parte de este silencio era que los medios de comunicación teníamos mucho miedo a tratar este tema, y si lo tratábamos casi siempre nos equivocábamos. Entonces si me voy a equivocar no lo trato, y como me han dicho que puede provocar un efecto contagio me quedo quieto."*

Sin embargo, discutido extensamente en el trabajo, a este efecto le hace contrapeso el opuesto, el efecto Papageno, que sería aquel que recoge todas las buenas prácticas que harían de los medios de comunicación un perfecto aliado de cara a la prevención del suicidio.

> *P2: "No sé si es de 2015, que no se si está en el libro porque he seguido mirando estudios… de la universidad de Notre Dame, que se titula con una pregunta: ¿pueden ser los medios de comunicación un actor en la prevención del suicidio? Y concluye que sí, pero solo si trabajamos de forma conjunta periodistas y expertos."*
>
> *P2. "eso es acercarte a la población, acercarte y decir que si, que nadie muere por hablar del suicidio, pero si los medios lo hacemos bien podemos sumarnos como un agente más en la prevención. Si lo hacemos mal podemos provocar un efecto contagio."*

Hay un equilibrio entre la información que debe darse y aquella que puede resultar dañina, y precisamente en encontrarlo reside un adecuado tratamiento del fenómeno por la prensa. Más que en la publicación u omisión de ésta, la calidad y el contenido de las informaciones es lo que distingue entre un efecto u otro. Prudencia y respeto, son las máximas a seguir. Como ya se ha abordado en el marco teórico, la información singular, particular y referida al caso concreto, podría provocar resultados negativos, mientras que hablar sobre el suicidio de forma global, y dar visibilidad a este

gran problema de salud pública, a sus causas y consecuencias, sería favorable de cara a la prevención.

> *P4: "el tema de cómo informar. Sí que está resuelto, tienen una idea de por dónde ir, pero no sé si en la práctica se está aplicando. Entonces lo que está claro, es que información general sobre lo que está pasando es necesaria. La información concreta, sobre casos concretos, mi opinión personal es que no se debe dar, por el daño que puedes hacer a la familia y al receptor. Sabes que además se discute el efecto llamada"*

En el caso navarro, sin embargo, la postura de quienes se embarcan en la labor preventiva del suicidio es favorable de cara a contar con los medios. Esto se evidencia con su mera inclusión del colectivo en el grupo de trabajo que elaboró el Protocolo, y se afianza con la invitación a un periodista a participar en la Comisión Interinstitucional.

> *P2: "han aprendido que se puede empezar a confiar en los medios de comunicación.*

Como adecuadamente indica González-Ortiz (2018) en su libro, del suicidio ya se está hablando, pero no desde las agencias pertinentes. Las redes sociales y, en general, el mundo online, está repleto de informaciones muy dañinas para toda persona que se encuentre en situación de riesgo. Podría considerarse así que va siendo momento de que las verdaderas autoridades de la veracidad y calidad de la información acepten el reto y se unan a la lucha, como en el caso navarro sucede.

En las entrevistas se mencionan algunos de los criterios aportados por la OMS, como por ejemplo que la noticia se incluya entre las páginas de salud y no de sucesos si hablamos de prensa escrita. En la misma línea, estaría incluir con cada noticia, cada referencia al suicidio, un teléfono de ayuda o la sugerencia de acudir al mismo si se precisa.

> P2. *"El suicidio, una de las recomendaciones de la OMS es que pase de las páginas de sucesos a las de salud."*
>
> *P3: "esto en EEUU hace mucho que lo tienen. Allí cuando se publica una noticia, siguiendo la lógica que marca la OMS, que tampoco son grande cosa, al lado del cuerpo de la noticia aparece, al lado: "si usted necesita ayuda…". ¿Y esto por qué no se hace aquí? ¿Por qué? Porque una persona que esté leyendo eso leerá: ayuda, ayuda, ayuda… porque cuando se habla de alguna noticia relacionada con el suicidio por ejemplo en televisión, no aparece un faldón."*

Es de mayor interés mencionar una iniciativa a nivel personal que la persona entrevistada puso en marcha hace cosa de un año. Se trata de un "hilo", en la red social Twitter, donde se publican buenas prácticas periodísticas de información acerca del suicidio. Es una iniciativa sin duda positiva, dado que como se ha señalado, no existen

ejemplos que seguir, sino algunos que evitar. Por medio de la difusión de estos comentarios, de estas pequeñas referencias y explicaciones del porqué de un buen tratamiento, se alienta a muchos periodistas a seguir el ejemplo cuando llegue su turno.

> *P2. "Cuando yo entré en la comisión teníamos que crear una jornada formativa con periodistas. Quedamos una tarde, 2 horas, con todos los profesionales de la comunicación que pudieran tener relación con… o que en algún momento les podía tocar abordar el suicidio y estuvimos una tarde donde estuve yo, estuvo x, y... Varios hablándoles de que sí, hay que empezar a hablar de este tema, que tenemos que hacerlo bien, repartiéndoles las pautas, pero claro…. Ahí estábamos formando en una tarde (que tiene el impacto relativo que pueda tener), pero claro, estábamos 30. Por cada tweet que lanza Miguel Ángel Jimeno llega a 12.000 periodistas.*

El progreso es posible, y la comparación, una vez más, acertada. El segundo entrevistado, periodista y miembro de la Comisión, refleja cómo, igual que sucedió con la violencia de género, el suicidio podría pasar de ser un fenómeno enmarcado en el ámbito privado, del que no podía hablarse, a ser un tema del que se ha aprendido a hablar, y por el que se ha abanderado la necesidad de prevención.

> P2: *"la VDG era algo primero en la sociedad de lo que no se hablaba, los medios de comunicación por supuesto no tocaban ese tema, porque se entendía que pertenecía al ámbito privado. Y cuando lo tocábamos lo hacíamos con sensacionalismo, clichés o estereotipos. Y es lo mismo que hacemos con el suicidio. Caer en clichés, estereotipos o sensacionalismo. Y así como aprendidos a tratar la VDG, poco a poco… yo creo que ya no se dan tantos detalles morbosos como se daba en aquellas coberturas. Si que hay programas, o medios más amarillistas que otros… que es innegable. Pero el tratamiento es mucho más serio, más riguroso, hay pautas… "cómo tratar la VDG" …*

REFLEXIONES Y CONCLUSIONES FINALES

1. REFLEXIONES

Si el tema escogido versase sobre un fenómeno sencillo o algo menos cercano, no sería difícil estructurar una reflexión sobre este. Las posibles perspectivas de análisis del suicidio van desde lo más amplio hasta lo más particular, pudiendo dedicar nuestro estudio exclusivamente al suicidio como ejemplo de desviación social, o a las causas más íntimas y profundas del proceso de ideación y deseo de morir. También podríamos dedicarlo únicamente a las estrategias hoy día disponibles para su prevención, o al relato de la persona superviviente.

Hay tantas perspectivas como personas deciden quitarse la vida, y las cifras no son precisamente insignificantes, lo que hace el interés social de cualquier enfoque, nítido. En base a la bibliografía revisada y a la información recabada por medio de las entrevistas, su amplitud y complejidad parecen suficientemente probadas.

Representativo de las ciencias sociales es precisamente la extensión de su objeto de estudio: el comportamiento humano y sus motivaciones. Una de las reflexiones que plantea este trabajo es que el abordaje parcelado del suicidio no es suficiente para una adecuada respuesta al mismo. Por eso, el interés en las sinergias entre formas de comprender y abarcar el fenómeno, propio de la criminología, es aquí pertinente.

¿Lo más complejo? Encontrar el punto de encuentro entre los enfoques micro y macro, aquellos que reparan a la experiencia de la ideación, de la pérdida y la desesperanza, y aquellos que tratan con esta realidad con más o menos distancia: la planificación de estrategias de prevención, la puesta en contacto de agentes sociales o la labor informativa en medios de comunicación.

Las reflexiones se dividen en los seis grandes núcleos que se han venido distinguiendo para el análisis: la estrategia foral de Navarra (Protocolo y Comisión); el fenómeno suicida; la realidad superviviente; y los debates planteados: la pertinencia de la AP; de la educación emocional; y del enfoque victimológico. El orden se altera poniendo a la Comisión en último lugar por alzarse como eje primordial y medular de este trabajo, sobre lo cual pivota prácticamente todo lo expresado con anterioridad. Se incluyen asimismo breves apuntes en cada apartado sobre la importancia de contar con los medios de comunicación.

1.1 Reflexiones en torno al fenómeno suicida

Si bien el trabajo encierra infinidad de apuntes de mucho interés en lo que al fenómeno se refiere, las reflexiones aquí recogidas tratan sobre aspectos clave debatidos, sobre todo, en las entrevistas.

En ellas, la fragilidad de las bases de datos ha sido una de las limitaciones más mencionadas en lo que a gestión de conductas suicidas se refiere. Cuantificar los intentos, las autolesiones e incluso -correctamente- los suicidios, implicaría reducir el margen de error de las estimaciones epidemiológicas. Se alcanzaría de esta forma el objetivo de crear fuentes cada vez más fiables que posibilitasen dimensionar la gravedad fehaciente del fenómeno, así como reconocer suicidios todavía invisibilizados, como sucede con los que tienen lugar en la vejez. Se ha tenido constancia del verdadero alcance del problema, lo que da más peso a querer que esto se refleje en las cifras aportadas.

Se ha desprendido asimismo que con la contabilización vendría la necesidad de seguimiento de casos y, sobre todo, de acompañamiento, por ser requisitos de una intervención eficaz donde la conducta suicida se reconoce desprovista de una atención prolongada. Cabría como reflexión ampliar que la desesperanza o la soledad podrían verse de alguna forma compensadas con citado acompañamiento. En la sociedad actual, la salud emocional sin patologización se evade. Asegurar la accesibilidad, la diversificación, gratuidad, profesionalización y anonimato de los servicios que se presten sería por ello un aspecto clave.

En lo que a formación de los profesionales se refiere, son necesarias acciones que recorran todo el itinerario de actuación ante comportamientos suicidas. Irían desde potenciar la sensibilidad hacia el tema hasta lograr la capacidad de percibir y gestionarlo. Una de las participantes en las entrevistas dejaba caer una evidencia: ¿se nos ocurre que un médico pueda no identificar los síntomas de un infarto? Al hilo, este conocimiento y sensibilidad ha de ser necesariamente compartido por la población general, para lo que resulta inexcusable la complicidad de los medios de comunicación social para la difusión de informaciones veraces y pertinentes.

La soledad, núcleo temático reiterado, representaría un factor que nos convoca especialmente como sociedad. Estando ante la percepción subjetiva del aislamiento, deberíamos comprender que se trata de una de las piezas clave en tan citada desesperanza. Tal vez nos equivocamos al pensar en ésta como algo abstracto, siendo más bien concretable. Podemos pensar que, si no nos sintiéramos solos, en una sociedad tan mediatizada e interconectada como la actual, no creeríamos que no existe salida posible a cuál sea la situación en la que nos encontramos. Los lazos sociales estables y de calidad han sido citados como factor protector precisamente en ese sentido, en el de brindar apoyo variado en tipo y forma que protegería de la ideación y, sobre todo, de la conducta suicida. Al respecto, tendríamos que mencionar que existen una serie de grupos poblacionales en especial riesgo ligado a la soledad. La vejez, como

etapa vital caracterizada por la pérdida (de tejido social, de autonomía y estatus) y tantísimos factores de riesgo más, estaría pasando desapercibida en planes y estrategias. La sociedad en su conjunto y ésta a través de sus agentes, frente a la pérdida de tejidos vinculados a las redes familiares y sociales, debe asumir el compromiso de reparar el soporte perdido (por medio de iniciativas que van desde el voluntariado al banco de tiempo, etc.).

Al hilo de otra población diana, la infanto-juvenil, las conductas suicidas alarman especialmente a las personas entrevistadas y a la población general. La autolesión en la adolescencia y la juventud se presenta de manera demasiado frecuente como para permitirnos ignorarla, y a su vez, el impacto y la gravedad quedaría patente reparando a sus efectos y finalidad. Como una de las participantes apuntaba, podríamos estar ante una conducta "ansiolítica" más que "autolítica", lo que, como sociedad, reclama reflexionar. Si la autolesión se convierte en una forma de afrontamiento de las adversidades o situaciones complejas que vive la juventud, ¿no sería evidente una carencia personal y social?

Como se consideran el lenguaje o la destreza tecnológica, las habilidades relacionadas a las propias emociones y la gestión de cualquier contexto personal o relacional, son un requisito para el desarrollo individual hoy día. En el presente trabajo, la inteligencia emocional ha sido abordada con ese propósito, constatar su importancia y necesaria prioridad en el diseño del idóneo desarrollo psicosocial. Los beneficios o resultados no quedarían en ningún caso acotados a la prevención de conductas suicidas, sino más bien a todo comportamiento que de un modo u otro, limitaría la adaptación de personas o grupos a la norma y expectativa social. Llegados a este punto podríamos preguntarnos si no estamos tal vez centrando nuestra atención y educación en competencias secundarias y descuidando las imprescindibles.

Con todo, algunas de las citadas conductas autolesivas que buscan canalizar un estado psicológico insoportable o ansioso, podrían terminar en suicidios consumados, donde determinar si existe finalidad o no suicida sería un nuevo reto. Considerado lo anterior, se trataría sin duda de una cuestión de mucha importancia a la que debemos prestar atención.

1.2 Reflexiones sobre la realidad superviviente

> Tienen mucho que aprender porque lo que sabían no vale. Y también tienen algo que enseñar. Hay que hacerles llegar que son pieza importante del nuevo tiempo.
>
> **Reyes Mate (2019, p.18)**

Si discurso social, conocimiento y conciencia en torno al suicidio están cambiando, es, en gran medida, gracias al esfuerzo de las personas afectadas por el mismo. Si bien posteriormente profesionales y sociedad civil han amparado el mensaje, no se puede ignorar que los y las supervivientes fueron quienes dieron, en primer lugar, respuesta a sus propias carencias, para después abanderar el reclamo de prevención.

La realidad superviviente es aquella principalmente condicionada por la dureza teórica y vivencial del duelo que la representa. Culpa, repetida búsqueda de porqués y carencia de apoyo social, como aspectos a destacar, dan cuenta de su particularidad. Familiares y allegados de personas para las que la prevención fue ineficaz o insuficiente, reflejan así con su relato la ausencia de una infraestructura y conocimiento capaz de amortiguar y recoger este duelo.

Visibilizar su propia experiencia, impulsar la conversación pública en torno al suicidio, y poner en valor su disposición a colaborar en mejorar estrategias de prevención y otras iniciativas que les afectan, son las principales líneas de la lucha que secundan.

La mayoría, parten de una situación mediada por el tabú ligado al fenómeno. El silencio, anterior y posterior a la muerte, deriva en consecuencias remarcables, dispares pero interrelacionadas. Por una parte, lastra la prevención por obviar la gravedad del fenómeno: un problema sin espacio para el diálogo es un problema que socialmente no existe. Por otra parte, después de tener lugar el fallecimiento, dificulta el duelo porque estigmatiza no sólo el acto de decidir la propia muerte, sino también todo lo que la envuelve. Impide de esta forma que quienes recorren la elaboración de la pérdida puedan hablar y lograr la postvención. A su vez, el propio desconocimiento (de las particularidades del duelo y las necesidades que derivan) genera una incomprensión que aíslala a los dolientes.

En última instancia, gran parte de la población y las instituciones sociales, por simple desconocimiento, ni comprendemos ni apoyamos su duelo, y sin embargo, lo acentuamos engranando una victimización secundaria.

Se deduce pues una necesidad de generar un discurso social en torno al suicidio que sirva para acompañar al superviviente y prevenir la conducta, que podría empezar por escuchar el relato mencionado y vincularse a él.

Antes de finalizar, debe subrayarse el indiscutible respeto y consideración a la participación de familiares y otras personas afectadas mostrada por parte la estrategia

navarra, más allá de reflejarse en incluirlas en su eje más potente, la Comisión. Las entrevistas en profundidad reflejan que es una figura valorada por lo que aporta: un toque de realidad que recuerda el motivo y la urgencia de actuar, la perspectiva micro que complementa a la macro.

Esta argumentación ha querido empezar y terminar por recalcar el papel de las personas supervivientes en nuestra sociedad, papel que ha contribuido a dar visibilidad a un fenómeno estigmatizado durante mucho tiempo, donde se ven reflejados cada vez un mayor número de personas hasta ahora silenciadas. Al mismo tiempo, su implicación y apoyo ha resultado decisivo a la hora de diseñar un mejor trato al que ellos y ellas recibieron, dando una lección de humildad y, ante todo, de compromiso social.

Tenemos que recordar que una de las herramientas más valoradas por quienes pierden a un ser querido a raíz de un suicidio, son los grupos de apoyo mutuo, en el caso navarro creados, gestionados y mantenidos por una asociación de personas afectadas: la asociación Besarkada-Abrazo.

La principal reflexión que subyace a estas ideas es que ahora nos corresponde a nosotros y nosotras coger el relevo, y apoyar sin protagonizar el cambio al que ya se le ha dado inicio. Evitando adoptar una postura más bien paternalista estamos a tiempo de valorar lo que podemos aprender de estas personas y cultivarse en cómo acompañarlas.

1.3 Reflexiones sobre la conveniencia de considerar la autopsia psicológica como herramienta

El fenómeno suicida al que se hace frente en Navarra es abarcable por su incidencia anual y la cercanía de las instituciones que involucra. A nivel global, se plantea la necesidad de un conocimiento más exhaustivo de la casuística fenomenológica para adecuar, por partida doble, estrategias preventivas y servicios ligados a la acción en la Comunidad Foral. En el mismo sentido, dar salida al vacío posterior a la muerte que afecta a familiares y conocidos podría encerrar la falta de atención e información.

La autopsia psicológica ha sido la herramienta más minuciosamente descrita para el análisis de la conducta suicida cuando ésta tiene un fatal resultado, y, sin embargo, a lo largo del trabajo empírico se han planteado importantes interrogantes técnicos y éticos que explicar.

Entre los primeros, llamaría a reflexionar hasta qué punto un comportamiento tan poliédrico y complejo como es el suicidio puede estandarizarse y comprimirse en un análisis causal, cualidades intrínsecas al saber científico que impulsa el instrumento.

Nos encontraríamos con que en la medida que implica una vivencia subjetiva, el acto suicida es concebido como uno individual: no hay conducta que escenifique más la soledad que buscar la propia muerte, lo que se traduce a las resistencias de deducir su dimensión social. En dirección contraria, Durkheim (1897) ya planteó que se trata de una constante que no puede responder únicamente a variables personales, precisamente porque presenta una incidencia dispar en los diferentes contextos socioculturales.

Resultaría por ello que aunque estamos ante un fenómeno sin duda complejo, este cuenta con factores sociales e individuales concretables y estandarizables sobre los que se puede construir una intervención, uno de los fines de emplear la autopsia psicológica. Determinar cuáles, sería un oportuno debate en espacios más profesionalizados como sugiere ser la Comisión Interinstitucional.

En cuanto al personal competente para poner en práctica su uso, quedaría considerar que la multidisciplinariedad es conveniente en la formación previa, donde profesionales de la criminología podrían verse reclamados. Nos encontraríamos ante un argumento de peso para, cuanto antes, incluir el estudio del fenómeno suicida en las universidades que ofrecen esta titulación.

Para terminar con los interrogantes técnicos, se recuerda que existen ya herramientas validadas donde se especifica la información a recoger, pudiendo, en cualquier caso, discutirse su pertinencia. A partir de aquí cabe discutir materias relativas a la ética de su uso: ¿hasta qué punto posibilitar la exploración científica estaría apoyándose también en generalizar uno de los reclamos de los y las supervivientes?

La ausencia de información sobre las circunstancias de la muerte del familiar o allegado ha quedado recogida como fuente de incertidumbre y dolor para supervivientes, y, por tanto, subsanar ese vacío podría colaborar en cierto modo en la postvención, pero se plantea también el derecho a preservar y respetar la privacidad de la persona fallecida y de la familia.

En esta misma línea, creer que la explicación causal del suicidio dotaría de significado la muerte y así haría más fácil su elaboración, es ciertamente iluso. En parte, porque esta explicación no tiene por qué ser reconfortante (pudiendo incrementar la culpa según las conclusiones, incluso), pero también, porque aquella persona aprovisionada de porqués y desprovista de acompañamiento, no verá facilitado su proceso.

Parafraseando al antropólogo M. Augé (1996), en palabras de J. Canals (2004), se plantea la reflexión principal en lo referente a la autopsia psicológica, “la ciencia no se hizo para consolar”, ¿está hecha entonces para explicar?

1.4 Reflexiones sobre la importancia de la educación emocional

Como se viene comentando en muchos de los apartados de esta reflexión, la salud emocional se está postergando en una sociedad ahogada en estímulos, que precisamente provocan una constante necesidad de autorregulación y readaptación. Como en una de las entrevistas realizadas se comentaba, nos movemos en un entorno mucho más emotivo que emocional, lo que implica vivir experimentando intensas emociones sin trabajarlas ni aprender de ellas después.

Uno de los resultados de lo anterior es toda una generación de jóvenes que, en una etapa vital ya definida por la intensidad, se ve desprovista de herramientas personales para hacer frente a tales vivencias colmadas de estímulo. La inteligencia emocional (IE), una especie de resiliencia en el campo de las emociones, representaría una vía alternativa a la ya bautizada “autolesión ansiolítica” que tanto preocupa en la actualidad. Como se ha venido subrayando, esta habilidad encierra la opción de pedir ayuda, o la capacidad adecuación del pensamiento que hará posible una más efímera o paulatina emoción.

Mismos argumentos valdrían para la edad adulta e incluso la vejez, donde los eventos vitales estresantes radicados en y derivados de la vida cotidiana, como proponía la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2018), son enfrentados con frecuencia. Inexcusablemente, optando por el enfoque contextual-fenomenológico de prevención del suicidio, tendríamos que añadir al estudio y acción sobre las situaciones vitales estresantes el trabajo sobre capacidad de afrontamiento y regulación con la que cuentan las personas.

De todo ello se desprende que estamos claramente ante un pilar de prevención básico, considerando que afecta positivamente a la efectividad de cualquier otra estrategia por mediar en su impacto. Ante una enfermedad mental, una pérdida o un despido, además de crear una infraestructura de apoyo y acompañamiento externo, sería conveniente dotar a las personas de un autoaprendizaje que los hiciera más propensos a recurrir a tales servicios y beneficiarse de los mismos.

No obstante, como recordábamos al inicio de estas líneas, la salud emocional no está contemplada precisamente como prioridad, de modo que por mucho que se

teorice sobre su valor, no se conseguirá efecto positivo alguno sin una apuesta firme que la impulse. Definir la puesta en práctica de incluir la educación emocional entre las prioridades de los centros formativos, sería el paso siguiente a haber concluido afirmativamente sobre su utilidad. En las estrategias frente al suicidio el trabajo educativo de la IE debería tener un espacio y peso visible, promulgando así su necesariedad.

1.5 Reflexiones sobre la pertinencia del enfoque victimológico

La reflexión en este caso empieza por reiterar una idea ya expuesta: la victimología no restringe la aplicabilidad de su saber a quienes sufren las consecuencias de un delito, sino que abarca realidades más bien parejas sobre el proceso de postvención en víctimas y supervivientes. Por estar familiarizada con la idea de sufrimiento, el concepto de victimización secundaria y la estigmatización, contamos con una ciencia más que subsidiaria a la hora de informar el trato con quienes han vivido una crisis suicida o han perdido a alguien a consecuencia de esta.

El largo recorrido realizado sobre el estudio de las víctimas, por el cual somos conocedores de que algunas prefieren ser llamadas también supervivientes, motiva y justifica la necesidad de pararse a escuchar y mostrar interés por las características y necesidades de las personas golpeadas por la pérdida. En la misma línea, la ciencia sugerida para su consideración contaría con herramientas diseñadas a tal efecto, el estudio de una población a veces invisibilizada u oculta.

El punto de partida parece ser la complejidad que reviste el trato con toda persona que sufre: desde el papel del periodista, la terapeuta o el victimólogo, se identifica esa sensibilidad y respeto a la que los propios supervivientes hacen referencia como imprescindible a la hora de ayudar. La consecuencia de un inadecuado o brusco acercamiento a esta realidad es nada más y nada menos que el aumento del estigma social que complica de por sí el duelo por suicidio.

En este sentido, no hace falta distinguir entre causas. Más allá de etiquetas, esta ciencia lidia con el sufrimiento y sus pilares son aplicables a otras fuentes de dolor.

1.6 Reflexiones sobre la estrategia navarra

Las líneas generales de reflexión planteadas a lo largo del análisis han resultado ser varias. El primer y principal punto, indistintamente del Protocolo o la Comisión, es que el abanico de profesionales que implica es rico y novedoso. Fue así desde el primer grupo de trabajo por contar, entre muchos otros, con agentes como los cuerpos y

fuerzas de seguridad o los medios de comunicación, no siempre considerados aun siendo evidente su necesaria implicación. Los supervivientes, en mismas condiciones, son igualmente incluidos, y aunque no fueron parte del inicial grupo de trabajo que creó el Protocolo ni quedaron suficientemente plasmados en él, es indiscutible que en un nuevo documento sus aportaciones y visión tendrían cabida. La apuesta por la multidisciplinariedad ha demostrado así ser quid en la Comunidad. El contenido central del protocolo, los flujogramas, representa asimismo el ánimo de promover el trabajo en red, y la Comisión lo materializa, por lo que el salto de la multi- a la interdisciplinariedad acontece y confiere un espacio al diálogo. Se pretende, al menos en la actuación, apostar por coordinar a muy distintos agentes.

Es un aspecto a considerar que el trabajo en el marco de la estrategia parece haber ido mucho más allá de lo que queda plasmado en el papel. Los sistemas involucrados y profesionales que los representan cuentan con datos más actuales (los últimos del Protocolo son de 2013), nuevas incorporaciones (supervivientes o Instituto de Medicina Legal), protocolos novedosos (el de la Policía Foral sobre la comunicación del fallecimiento y de prevención dentro del Cuerpo), programas activos (de seguimiento telefónico, por ejemplo) y, en definitiva, avances que deberían verse reflejados en la herramienta principal.

Por ello, la actualización del contenido parece ser el principal hándicap. Renovando sus bases, ahondando en el diagnóstico y afinando sus objetivos, incluyendo a los colectivos que ya ha dado valor por medio de la Comisión y puntualizando en los aspectos que recientes publicaciones plantean, estamos ante un Protocolo muy completo. Conviene aquí recordar que la OMS (2018) señalaba de forma tácita, entre los componentes esenciales de un abordaje estratégico de las conductas suicidas, la e*valuación*, indicando que ha de ser continua y basarse en comprobar si las metas están siendo alcanzadas y las intervenciones efectivas. Apuntaba entonces la importancia del adecuado registro y seguimiento de casos, haciendo posible entre otras cosas la investigación científica.

Si bien el Protocolo es el eje principal de la estrategia navarra por definición, la Comisión resulta ser, a ojos de este trabajo, el verdadero valor contenido. Aunque ambas líneas son necesarias y complementarias entre sí, la segunda reúne características sustanciales.

Por un lado, la Comisión está compuesta por personas (lo que aproxima el dinamismo que aconseja la OMS), y las personas están hechas de motivación, de debate y sensibilidad dispar, lo que representa la necesidad de convergencia entre los

niveles macro y micro que se aluden. Por otro lado, con la creación de la Comisión vendría aceptar este reto como necesariamente prolongado en el tiempo. La acción para reducir cifras, para comprender y disminuir las conductas suicidas, tiene que tener una continuidad que un documento obsoleto no facilita. Ese era uno de los objetivos en su gestación, dar continuidad al camino que habían iniciado redactando el Protocolo.

Aunque como se detalla a continuación, cuenta con algunos aspectos que perfeccionar, esta comisión podría tratarse de una iniciativa sin precedentes en nuestro país, con un inmenso valor y potencial de réplica.

Hay tres núcleos de ideas que, relacionadas, permiten una reflexión global sobre el actual funcionamiento de la Comisión y sus posibles mejoras: i) el reto de la coordinación, ii) la motivación individual como motor de la estrategia y iii) el riesgo y función de simplificar al contacto personal la relación entre los diferentes sistemas públicos.

Primero, la coordinación a la que se aspira en Navarra es, y será siempre, un reto definitorio de todo trabajo interdisciplinar, donde se puede prever la aproximación de diferentes planos de actuación y comprensión de un mismo problema. La eficacia del trabajo en red, según lo que ha podido recogerse, podría depender de adoptar una visión conjunta, instaurar una clara misión colectiva y, tal vez, contar con una figura de autoridad técnica.

Así, para lograr el enfoque, sería preciso:

- Dotar a la Comisión de recursos materiales y humanos, donde destacaría la propuesta de liberar parcialmente a sus profesionales de otras responsabilidades, o compensar el tiempo que invierten quienes describen una sobrecarga laboral. Todo ello facilitaría lograr un compromiso y dedicación equivalente entre miembros, vinculándolos por igual en términos de responsabilidad y permitiendo que todos dedicasen un espacio exclusivo a los fines de la institución. De este modo, también se pondría en valor la misma, reconociendo su potencialidad.
- Establecer una dirección, asimismo, supondría dar una orientación al ente y dotarlo de contenido, recordando su función. Si bien es cierto que la comisión cuenta ya con objetivos y tareas señaladas, estas no se vienen desarrollando, al menos, en los últimos cuatro años. Preguntarse por qué, replantearse y fijar un fin y el compromiso de lograrlo, parece urgir. Podrían ser ejemplos de esta misión a definir evaluar el protocolo (tarea ya prevista pero que aún no se ha

cumplido) o mejorar servicios concretos, también analizar profundamente las necesidades más patentes en la Comunidad Foral.

- En lo que refiere al líder o referente, convendría constituirlo como figura con perspectiva y autoridad técnica suficiente para poner en valor cada pieza del puzle, requerir tal compromiso o recordar la misión, etc. En última instancia, hacerlo responsable y promotor de la eficacia de la estrategia.

Especialmente importante en esta última figura, la motivación y sensibilidad individual son a su vez estructurales en el caso navarro, quedando evidenciado que muchas iniciativas y mejoras vienen de la mano de inquietudes personales. En este sentido, se ha valorado que exista un cierto motor inspirado por la sensibilidad, pero se ha advertido que es más bien arriesgado delegar en el ánimo de puestos cambiantes en el tiempo el rumbo y la acción de una herramienta de este calibre.

Al mismo tiempo, y estrechamente ligado a lo anterior, se ha conocido que representar a sistemas complejos como los de salud, educación o políticas sociales por medio personas individuales permite alcanzar los objetivos de comunicación y familiarización recíproca de otro modo inabarcables. No obstante, la limitación vendría dada por la escasa capacidad de estas personas para alterar el funcionamiento de los sistemas que respaldan.

Puesto todo lo anterior en una balanza, encomendar la coordinación a particulares reflejaría tener aspectos positivos y negativos, volviéndose necesario encontrar el equilibrio entre la sensibilidad personal y la responsabilidad compartida.

La solución, tal vez, sería potenciar desde el exterior tal visión conjunta (con facilidades temporales y económicas), donde se alentase a un compromiso colectivo que supondría no dejar en manos de la voluntad individual el impulso de la prevención y mejor gestión del suicidio.

2. CONCLUSIONES

Cogiendo perspectiva, el suicidio se analiza en este trabajo primariamente como fenómeno y como problema de salud pública, si es que pueden diferenciarse estas acepciones. Por un lado nos hemos preguntado qué es el suicidio, cómo debemos entenderlo y qué trae consigo y, por el otro, de qué manera respondemos como sociedad, sobre todo si lo que hacemos es suficiente.

Así, el marco teórico que analiza de manera profunda el comportamiento concluye que se trata del resultado de un proceso de sufrimiento psicológico multicausal. En el discernimiento se nos plantean los muchos factores psicosociales que influyen en su génesis y desarrollo (donde habría que reducir los de riesgo y no olvidar potenciar los de protección), las distintas interpretaciones del problema que se han venido realizando (que dan importancia a unos factores u otros como determinantes), las señales que debemos aprender a interpretar por ser una forma de comunicar la desesperanza y las manifestaciones actuales del comportamiento (comunicación suicida, autolesiones, intentos, suicidios consumados…).

Asimismo, se ha descrito el tabú que envuelve al suicidio y realidades conexas, que habría propiciado un silencio y el desconocimiento generalizado que por partida doble lastra la prevención y dificulta el duelo, invisibiliza, en definitiva, esta realidad tan alarmante en prevalencia e impacto.

Precisamente en relación al duelo que sigue a un suicidio, se considera que el espectro del acto abarca también lo que viene después de su materialización. En este sentido, se ha conocido el relato ligado a la muerte autoinfligida (la vivencia de un suicidio cercano y el estigma que lo acompaña), al que le subyace un nuevo grupo poblacional con altísimo riesgo de reproducirla. Culpa, aislamiento y búsqueda de sentido, sobre todo incomprensión, son palabras a emplear para definir el proceso que sobrellevan quienes pierden a alguien en estas circunstancias. Aquí se vuelve relevante evidenciar la ausencia de una infraestructura y conocimiento social capaz de amortiguar y recoger este duelo, lo que nos convoca especialmente como sociedad.

Cuando pasamos a estudiarlo como problema de salud pública (precisamente por su prevalencia e impacto) ubicamos el suicidio en un contexto: lo estudiaríamos el como fenómeno inevitablemente ligado a una interpretación y a una responsabilidad social. En esta línea, se desprende de nuevo la postura encorsetada que tomamos ante el mismo, el tabú, aunque esta vez para entender las consecuencias que tiene sobre el

abordaje de las conductas autolíticas como compromiso compartido, empezando por prorrogarlas.

Las estrategias o planes con las que contamos como sociedad para hacer frente al suicidio son dispares en compromiso y diseño. En el plano nacional, los planes de acción son recomendados y promovidos por la OMS, considerando especialmente útiles a la hora de impulsar la acción. España no se cuenta con uno, dejando un vacío de referencias comunes para las estrategias que se van desplegando en diferentes Comunidades Autónomas, lo que las hace desiguales (dispares en su perspectiva y aplicabilidad). En este sentido debe remarcarse que la OMS (2018), editaba un documento suficientemente pormenorizado para blindar de toda excusa la no puesta en marcha del proyecto insistentemente demandado por asociaciones y otros agentes sociales. Conocemos las características que deben reunir (liderazgo, intervenciones, visión y evaluación para la reducción de medios, trabajo conjunto con los medios de comunicación, formación de la juventud en herramientas necesarias para la vida diaria e identificación temprana, manejo y seguimiento) y las limitaciones o trabas con las que se encuentran (falta de priorización del problema, inexperiencia…).

En el marco de cualquier estrategia, como adelantaba la OMS, los medios de comunicación se incluyen como potenciales aliados en la prevención y una mejor postvención si mantienen el equilibrio entre la rigurosidad de las informaciones y su pertinencia, entendiendo que hasta hoy han sido partícipes de un silencio generalizado que daba la espalda e incluso dificultaba estas tareas.

Los supervivientes tienen cabida de nuevo, en este caso por representar una fuente de conocimiento de la que no se puede prescindir para el diseño de estrategias que, a fin de cuentas, también les afectan. Si hasta este punto eran concebidos como población diana de estrategias indicadas de prevención, dada su vulnerabilidad (estigmatizados e invisibilizados por una sociedad anexa a un tabú tan arraigado), ahora son piezas esenciales en el esfuerzo común de responder ante el suicidio.

Con los anteriores agentes, estarían los cuerpos y fuerzas de seguridad también, colectivo al que toca especialmente el suicidio por su intervención en casos y también por el riesgo ligado a su profesión (estrés y la accesibilidad al medio).

Complementando todo lo anterior, uno de los objetivos de este trabajo era contribuir al debate sobre incluir la victimología, la educación emocional y la autopsia psicológica como elementos claves a la intervención.

Desde este punto de mira, la victimología representaría una figura sensible a colaborar en el entendimiento de la postvención y del suicidio, mayormente porque el corpus teórico de esta ciencia cuenta con herramientas y perspectivas de aplicabilidad al caso que nos ocupa. Evitando adoptar la figura paternalista que se rige muchas veces por un concepto de compasión judeocristiano, la victimología destapa una forma de actuación basada en la escucha activa, el empoderamiento y el valor del relato.

A su vez, mientras que en la comprensión y gestión del comportamiento suicida se otorga una especial atención a variables de susceptible intervención biomédica, otras perspectivas conexas han podido haber quedado desplazadas. Este trabajo apuesta por la promoción de la salud emocional y las competencias personales de afrontamiento de eventos vitales estresantes, así como el foco en la dimensión cotidiana de estos.

Por su parte, la autopsia psicológica se presenta en la actualidad como una herramienta de utilidad y pertinencia incierta para la recogida de datos relacionados con el fenómeno. Por un lado, su aplicación se corresponde con la necesidad de aumentar el conocimiento epidemiológico que precede a un diseño adecuado de respuestas a la conducta suicida. Por otro, establecer y proteger los contornos individuales genera importantes dudas éticas: la privacidad y el impacto de la explicación o indagación causal para el duelo, por ejemplo.

Además de como fenómeno y como problema de salud pública más bien general, el suicidio ha sido analizado como objeto de una estrategia concreta de prevención y actuación también. Reduciendo el enfoque a Navarra, la Comisión y el Protocolo que componen el intento foral de reducir muertes por esta causa se ha analizado como ejemplo.

Tenidas las premisas teóricas en cuenta, se pueden reiterar y puntualizar aspectos positivos y elementos de mejora en Navarra. En primer lugar, la interdisciplinariedad ha sido presentada, sin excepción, como valor. Su mayor y mejor exponente sería la Comisión, institución con un enorme potencial en esta tarea.

En segundo lugar, se impone la necesidad y oportunidad de actualización y revisión de la estrategia, apuesta que precisa ir acompañada de una dotación material y humana (liberación o compensación de los profesionales implicados) que haga posible llevar a la práctica el papel.

Por último, se concluye que consolidar procesos de coordinación estable trascenderían la motivación individual que hasta ahora ha sido el principal y casi único motor de la actuación ante conductas suicidas en la Comunidad Foral. En este punto,

las mejoras planteadas pasan por la consecución de una visión conjunta, una misión compartida y un liderazgo que represente la autoridad técnica y guíe el trabajo común.

Con la sola realización de este trabajo y algún apunte en él, se ha subrayado la naturaleza criminológica del suicidio. Desde esta idea se ha querido potenciar el interés sobre el mismo y su necesidad de estudio en las aulas, así como la implicación de criminólogos y criminólogas en la labor de diseño de estrategias y puesta en marcha de las mismas.

La transversalidad del currículum académico de esta titulación incluye disciplinas y metodologías oportunas para su comprensión y abordaje, desde las que ha demostrado competencia para acciones como las que siguen:

- Formar parte de las Comisiones Interinstitucionales, pudiendo ocupar un espacio de convergencia entre las diferentes perspectivas institucionales y profesionales.
- Participar en los debates que buscan discernir las fronteras técnicas y éticas de estandarización de la autopsia psicológica y, secundar su aplicación si se dedujese la pertinencia.
- Investigar la conducta suicida, que abarca materias, vocabulario y enfoques dispares y complementarios frente a la fragmentación actual.

En definitiva, el suicidio es un problema que nos convoca más allá de la esfera individual, ya que el trabajo conjunto más que una prioridad es algo necesario. Es preciso contar con todos los agentes sociales ya descritos como aptos para colaborar, y no obviar el conocimiento que pueden aportarnos los grupos más cercanos al fenómeno. Un acto tan cercano como silencioso crea un desequilibrio que terminará por hacer ceder la estructura en la que nos sostenemos como sociedad.

El esfuerzo requerido no es menor, pero ya se ha recorrido camino y coger el relevo parece la única opción para ciencias como la criminológica, que se ve directamente interpelada. El suicidio debe dejar de contemplarse como un fracaso personal, y si no es por su impacto sea por sus cifras, empezar a reconocerse como uno social.

En lo que a nosotros y nosotras respecta, los y las estudiantes, abrir o desarrollar debates, contemplar nuevas perspectivas y dar comienzo a la conversación pública, ante todo escuchar, es un primer paso a dar para lograr el compromiso compartido al que se insta,

EPÍLOGO

“Postales para una prevención” es el título escogido para la colección de ilustraciones que contienen las páginas de este trabajo, de principio a fin un esfuerzo por escuchar y comprender a quienes conocen de cerca la realidad del suicidio. Planteando si más bien ese “quienes” somos en realidad todas las personas, se propone una conversación por medio del arte.

Las ilustraciones han sido creadas con la idea de representar algunos de los conceptos troncales del trabajo, de forma que se inspire una reflexión en quien las observe. Sea en soledad o compañía, se busca en todo caso romper un silencio pesado. El literal y metafóricamente artista, Fitín, explica que **“***cuando envías una postal muestras al destinatario cómo y dónde estás, y añades una foto del puerto o paisaje emocional donde te hospedas”,* con lo que justifica el formato escogido.

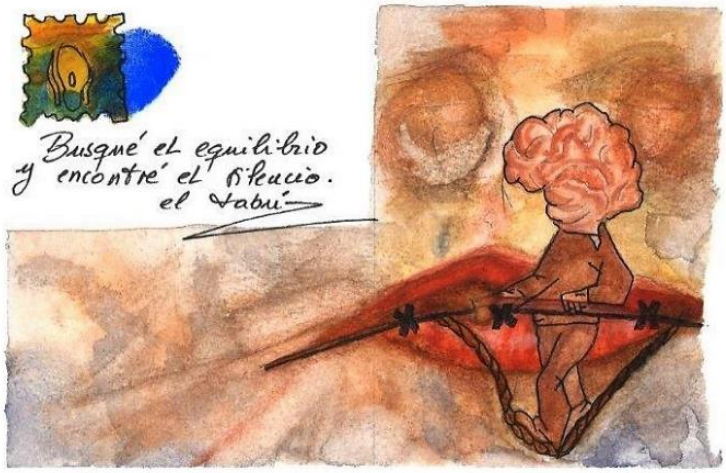
El duelo que sigue al suicidio se caracteriza, como probablemente el momento previo a decidir la propia muerte, por emociones que no encuentran palabras para hacerse tangibles y caer en manos de su destinatario. Por eso, por quienes ya no tienen voz o callaron, estas postales son un pequeño motivo para preguntar un “qué sientes” a quien tengamos al lado, sabiendo que sin decir nada podría estar expresándose por medio del color, comunicándose a través de las curvas o encontrando paz en un gesto de escucha.

Sirva el arte como forma de comunicación, para acercar una realidad complicada a quienes nos toca coger el relevo de la sensibilización, como excusa para el relato, o como antídoto.

Postales para una prevención.

Nota: los sellos de las postales son el cuadro de “el grito” de Edward Munch

Mil gracias, Fitín.



Postal 1: *La razón camina buscando el equilibrio por la comisura de los labios.*

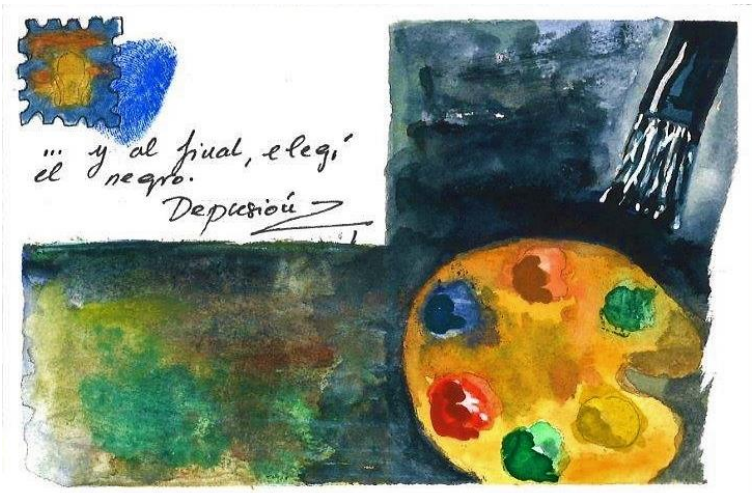
"Busqué el equilibrio y encontré el silencio."

Fdo. El tabú.

Postal 2: *La desesperanza es ese momento en el que uno deja de poder soportar el peso. Como la pluma, decide entonces desprenderse y no volver.*

"El peso de la mente me hizo salir. Nunca Volveré."

Fdo. La desesperanza



Postal 3*: De la paleta de colores que es la vida, el pincel opta por el negro. Nos preguntamos por qué.*

"… Y al final, elegí el negro."

Fdo. La depresión

Postal 4: *La peonza con la que jugamos de niños observa una cuerda y cree ir a bailar. Se sorprende al descubrir que se trata más bien una nube, y se entristece. Resulta ser una nube de tormenta, y se moja.*

"Me pareció una cuerda y era una nube de tormenta."

Fdo. Las emociones

Postal 5: *Todo el mundo cree que el avestruz, cuando siente miedo, esconde su cabeza bajo tierra. El agujero resulta ser una opción.*

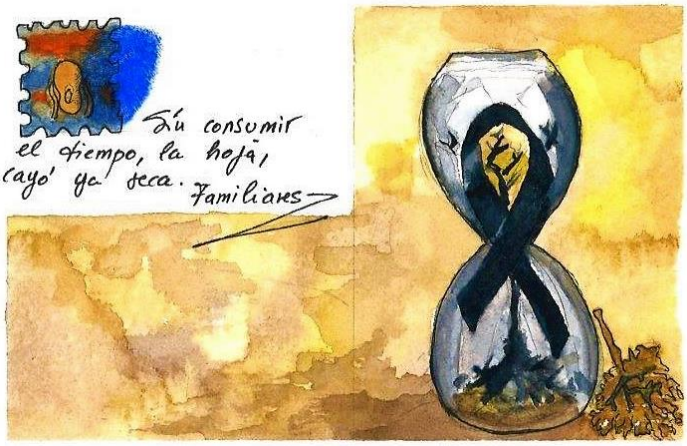
"Muchas luces de casualidad… al final metí la cabeza."

Fdo. Multicausualidad

Postal 5: *A veces, las personas se marchan antes de tiempo, y el árbol queda incompleto.*

"Sin consumir el tiempo, la hoja, cayó ya seca."

Fdo. Supervivientes



BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association, APA (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am.J.Psychiatry, 160*, 1-60.

Acinas, P., Robles, J. I., & Peláez, M. A. (2015). Nota suicida y autopsia psicológica: aspectos comportamentales relacionados. *Actas Españoslas de Psiquiatría, 43*(3), 69-79.

Adam, K. S. (1990). Enviromental, psichosocial, and psychoanalytic aspects of suicidal behavior. En S. J. Blumentahl, & D. J. Kupfer, *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients* (39-96). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Addington, D. E. (2006). Seguridad en esquizofrenia: reducir el suicidio y el intento de suicidio. *Revista de Toxicomanías. Nº. 49*, 17-24.

Aguilar, M. M. (2018). Tipología de la conducta suicida. *e-Eguzkilore, Revista Electrónica de Ciencias Criminológicas 3*, 1-51.

Álvarez, M. A. (2014). Reconocimiento y comprensión de emociones en educación infantil: Diseño de una Unidad Didáctica para Educación Infantil. *Trabajo Final de Grado*. Logroño: Universidad Internacional de la RIoja.

Álvarez, S. M. (2012). Efecto Werther: Una propuesta de intervención en la facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación (UPV/EHU). *Norte de salud mental, X*(42), 48-55.

Amenabar, J. M. (2019). La eutanasia como antídoto del suicidio. *Revista de Bioética y Derecho, 46*, 117-131.

American Association of Suicidology. (2014). Survivors of Suicide Loss Fact Sheet. *Survivors of Suicide Kit: an information kit consisting of fact sheets, a bibliography and sample literature.*

Andriessen, K. (2014). Suicide Bereavement and Postvention in Major Suicidology Journals: Lessons Learned for the Future of Postvention. *Crisis, 35*(5), 338-348.

American Psychiatric Association, APA (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª edición).* Buenos Aires - Bogotá - Caracas - Madrid - México - Porto Alegre : Editorial Médica Panamericana.

Aranguren, M. (2009). Modelos teóricos de comprensión del suicidio. *I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del*

MERCOSUR (24-25). Buenos Aires: Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.

Arsenault, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4, 37-48

Augé, M. (1996). El sentido de los otros. Actualidad de Antropología, Barcelona, Paidós.

Baca, E., & Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida. *Salud Mental 37(5)*, 373-380.

Bailley, S., Kral, M., & Dunham, K. (2010). Survivors of Suicide Do Grieve Differently: Empirical Support for a Common Sense Proposition. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 29 (3)*, 256-271.

Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-I):Tecnical Manual.* Toronto: Multi Health System.

Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema, 18*, 13-25.

Barrera, J., Gómez, M. T., Suárez, E., N., V., Guzmán, Y., & V., G. (2017). Cobertura periodística sobre el suicidio: ¿habría riesgo de causar efectos negativos en personas susceptibles? *Pers.bioét., 21* (1), 151-160. Doi:10.5294/PEBI.2017.21.1.10

Beautrais, A. L. (2004). Suicide postvention. Support for families, whanau and significant others after a suicide. *A literature review and synthesis of evidence*. Wellington, New Zealand: Ministry of Youth Affairs.

Bender, T., Gordon, K., Bresin, K., & Joiner, T. (2011). Impulsivity and suicidality: The mediating role of painful and provocative experiences. . *Journal of Affective Disorders, 129*, 301–307.

Bertolote, J. M., & Fleishmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry 1(3)*, 181-185.

Bisquerra, R. (2006). Orientación psicopedagógica y educación emocional. *Estudios sobre Educación, 11*, 9-25.

Bisquerra, R., García, E., & Pérez, J. C. (2015). *Inteligencia emocional en educación.* Sintesis.

Blaikie, N. W. (1991). A critique of the use of triangulation in social research. . *Quality & quantity, 25 (2)*, 115-136.

Blumenthal, S. J. (1990). An overview and synopsis of risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients over the life cycle. En B. S. J., & D. J. Kupfer, *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients* (685–734). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Bolton, J. M., Cox, B. J., Afifi, T. O., Enns, M. W., Bienvenu, O. J., & Sareen, J. (2007). Anxiety disorders and risk for suicide attempts: findings from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. *Depression and Anxiety, vol 25*, 477-481.

Brasseur, S., Grégoire, J., Bourdu, R., & Mikolajczak, M. (2013). The Profile of Emotional Competence (PEC): Development and Validation of a Self-Reported Measure That Fits Dimensions of Emotional Competence Theory. *PLOS ONE, 8* (5), 1-8. Obtenido de www.plosone.org

Burgos, A. (2006). La autopsia psicológica. *Revista Ciencias Jurídicas de la Universidad Costa Rica* (110), 69-89. Obtenido de http://iij.derecho.ucr.ac.cr/archivos/publicaciones/re-vista/Revista%20110.pdf#page=70

Canals Sala, J. (2004). La importancia de las dimensiones culturales en la asistencia y en la promoción de la salud. Servicios Sociales y Política Social, 65, 9-20

Capron, D., Cougle, J., Ribeiro, J., Joiner, T., & Schmidt, N. (2012). An interactive model of anxiety sensitivity relevant to suicide attempt history and future suicidal ideation. *Journal of Psychiatric Research 46*, 174-180.

Carmona, C., & Pichardo, C. (2012). Actitudes del profesional de enfermería hacia el comportamiento suicida: influencia de la inteligencia emocional. *revista latino-americana de enfermagem, 20* (6), 1161-1168.

Casado, M., Mata, P., & Raya, A. (2012). Importancia de las cartas suicidas en la investigación forense. *Cuadernos de Medicina Forense, 18 (3-4)*, 113-118.

Cebrià, A. I., Parra, I., Pàmias, M., Escayola, A., García-Parés, G., Puntí, J., Palao, D. J. (2013). Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after suicide attempt: Controlled study in Spanish population. *Journal of Affective Disorders 147*, 269-276.

Cebria, Pérez-Bonaventura, Cuijpers, Kerkhof, Parra, Escayola, Palao. (2015). Telephone Management Program for Patients Discharged From an Emergency Department After a Suicide Attempt: A 5-Year Follow-Up Study in a Spanish Population. *Crisis, 36 (5)*, 345-352. doi:10.1027/0227-5910/a000331

Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Injury Prevention and Control. Self-Directed Violence Surveillance: Uniform Definitions And Recommended Data Elements Version 1.0. (2011, February). *Crosby, Alex E.; Ortega, LaVonne; Melanson, Cindi*. Atlanta, Georgia (GA)

Chamberlain, S., & Sahakian, B. (2007). The neurospychiatry of impulsivity. *Current Opinion in Psychiatry, 20 (3)*, 255-261.

Clark, S. E., & Goldney, R. D. (2000). The impact of suicide on relatives and friends. En K. Hawton, & K. van Heeringen, *International handbook of suicide and attempted suicide* (págs. 467-484). Chichester, UK: Wiley & Sons. .

Constanza, S., Garcés, S., Echeverri, J., Bustos, E., Pérez, V., & Aristizabal, M. A. (2016). Autópsia psicológica: una herramienta útil en la caracterización del suicidio. *Archivos de Medicina (Col), 16* (2), 410-421.

Cross, C. K., & Hirschfeld, R. M. A. (1986). Psychosocial factors and suicidal behavior: Life events, early loss, and personality. In J. J. Mann & M. Stanley (Eds.), Annals of the New York Academy of Sciences: Vol. 487. Psychobiology of suicidal behavior (pp. 47-62). New York: New York Academy of Sciences.

Davidson, C., Babson, K., Bonn-Miller, M., Souter, T., & Vannoy, S. (2013). The Impact of Exercise on Suicide Risk: Examining Pathways through Depression, PTSD, and Sleep in an Inpatient Sample of Veterans. *Suicide and Life-Threatening Behavior 43 (3)*, 279-289.

De la Vega, D., Arcenegui, A., & Moreno, E. (abril de 2018). Metodología de los estudios de suicidio consumado mediante Autopsia Psicológica. *XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría*. Obtenido de www.interpsiquis.com

De Leo, D., Cimitan, A., Dyregrov, K., Grad, O., & Andriessen, K. (2014). *Bereavement after traumatic death- helping the survivors.* Boston (MA): Hogrefe Publishing.

Dean, P. J., Range, L. M., & Goggin, W. C. (1996). The escape theory of suicide in college students: Testing a model that includes perfectionism. *Suicide and Life Threatening Behavior, 26*, 181–186.

Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León. (2018) *Proceso de Prevención y Atención de la Conducta Suicida*. Recuperado de: https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/prevencion-atencion-conducta-suicida

Dumon, E., & Portzky, G. (2014). Directrices Generales para la Prevención del Suicidio . *EUREGENAS, Europeran Regions Enforcing Actions Against Suicide*.

Durkheim, É. (1985). *Las reglas del método sociológico.* AKAL/UNIVERSITARIA.

Durkheim, É. (1897). *El suicidio.*

Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. Terapia Psicológica, 33 (2).117-126.

Recuperado http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v33n2/art06.pdf

Ellis, T. E., & Ratliff, K. G. (1986). Cognitive characteristics of suicidal and non-suicidal psychiatric inpatients. *Cognitive Therapy and Research, 10*, 625-634.

Etayo, O. (2018). Análisis de Evaluabilidad del Protocolo de Prevención y Actuación ante Conductas Suicidas en el Ámbito de Servicios. *Trabajo Fin de Master: Universidad de Sevilla*.

Fahey, R. A., Matsubayashi, T., & Ueda, M. (2018). Tracking the Werther Effect on social media: Emotional responses to prominent suicide deaths on twitter and subsequent increases in suicide. *Social Science & Medicine, 219*, 19-29.

Feliu, A. (2014). Caracterización del Trastorno Límite de la Personalidad y Efectos del entrenamiento en mindfulness. *Tesis doctoral*. Universitat Autònoma de Barcelona, Facultad de Psicología.

Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2001). ¿Es la inteligencia emocional un adecuado predictor del rendimiento académico en estudiantes? *III Jornadas de Innovación Pedagógica: Inteligencia Emocional: Una brújula para el siglo XXI.*

Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2009). La Inteligencia Emocional y el estudio de la felicidad. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 66 (23,3)*, 88-108.

Flett, G., Besser, A., Davis, R., & Hewitt, P. L. (2003). Dimensions of perfectionism, unconditional self-acceptance, and depression. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior therapy*, 119-1338.

Foucault, M. (1999). Un placer tan sencillo. En M. F. Gabilondo, *Estética, ética y hermenéutica* (págs. 199-201). Barcelona: Paidós Básica.

Fuertes, J. C., Cabrera, J., & Fuertes, C. (2007). *Manual de ciencias forenses – capitulo 23: Victimología .* Madrid: Arán Ediciones S.L.

Gabilondo, A. (2017). Implementación de un programa multicomponente para la prevención de la conducta suicida en el País Vasco. Resultados del subproyecto 1: Prevención de conducta suicida en pacientes de alto riesgo con técnicas de telemedicina. *Master's dissertation in Mental Health Policy and Services*. Universidade NOVA de Lisboa: Disponible en: http://hdl.handle.net/10362/24602.

García, C., & Bahamón, M. J. (2017). Teoría cognitiva y Teoría Interpersonal Psicológica del Comportamiento Suicida. En J. Forero, Y. Hernández Álvarez, M. J. Ortiz Barrero, C. García Galindo, M. J. Bahamón M., J. A. Herrera Contreras, . . . M. M. Díaz, *Debates Emergentes en Psicología* (págs. 43-53). Bogotá: Sello Editorial UNAD.

García, J., García, H., & González, M. G. (2018). Un enfoque contextual fenomenológico sobre el suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. 18 núm. 134*, 381-400.

García-Caballero, A., Recimil, M. J., Touriño, R., García-Lado, I., Alonso, M. C., Werlang, B. S., . . . Bendaña, J. M. (2010). Adaptación y Validación de la Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy (SSIPA) en Español. *Actas Españolas de Psiquiatría, 38*(6), 332-339.

García-Fernández, M., & Giménez-Mas, S. I. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador. *Espiral. Cuadernos del Profesorado (en línea), 3*(6), 43-52. Obtenido de http://www.cepcuevasolula.es/espiral.

García-Gómez, M. (2015). Evolución de la Inteligencia Emocional en Pacientes con Trastorno de Ansiedad y Depresión.

García-Pérez, T. (1998). La Autopsia Psicológica en el suicidio. *Medicina Legal de Costa Rica, 15 (1-2)*, 22-24.

Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple Intelligences.* Nueva York: Basic Books.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal I Salut Pública. (2014) *Plan de Prevención del Suicidio y Gestión de la Conducta Suicida: "vivir es la salida".* Recuperado de: http://www.prevenciodelsuicidi.san.gva.es/

Giner, L. (2010). *Diferencias en la conducta suicida. Estudio comparativo entre los intentos de suicidio y los suicidios consumados.*

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

Goleman, D. (1995). Emotional Intelligence. New York: Bantam Books. (Trad. Cast. Kairós,1996)

Goleman, D. (1996). *La inteligencia emocional.* Barcelona: Kairós.

Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence.* Nueva York: Bantman. .

Gómez, E. L., Martin, C., & Hurtado, G. (2012). Aspectos clínico-epidemiológicos del suicidio consumado en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría, vol 40*, 333-345.

Gómez-Romero, M., Limonero, J., Toro, J., Montes-Hidalgo, J., & Tomás-Sábado, J. (2018). Relación entre inteligencia emocional, afecto negativo y riesgo suicida en jóvenes universitarios. *Ansiedad Y Estrés, 24*(1), 18-23. doi:10.1016/j.anyes.2017.10.007

González-Ortiz, G. (2018). *Hablemos del Suicidio: Pautas y reflexiones para abordar este problema en los medios.* Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra, S.A. (EUNSA).

Gould, M. S., & Shaffer, D. (1986). The Impact of Suicide in Television Movies. *The New England Journal of Medicine, 315 (11)*, 690-694.

Gracia, R., Henry, M., & Luis, A. (2006). Conducta suicida en trastornos de personalidad. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 108-111.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012). La conducta suicida: información para pacientes, familiares y allegados.

Grupo Regional de Trabajo sobre Prevención de Suicidio en Castilla-La Mancha (2018) *Estrategias para la Prevención del Suicidio y la Intervención ante Tentativas Suicidas.* Plan de Salud Mental Castilla La-Mancha 2018-2025. Recuperado de: https://sescam.castillalamancha.es/files/estrategias_para_la_prevencion_del_suicidio_ok.pdf

Gutiérrez de Piñeres, C., Coronel, E., & Pérez, C. A. (2009). Revisión teórica del concepto de victimización secundaria. *LIBERABIT 15(1)*, 49-58.

Hawkins, K., Hames, J., D. Ribeiro, J., Silva, C., Joiner, T., & Cougle, J. (2014). An examination of the relationship between anger and suicide risk through the lens of the interpersonal theory of suicide. *Journal of Psychiatric Research, 50*, 59-65.

Hawton, K., Clements, A., Sakarovitch, C., Simkin, S., & Deeks, J. (2001). Suicide in doctors: A study of risk according to gender, seniority, and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *Journal of Epidemiology and Community Health, 55*, 296-300.

Henriksson, M. M., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E., Isometsa, E. T., Kuoppasalmi, K. I., & Lonnqvist, J. k. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am.J.Psychiatry, 150*, 935-940.

Herrera, R., Ures, M. B., & Martínez, J. J. (2015). El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto werther o efecto papageno? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría , 35*(125), 123-234. doi:10.4321/S0211-57352015000100009

Hewitt, F., Sherry, & Caelian. (2006). Trait perfectionism dimensions and suicidal behavior . En T. Ellis, *Cognition and suicide* (págs. 215-235). Washington DC: APA books.

Holm-Denoma, J., Witte, T., Gordon, K., Herzog, D., Franko, D., Fichter, M., . . . Joiner, T. (2008). Deaths by suicide among individuals with anorexia as arbiters between competing explanations of the anorexia–suicide link. *Journal of Affective Disorders, 107*, 231–236.

Jamison, J. R. (2000). *Night falls fast: Understanding suicide (2ª edición).* Londres: Picador.

Jiménez, I. A., Morales, M. L., Gelves, C. A., Villamil, D. A., Jiménez, D. A., Cárdenas, M. E., & Navarro, G. A. (1998). Análisis del suicidio a través de la Autopsia Psicológica. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 27*(3), 197-211.

Jiménez, J. .., Martín, S., Pachecho, T., Pérez, J., Robles, J., Santiago, P., & Torras, A. (2011). Guía para familiares. Detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental.

Jiménez, J., Montes, M., Jiménez, A., Mayoral, A., Escudero, J. L., & Cid, E. (2016). Guia para la detección y prevencion de la conducta suicida para profesionales sanitarios y facilitadores sociales. *Publicación en línea DL: M-7673-201*.

Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide.* Cambridge: Harvard University Press.

Joiner, T., Van Orden, K. A, Witte, T. K., Selby, E. A., & Rudd, M. D. (2009). Main Predictions of the Interpersonal–Psychological Theory of Suicidal Behavior: Empirical Tests in Two Samples of Young Adults. *Journal of Abnormal Psychology, 118 (3)*, 634-646.

Jordan, J. (2001). Is Suicide Bereavement Different? A Reassessment of the Literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31(1)*, 91-102.

Jordan, J. (2008). Bereavement after suicide. *Psychiatric Annals, 38*, 1-6. Recuperado el 29 de Abril de 2019, de https://www.johnjordanphd.com/pdf/pub/Jordan_Bereavment%20.pdf

Jordan, J. (2009). After Suicide: Clinical Work With Survivors. *Grief Matters (otoño)*, 4-9.

Jordan, J., & McIntosh, J. (2011). *Grief after suicide: understanding the consequences and caring for the survivors (Series in Death, Dying, and Bereavement).* Nueva York: Routledge.

Karthick, S., & Barwa, S. (2017). A review on theoretical models of suicide. *International Journal of Advances in Scientific Research, 3(09)*, 101-109.

Kessler, R., Borges, G., & Walters, E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 56(7)*, 617-626.

Kim, J. H., Park, E. C., Nam, J.M., . Park, S., Cho, J., Kim, S.J., . . . Cho, E. (2013). The Werther Effect of Two Celebrity Suicides: an Entertainer and a Politician. *PLoS One: e84876*, 1-8. doi:doi:10.1371/journal.pone.0084876

Kreitman, N. (1977). *Parasuicide.* London: Wiley Sons.

Lester, D. (2001). Suicidology: a victimology perspective. *Crisis, 22*(3), 89-90.

López, D. (Enero de 2015). Propuesta de un modelo de autopsia psicológica para casos de suicidio. *Boletín Galego de Medicina Legal e Forense*(21), 9-20.

Mamani, O., Brousett, M., Ccori, D., & Villasante, K. L. (2018). La inteligencia emocional como factor protector en adolescentes con ideación suicida. *Duazary, 15*(1), 39-50. doi:http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2142

Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a Clinical Model of Suicidal Behaviorin Psychiatric Patients. *Am J Psychiatry 156*, 181-189.

Maple, M., Cerel, J., Jordan, J. R., & McKay, K. (2014). Uncovering and Identifying the Missing Voices in Suicide Bereavement. *Suicidology Online, 5*, 1-12.

Martens, J. A. (diciembre de 2016). Las encuestas de victimización: Una herramienta necesaria para el abordaje de la inseguridad en Paraguay. *Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales, 12 (2)*, 239-250.

Mayer, J. D., Roberts, R. D., & Barsade, S. G. (2008). Human abilities: Emotional intelligence. *Annual Review of Psychology*(59), 507-536.

Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. (2000). “Models of emotional intelligence”. En R. Sternberg, *Handbook of Intelligence (2nd ed.)* (págs. 396-420). Nueva York: Cambridge.

Mayz, C. (2009). ¿Cómo desarrollar, de una manera comprensiva, el análisis cualitativo de los datos? *EDUCERE. Artículos arbitrados, 13 (44)*, 55-66.

McMenamy, J. M., Jordan, J. R., & Mitchell, A. M. (2008). What do Suicide Survivors Tell Us They Need? Results of a Pilot Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior 38 (4)*, 375-389.

Mérida, S., Quintana, C., Rey, L., & Extremera, N. (2014). Inteligencia Emocional, ideaciones y comportamientos suicidas en estudiantes universitarias: el efecto mediador del estrés percibido. Universidad de Málaga.

Mikolajczak, M. (2009). Moving beyond the ability-trait debate: A three level model of emotional intelligence. *E-Journal of Applied Psychology, 5*, 25-32.

Müller, F. (2011). El “Efecto Werther” – Gestión de la Gestión de la información del suicidio por la prensa española en el caso de Antonio Flores y su repercusión en lo receptores. *Cuadernos de Gestión de Información*, 65-71.

Neimeyer, R. A. (2000). The language of loss: Grief therapy as a process of meaning reconstruction. . En R. A. Neimeyer, *Meaning reconstruction and the experience of loss* (págs. 261-292). Washington, DC: American Psychological Association.

Neira, H. (2017). Suicidio soberano y suicidio patológico. . *Ideas y Valores 66 (164)*, 151-179.

Neuman, E. (2001). *Victimologia. El rol de la victima en los delitos convencionales y no convencionales.* Buenos Aires, Argentina: Universidad.

Neuringer, C. (1988). The thinking processes in suicidal women. En D. Lester, *Why women kill themselves* (págs. 43–52). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Neuringer, C., & Lettieri, D. J. (1971). Cognition attitude, and affect in suicidal individuals. *Life-Threatening Behavior, 1*, 106–124.

Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., & Strauss, M. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *The British Journal of Psychiatry,197*, 234-243. doi:10.1192/bjp.bp.109.074633

OMS. (2000). PREVENCIÓN DEL SUICIDIO ¿CÓMO ESTABLECER UN GRUPO DE SUPERVIVIENTES? Ginebra.

OMS. (2000). PREVENCION DEL SUICIDIO UN INSTRUMENTO PARA MÉDICOS GENERALISTAS Ginebra.

OMS. (2000). PREVENCIÓN DEL SUICIDIO UN INSTRUMENTO PARA PROFESIONALES DE LOS MEDIOS DE COMUNICACION. Ginebra.

OMS. (2000). PREVENCION DEL SUICIDIO UN INSTRUMENTO PARA TRABAJADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. Ginebra.

OMS. (2001). PREVENCIÓN DEL SUICIDIO UN INSTRUMENTO PARA DOCENTES Y DEMÁS PERSONAL INSTITUCIONAL. Ginebra.

OMS. (2006). PREVENCIÓN DEL SUICIDIO UN INSTRUMENTO EN EL TRABAJO. Ginebra.

OMS. (2006). PREVENCIÓN DEL SUICIDIO, RECURSO PARA CONSEJEROS. Ginebra.

OMS. (2009). PREVENCIÓN DEL SUICIDIO UN INSTRUMENTO PARA POLICÍAS, BOMBEROS Y OTROS SOCORRISTAS DE PRIMERA LÍNEA. Ginebra.

OMS, & IASP. (2007). PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN CÁRCELES Y PRISIONES. Ginebra.

Orbach, I., Bar-Joseph, H., & Dror, N. (1990). Styles of problem solving in suicidal. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 20*, 56-64.

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol.* Ginebra.

Osakidetza (2013). *Programa Piloto de Prevención de la Conducta Suicida*

Parellada, M.J. (2009). Concepto y antecedentes históricos. En M. J. Parellada Redondo (Ed.), TDAH. Trastornos por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta. Madrid: Alianza Editorial.

Phillips, D. P. (1974). The Influence of Suggestion on Suicide: Substantive and Theoretical Implications of the Werther Effect. *American Sociological Review, 39*, 340-354.

Pita, S., Vila, M., & Carpente, J. (1997). Determinación de factores de riesgo. *Cadernos de atención primaria, vol. 2*, 75-78.

Pitman, A. L., Osborn, D. P., Rantell, K., & King, M. B. (2016). The stigma perceived by people bereaved by suicide and other. A cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *Journal of Psychosomatic Research, 87*, 22-29. Obtenido de https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.05.009.

Placidi, G. P., Oquendo, M. A., Malone, K. M., Brodsky, B., Ellis, S. P., & Mann, J. (2000). Anxiety in major depression: relationship to suicide attempts. *Am J Psychiatry, 157 (10)*, 1614-1618.

Pollock, L. R., & Williams. (2004). Problem-solving in suicide attempters. *Psychological Medicine, 34*, 163–167.

Provini, C., Everett, J. R., & Pfeffer, C. R. (2000). Adults mourning suicide: Self-reported concerns about bereavement, needs for assistance, help-seeking behavior. *Death Studies, 24*, 1-19.

Pulido, F., & Lopera, M. R. (2009). Guía de intervención psicosocial y cuidados de duelo. *Instituto Provincial de Bienestar Social, Diputación de Córdoba*. Córdoba.

Range, L. (1998). When a loss is due to suicide: Unique aspec of bereavement. *Journal of Personal and Interpersonal Loss, 1*, 71-81. doi:10.1080/15325029608415460

Reijas, T., Ferrer, E., González, A., & Iglesias, F. (2013). Evaluación de un Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida. *Actas Españolas de Psiquiatría 41(5)*, 279-286 .

Reyes-Mate, M. (2019) Esperando a los presos o el reconocimiento de un capital moral y político que puede ser o no ser. En A. Rivera y E. Mateo. (Ed.), *Víctimas y política penitenciaria* (pp.15-31). Madrid, España: Editorial Catarata

Riello, M., & Carbone, S. (2014). Establecimiento y Mantenimiento de grupos de Apoyo para Personas en Duelo por Suicidio: Herramientas para Facilitadores . *EUREGENAS*.

Rodríguez, A. (2010). Autopsia Psicológica: Una herramienta útil para el peritazgo psicológico. Obtenido de http://psicologiajuridica.org/archives/214

Roldán, H. (1987). Prevención del suicidio y sanción interna. *Anuario de derecho penal y ciencias penales, tomo 40*, 625-646.

Román, V., & Abud, C. (2017). Comunicación, infancia y adolescencia. Guia para periodistas. *Suicidio*. Red Argentina de Periodismo Científico, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Romero, M. A. (2011). La politización de la vida en las sociedades de normalización en la obra de Michel Foucault. *IX Jornadas de Sociología* . Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Romero, M. A., & Gonnet, J. P. (2013). Un diálogo entre Durkheim y Foucault a propósito del suicidio. *Revista Mexicana de Sociología 75, núm. 4*, 589-616.

Rudd, M. (2004). Cognitive therapy for suicidality: An integrative, comprehensive, and practical approach to conceptualization. . *Journal of contemporany psychotherapy. 34*, 59-72.

Rudd, M. D. (2008). Suicide Warning Signs in Clinical Practice. *Current Psychiatry Reports, Volume 10*, 87-90.

Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner, T. E., Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M., . . . Witte, T. (2006). Warning Signs for Suicide: Theory, Research, and Clinical Applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior 36 (3)*, 255-262.

Sabaté, J. (1987). Desviación y control en las sociedades avanzadas. *Revista de Sociología, Universitat de Barcelona (23)*, 141-163.

Sáiz, P. A., Rodríguez, J., González, L., Burón, P., Al-Halabí, S., Garrido, M., . . . Bobes, J. (2014). Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Barcelona) 7 (3)*, 131-138.

Salman, D. G. (2011). Futuro imperfecto: dimensión hermenéutico-simbólica del suicidio en la obra de Jorge Semprún. *Tésis doctoral*. México o D.F: Universidad Iberoamericana.

SAMUR, Protección Civil (2015). *Procedimiento de Actuación Coordinada para la Prevención del Suicidio. Código 100*. Manual de Procedimientos 2015 versión 6.0

Sands, D., & Tennant, M. (2010). Transformative Learning in the Context of Suicide Bereavement. *Adult Education Quarterly, 60(2)*, 99-121. doi:10.1177/0741713609349932

Sarchiapone, M., Mandelli, L., Carli, V., Iosue, M., Wasserman, C., Hadlaczky, G., . . . Agn. (2014). Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. *Sleep Medicine 15 (2)*, 248-254.

Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., de Graaf, R., Asmundson, G. J., ten Have, M., & Stein, M. B. (2005). Anxiety Disorders and Risk for Suicidal Ideation and Suicide Attempts. *Arch Gen Psychiatry, vol 62*, 1249-1257.

Sareen, J., Houlahan, T., Cox, B. J., & Asmundson, G. J. (2005). Anxiety Disorders Associated With Suicidal Ideation and Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. *he Journal of Nervous and Mental Disease, vol 193*, 450-454.

Schotte, D. E., & Clum, G. A. (1987). Problem-solving skills in suicidal psychiatric. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 49-54.

Servicio de Salud del Principado de Asturias (2018): Protocolo de Detección y Manejo de Caso en Personas con Riesgo de Suicidio.

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide Life Threat Behavior (37)*, 248-263.

Stone, D., Holland, K., Bartholow, B., Crosby, A., Davis, S., & Wilkins, N. (2017). Prevención del suicidio: Paquete técnico de políticas, programas y prácticas. Atlanta, GA: Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

Strauss, S., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada.* Medellín: Universidad de Antioquia, Contus.

Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Extremeño de Salud. (2018). *Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de las Conductas Suicidas.* Recuperado de: https://saludextremadura.ses.es/smex/pismex

Servei Català de la Salut. (2015). *Atenció a les persones en risc de suïcidi: codi risc de suïcidi (CRS)*. CatSalut instrucció; 10/2015. Recuperado de: http://hdl.handle.net/11351/1654

Servicio de Salud del Principado de Asturias. Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria UCOSAM. (2018). *Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio.* Recuperado de: https://www.astursalud.es/documents/31867/225127/PROTOCOLO+SUICIDIO+def.pdf/48775c44-b688-961e-be16-f81511d4eba2

Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement:. *Death Studies, 23*, 197-224.

Suárez-Colorado, Y. (2012). La inteligencia emoiconal como fatcor protector ante el suicidio en adolescentes. *Revista de psicología GEPU*, 182-200.

Tal Young, I., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience; 14*, 177–186 .

Tejedor, C., Díaz, A., Faus, G., Pérez, V., & Solà, I. (2011). Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona. *Actas Esp Psiquiatr 39 (5)*, 280-287.

Testoni, I., Francescon, E., De Leo, D., Santini, A., & Zamperini, A. (2019). Forgiveness and Blame Among Suicide Survivors: A Qualitative Analysis on Reports of 4-Year Self-Help-Group Meetings. *Community Mental Health Journal, 55*, 360-368. doi:https://doi.org/10.1007/s10597-018-0291-3

Tizón, J. L. (2007). *Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis.* Barcelona: Herder Editorial.

Tollefson, T. (2015). Life after Death: Coping in the Aftermath. *Revista de Victimología*, 11-25. doi:10.12827/RVJV.2.01

Tovilla, C. A., & Mendoza, A. (2012). Los Genes, el sistema serotoninergico y la conducta suicida . *International Journal of Psychological Research, 5(1)*, 52-58 .

Trujillo, M. M., & Rivas, L. A. (2005). Orígenes, evolución y modelos de inteligencia emocional. *INNOVAR, revista de ciencias administrativas y sociales*, 9-24.

Tuesca, R., & Navarro, E. (2003). Factores de riesgo asociados alsuicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.), 17:*, 19-28.

Ugoani, J. N., Amu, C. U., & Calu, E. O. (2015). Dimensions of emotional intelligence and transformational deadership: A correlation analysis. *Independent Journal of Management & Production (IJM&P), 6 (2)*, 563-584.

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review, 117 (2)*, 575-600.

Van Praag, H. (2009). The role of religion in suicide prevention . En D. Wasserman, & C. Wasserman, *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective* (págs. 7-12). Oxford: Oxford University Press.

Vargas, H. B., & Saavedra, J. E. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista de Neuropsiquiatría 75 (1)*, 19-28.

Varona, G., de la Cuesta, J. L., Mayordomo, V., & Pérez, A. I. (2015). *VICTIMOLOGÍA: Un acercamiento a través de sus conceptos fundamentales como herramientas de comprensión e intervención.* Open Class Ware.

Vázquez, J. P. (2012). La concepción de hecho social en Durkheim. De la realidad material al mundo de las representaciones sociales. *Política y Sociedad, Vol. 49 Núm. 2*, 331-351 .

Verona, E., Joiner, T. E., & Patrick, C. J. (2001). Psychopathy, Antisocial Personality, and Suicide Risk. *Journal of Abnormal Psychoioey, vol 110, no 3*, 462-470.

Weisinger, H. (1998). *La inteligencia emocional en el trabajo: la comprensión de las propias emociones como una forma de lograr la comunicación óptima.* Buenos Aires: Josse-Bass.

Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology 12* , 189–201.

Werlang, B. G., & Botega, N. J. (2003). A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 25*(4), 212-219.

Wilcox, H., Conner, K., & Caine, E. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence, 76(Suppl.)*, 11-19.

Williams, J. M., Barnhoffer, T., Crane, C., & Duggan, D. S. (2006). The role of overgeneral memory in suicidality. En T. E. Ellis, *Cognition and suicide: Theory,* (págs. 173–192). Whashington DC: APA Books.

Williams, K. L., & Whitte, T. K. (2018). Media Reporting on Suicide: Evaluating the Effects of Including Preventative Resources and Psychoeducational Information on Suicide Risk, Attitudes, Knowledge, and Help-Seeking Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 48*(3), 253-270. doi:10.1111/sltb.12355

Wilson, J. K. (2009). *The praeger handbook of victimology.* California: ABC-CLIO.

World Health Organization, WHO (2008). Preventing Suicide: How to Start a Survivors' Group,. Geneva: Department of Mental Health & Substance Abuse, World Health Organization.

World Health Organization, WHO. (2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization, WHO. (2014). *Preventing suicide: a global imperative.*

World Health Organization, WHO. (2018). *Mental Health Atlas 2017.* Geneva: World Health Organization.

Xunta de Galicia, Conselleria de Sanidade. (2017). *Plan de Prevención Del Suicidio: Líneas estratégicas*

INFORME EJECUTIVO

INFORME EJECUTIVO

Resumen

El presente trabajo teórico-práctico propone un análisis interdisciplinar del suicidio al hilo de la estrategia de actuación emprendida en Navarra. Se abarcan dimensiones micro y macro que van desde la génesis del comportamiento autolesivo hasta el tabú que lo envuelve, pasando por las estrategias para darle respuesta, el papel de los medios de comunicación en esta tarea y la realidad superviviente. Se plantea y discute la pertinencia de la autopsia psicológica y el enfoque victimológico para la investigación y postvención, así como la importancia de la educación emocional en materia preventiva. La aproximación se realiza a través de una revisión bibliográfica y entrevistas en profundidad a integrantes de la Comisión Interinstitucional para la Prevención y Actuación ante Conductas Suicidas de Navarra, junto con otros informadores clave. Se concluye la necesidad de encontrar el equilibrio entre cuestiones éticas y prácticas, de enriquecer enfoques y enfrentar firme y comprometidamente el reto de la coordinación.

Introducción

El suicidio es una preocupación social atemporal (Aguilar, 2018) que no podemos seguir posponiendo. Sus motivos más profundos plantean incógnitas, aunque algo evidente es que no existe de forma aislada, sino que requiere contextualización. Anclado en el tejido social, se trata de un grave problema de salud pública; un fenómeno global que se cobra alrededor de 800.000 vidas al año, que provoca una muerte cada 40 segundos y esconde unos 20 intentos por cada fallecimiento.

Ni lo anterior, ni la horquilla de entre 6 y 14 personas gravemente afectadas por el fallecimiento pueden ignorarse. Con todo, otros temas marcadamente menores en cifras parecen atraer mayor atención por parte de medios, instituciones públicas y población general.

Sin ser contradictorio, empieza a identificarse un cambio en el discurso general sobre el suicidio, dado que se habla ya de la viabilidad de su prevención. Esquivando los tabús y mitos hasta ahora imperantes que reducían el acto a “lo privado”, cada vez se insta con mayor determinación a la responsabilización social ante el suicidio.

Como piezas de un puzle que aun reivindican encajar, los medios de comunicación, los supervivientes, la autopsia psicológica, la inteligencia emocional o la victimología son actores a veces olvidados, perspectivas que podrían enriquecer el análisis y herramientas aplicables que conviene considerar. La criminología, aquella ciencia que sugiere discernir lo anterior.

Contando con un ejemplo paradigmático de apuesta por tal abordaje basado en la cooperación, el de Navarra, nos es posible contrastar el conocimiento teórico disponible sobre el suicidio con la puesta en práctica de un diseño de intervención que supuestamente lo reúne.

Teniendo todo lo anterior en cuenta, el trabajo se propone definir y presentar la complejidad y amplitud del fenómeno y contemplar la interdisciplinariedad como forma eficaz de abordarlo. Asimismo, sugiere analizar la estrategia mencionada, contribuir al debate sobre la pertinencia de incluir algunas herramientas, perspectivas y aportaciones a la prevención y acción ante el suicidio, y evidenciar la necesidad de un plan nacional de prevención del suicidio en un país, España, que actualmente carece de uno.

Metodología

Para la consecución de tales fines ha sido imprescindible realizar un estudio teórico previo que dote de conocimiento suficiente para entender el fenómeno y así analizar el contenido de la estrategia. La base teórica ha servido también para respaldar propuestas que aparecen lo largo del documento y contextualizar lo sugerido por los profesionales con los que se ha tenido contacto.

Conociendo que el investigador cualitativo se hace partícipe de la realidad que investiga por poner esfuerzos en intentar comprenderla y estudiarla (Mayz, 2009), la parte empírica se desarrolla por medio de entrevistas en profundidad a informadores clave. Por un lado a los profesionales y personas que integran la Comisión Interinstitucional en Navarra, y por el otro, a aquellas que acercan otras realidades propuestas para discusión; la educación emocional y la victimología, concretamente. Para hacer manejable toda la información recogida, se escoge el método comprensivo de análisis.

Las principales limitaciones a mencionar serían la incapacidad de acceder a todos y cada uno de los ámbitos representados en la Comisión y la escasez de tiempo para abarcar la amplitud de temas que sugiere el estudio.

Abordaje teórico del fenómeno suicida

La aproximación teórica comienza por poner el foco en el fenómeno. Así, tenemos en primer lugar modelos explicativos o perspectivas globales que a lo largo de la historia han interpretado el suicidio con prioridad temática dispar: mientras que algunas lo consideran un ejemplo de desviación o patología social (Durkheim, 1985) e, incluso, una forma de rebelión contra el poder que busca gestionar la vida (Foucault, 1999), otras lo conciben como consecuencia de una serie de procesos y características que nacen o

se desarrollan en la psique del individuo (por ejemplo Wenzel & Beck, o T. Joiner en 2008 y 2005, respectivamente). Reuniéndolas, se empiezan a dar claves para entender el contexto social que estigmatiza el comportamiento y su entorno, y se va dando cuenta de la variedad de factores influyentes en la génesis o desarrollo del mismo.

La revisión de los elementos que beben de las teorías anteriores es imprescindible para reflejar la multicausalidad etiológica del suicidio, también para guiar la prevención identificando grupos vulnerables y de riesgo. Si bien la gran mayoría de los suicidios tiene detrás una circunstancia precipitante (que suele asociarse a situaciones de algún modo adversas), sería erróneo pensar que un evento aislado es su única causa: el suicidio es multicausal y el abanico de factores a considerar, amplio.

Entre los de riesgo destacan por su peso los intentos previos, la historia cercana de suicidio, la desesperanza, el sentimiento de ser una carga, los trastornos mentales y los eventos vitales estresantes. Para los dos últimos, el modelo biomédico y el contextual-fenomenológico, respectivamente, buscarían fomentar la prevención por vías complementarias. A su vez, es manifiesta una sobrerrepresentación de varones, tercera edad y juventud, y el acceso a medios, cronicidad de una enfermedad o el dolor causado por ésta, junto con algunos rasgos psicológicos, factores de riesgo también.

Existen en el otro lado de la balanza factores protectores con igual importancia si se potencian. Aquí se recoge el apoyo social, las creencias religiosas o espiritualidad, con algún matiz, las estrategias positivas de afrontamiento y la inteligencia emocional (IE). De los modelos imperantes sobre la última, se enfatiza en los de habilidad, que precisamente defienden que las destrezas propias de la IE (saber pedir ayuda, gestionar las propias emociones, adecuar el pensamiento…) pueden aprenderse, en contraposición a lo que se defiende desde los modelos de rasgo. Con todo, llegamos a saber que una alta inteligencia emocional previene del suicidio, y, en personal sanitario, asistencial o comunitario que trata con conductas de esta índole, prevé una mayor eficacia. El trabajo educativo de la misma podría por ello sugerir ser una prioridad.

Aceptando que el comportamiento autolesivo es generalmente un proceso sobre el que cabe intervenir (ideación, comunicación y conducta suicida según Silverman et al. (2007)), las señales de alarma para el suicidio tienen cabida en el análisis teórico. Agrupadas en verbales y no verbales, aunque en el fondo ambas acciones comunicativas, deben considerarse puertas abiertas a la prevención si el entorno sabe identificarlas e interpretarlas. Con lo anterior, citar y desmentir mitos en torno al suicidio es importante dado que consisten en falsas creencias que, conformando la representación social del suicidio, en ocasiones simplifican sus causas y reducen la

responsabilidad de participar en su prevención por hacerla parecer difícil o incluso imposible. Ejemplo sería considerar que la conducta suicida es inherente al trastorno mental o creer que “el que lo hace no lo dice”, llevando a ignorar advertencias.

Señales y mitos tienen en común el desconocimiento generalizado sobre el fenómeno con el que cuenta el ciudadano medio, pudiendo esto relacionarse con el silencio que ha envuelto el acto durante siglos. No es inaudito toparse a lo largo de la historia con sanciones religiosas, sociales y legales ante el suicidio (Jamison, 2000), lo que refleja que nos encontramos ante una conducta que escapa de la norma o la expectativa social, terminando por considerarse desviada desde una perspectiva sociológica. Sea por romper con los cánones del instinto de supervivencia o por vincularse al obscurantismo que envuelve todo tema relacionado con la muerte, el tabú que pesa sobre el suicida y su entorno es evidente. Lo que cabe rescatar es que un problema del que no se habla es un problema que no existe, trayendo esto serios problemas en prevención y el proceso de postvención.

Al hilo de lo anterior estaría considerar que si el suicidio es un fenómeno silenciado, aún lo es más su duelo, y todos, directa e indirectamente, afectan a otras personas. Este trabajo subraya que un suicidio supone ante todo un drama vital (García, García, & González, 2018), convocando a conocer el relato de quienes quedan.

Todo empieza por reconocer que el impacto de un suicidio es devastador, equiparable a la experiencia de haber estado en un campo de concentración o haber vivido un conflicto según la APPAC (Association of Psichology and Psichiatry for Adults and Children), lo que justifica que los allegados sean llamados supervivientes. El motivo se encuentra en las particularidades del duelo que esconde la palabra, donde estarían una más larga duración, la búsqueda de porqués o sentido, los sentimientos de culpa y vergüenza e incluso el rechazo hacia la persona fallecida, entre otras cosas.

La falta de estructura y saber social para recoger y acompañar este duelo acentuaría algunos de los sentimientos y haría surgir otros, traduciéndose en un menor apoyo que facilita el aislamiento. La incomprensión que perciben los allegados al exteriorizar sus emociones, necesidades e incertidumbres, hace probablemente que con quien mayor complicidad encuentren sea con otros en su misma situación (McMenamy, Jordan y Mitchell, 2008). Dando respuesta a sus propias necesidades vienen por ello creando grupos de apoyo mutuo y espacios para el diálogo donde compartir su vivencia, reconstruir una identidad dañada y encontrar algunas de las respuestas que tanto anhelan. En estos espacios, las personas supervivientes se convierten en aliados de la prevención por restaurar elementos propios de su duelo que los convierten en un grupo

con alto riesgo de reproducir la conducta. Por las dos últimas afirmaciones, deberían ser el foco de intervenciones indicadas que fueran más allá de su propia autoorganización y, a su vez, agentes imprescindibles con los que contar en la labor preventiva del suicidio.

Quepa un apunte más sobre su potencial preventivo: si un factor de riesgo es el sentimiento de ser una carga para los demás, el mensaje de estas personas, dando cuenta de su situación y desconsuelo, podría propiciar un efecto disuasorio considerable, al que a propósito, aun apelan se le haga eco desde los medios de comunicación social.

La victimología, en este contexto, se presenta como una ciencia con bagaje e interés teórico suficiente (estudio de la victimización secundaria y trabajo de la postvención) para ahondar en esta realidad invisibilizada, además de contar con herramientas diseñadas a tal efecto que podrían adecuarse al caso que nos ocupa (encuestas de victimización).

En cualquier caso, la prevalencia y evidente impacto del fenómeno requieren desde hace tiempo una respuesta. La Organización Mundial de la Salud (2014) recalca que el suicidio puede prevenirse si la respuesta es eficaz; esto es, si se cuenta con una estrategia integral y multisectorial de prevención. Para ello, difunde una serie de directrices generales que engloban acciones enérgicas como las que siguen:

- restringir el acceso a los medios para la autolesión
- asegurar un seguimiento y apoyo comunitario suficiente a personas que ya han mostrado alguna conducta lesiva
- promover políticas sociales de reducción de consumo nocivo de alcohol
- fomentar la identificación temprana, tratamiento y atención de personas con factores de riesgo clave como son la salud mental, el abuso de sustancias, dolores crónicos y trastorno emocional agudo
- formar a personal sanitario no especializado en la evaluación y gestión de conductas suicidas; (extensible a la población general)
- estrechar lazos con los medios de comunicación, pidiendo una información responsable por parte de estos

En pocas palabras, busca reducir los factores de riesgo y adecuar el entorno para identificar y gestionar mejor las conductas suicidas, así como embarcar en el reto a agentes sociales que van más allá del clásico enfoque biomédico de prevención.

Entre los últimos estarían los medios de comunicación, actores universalmente relacionados al efecto Werther, o de contagio, por un amplio bloque de literatura científica (Müller, 2011; Gould & Shaffer, 1986). A veces obviado, su efecto sobre las creencias, actitudes y comportamientos de las personas podría emplearse con fines preventivos, dando lugar al llamado efecto Papageno, que cuenta igualmente con respaldo empírico (Niederkrotenthaler, Voracek, Herberth, Till, & Strauss, 2010). Más allá, este trabajo considera que los medios son una poderosa herramienta para la educación y formación de la sociedad, pudiendo hacerla más capaz de identificar señales de alarma y factores conflictivos que permitan la identificación temprana y posterior intervención con personas en riesgo. En la misma línea, naturalizando el duelo, difundiendo informaciones indicadas o disuasorias, pueden jugar un papel esencial interfiriendo en cogniciones erróneas y reduciendo el estigma que pesa sobre los supervivientes, lo que favorece al proceso de postvención (Román & Abud, 2017). En cualquier caso, es un aspecto a considerar que los profesionales de la comunicación podrían carecer de directrices y confianza para comenzar la colaboración, no recibiendo la formación necesaria y no estando siempre contemplada su presencia en el diseño de estrategias.

Volviendo a la OMS, encontraríamos reiterada mención a la necesidad de desarrollar planes preventivos a nivel nacional para asegurar la integralidad de la respuesta. De forma más que clara, en la reciente publicación "*National suicide prevention strategies: Progress, examples and indicators."* (OMS, 2018) se apuntan sus beneficios: dejar constancia de la magnitud del fenómeno y reconocerlo como grave problema de salud pública, elevándolo a la agenda política; mostrar el compromiso gubernamental de abordarlo; aportar un marco estructural y científico que incluya aspectos relevantes en prevención; indicar cuáles son los recursos necesarios y disponibles para intervenir; moldear promoción, sensibilización y comunicación en los medios y proponer un marco de monitorización y evaluación.

Por si lo anterior dejase algún cabo suelto, la OMS (2012) explica los componentes esenciales (liderazgo, intervenciones, visión y evaluación) y las intervenciones troncales (2014) (reducir medios, formación de la juventud en herramientas para la vida diaria, identificación temprana, manejo y seguimiento y colaboración con los medios de comunicación) para el cometido.

Una herramienta no contemplada en ningún apunte anterior es la autopsia psicológica, valoración retrospectiva de la personalidad y la vida de una persona ya fallecida que busca reconstruir sus particularidades socio-psico-patológicas (Burgos, 2006). De esta se debate la utilidad en investigación tras un suicidio, planteando su

pertinencia dese la necesidad de un conocimiento fenomenológico más exhaustivo para adecuar estrategias y servicios, y a su vez, como salida al vacío de información y sentido al que refieren los supervivientes.

Análisis interdisciplinar del comportamiento suicida al hilo de una estrategia autonómica de actuación

Este fenómeno del que ha llegado a conocerse la complejidad y multicausalidad intrínseca sugiere que el abordaje integral al que se refiere la OMS no será sencillo. Por incluir variedad de escenarios de actuación (ambiental, individual, asistencial…) metodologías (educacional, clínica, comunitaria…) y profesionales con aptitud para actuar, la respuesta será inexcusablemente multidimensional. Aún, entendiendo que las alianzas y la sinergia entre ámbitos y agentes son imprescindibles, la integralidad de la respuesta superará la "multi", y se elevará a la "inter" – disciplinariedad.

Compuesta por un Protocolo de Colaboración Interdepartamental y una Comisión Interinstitucional de Coordinación para la Prevención y Atención de las Conductas Suicidas, la estrategia de la Comunicad Foral de Navarra conformaría el objeto de análisis principal del trabajo, si bien del acercamiento surgen otras temáticas de interés. Se ha optado por esta estrategia por haber tenido contacto directo con profesionales y personas de alguna forma vinculadas a la misma; parte activa de la Comisión creada para velar por la aplicación, evaluación y desarrollo del Protocolo.

Constituye, según la Fundación Española para la Prevención del Suicidio, "el mayor y mejor ejercicio de planificación preventiva de la conducta suicida del que se dispone actualmente en España", y, en lo que a nuestro análisis refiere, una clara apuesta por la interdisciplinariedad. El Protocolo reúne a los principales agentes sociales en prevención y actuación en la comunidad y diseña el trabajo en red por medio de una serie de flujogramas. Asimismo, describe cada ámbito, promueve la formación de los y las profesionales y habla de la necesidad de sensibilización. Además, incluye a los medios de comunicación, y, aunque no quedan plasmados en el documento, también a supervivientes y Policía Foral (autonómica de Navarra), que sí ven representada su postura en la Comisión.

En lo que al protocolo se refiere, a través de las entrevistas y en relación a las premisas de la OMS, el principal hándicap que se llega a identificar es la apremiante necesidad de actualización, vista la obsolescencia de algunas de sus referencias y cómo el trabajo en el marco de la estrategia parece haber ido mucho más allá de lo que queda plasmado en el papel.

Al mismo tiempo, si bien el Protocolo es el eje principal de la estrategia navarra por definición, la Comisión resulta ser, a ojos de este trabajo, el verdadero valor de la misma. Se reconoce que ambas líneas son necesarias y complementarias entre sí, pero la segunda, compuesta por personas, aproxima el dinamismo, personifica grandes sistemas de otra forma inabarcables y acepta el desafío como necesariamente prolongado en el tiempo.

De lo volcado en las entrevistas se encuentran tres núcleos de ideas que, relacionadas, permiten una reflexión global sobre el actual funcionamiento del ente y sus posibles mejoras: i) parece necesaria una mayor dotación material y humana (liberación o compensación de los profesionales implicados), dado que muchos de sus participantes reflejan su implicación en términos de sobrecarga; ii) se ha valorado que exista un cierto motor inspirado por la sensibilidad personal de los participantes, pero se ha advertido que es más bien arriesgado delegar en el denuedo de puestos cambiantes el rumbo y la acción de una herramienta de este calibre; ii) existe una limitada capacidad individual para alterar el funcionamiento de los sistemas que se respaldan.

Especialmente atendiendo a los dos primeros aspectos, las mejoras planteadas pasan por fomentar una visión conjunta (misma disponibilidad y responsabilidad), definir una misión compartida (objetivos comunes) y crear una figura de liderazgo que represente la autoridad técnica y guíe el trabajo conjunto.

Más allá de la estrategia, del trabajo teórico-práctico se desprenden varias reflexiones que revelan retos actuales en relación a la conducta suicida:

I. la necesidad de mejorar la recogida y gestión de datos, para crear fuentes más fiables que posibiliten dimensionar la gravedad fehaciente del fenómeno y reconocer suicidios todavía invisibilizados, como sucede con los que ocurren en la vejez;
II. la necesidad de formar a profesionales y población general para identificar y gestionar conductas suicidas, siendo el paso siguiente asegurar el seguimiento prolongado en el tiempo, antídoto contra la desesperanza;
III. la urgencia de responder ante la soledad, factor quid reiterado en las entrevistas que nos convoca especialmente como sociedad, estando ante la percepción subjetiva del aislamiento;
IV. el requerimiento de contemplar la promoción de la salud emocional más allá de la patologización, haciendo accesible, diverso, gratuito, anónimo y profesional el servicio que se preste para promoverla;

V. y la preocupación por las conductas autolesivas en población joven, frecuente y grave en lo que refiere a sus efectos y finalidad. Se sugiere que podríamos estar ante una conducta “ansiolítica” más que “autolítica”, lo que, como sociedad, reclama reflexionar

Asimismo, y con la misma base, cabría el análisis de las entrevistas y la posterior reflexión en torno a otros núcleos temáticos ya introducidos: la realidad superviviente y la pertinencia de la autopsia psicológica, el enfoque victimológico y el impulso de la educación emocional. Para cada uno se cuenta con un informador clave, si bien no se excluyen aportaciones pertinentes del resto de personas consultadas.

En lo referente a los supervivientes se contaría con la entrevista realizada a la presidenta de la Asociación Besarkada-Abrazo, miembro de la Comisión y madre de un joven que hace cinco años se quitó la vida, y en el caso de la victimología, con una docente universitaria experta en victimología, Doctora Investigadora permanente del Instituto Vasco de Criminología. La educación emocional, por su parte, se analiza de la mano de un formador en competencias emocionales para el profesorado, y la autopsia psicológica, a través de las cuestiones planteadas por un médico forense, miembro de la Comisión Interinstitucional también.

Nos encontramos así con que si discurso social, conocimiento y conciencia en torno al suicidio están cambiando, es en gran medida gracias al esfuerzo de las personas afectadas por este, siendo visible su esfuerzo por visibilizar la propia experiencia, impulsar la conversación pública sobre el suicidio y poner en valor su disposición a colaborar en mejorar estrategias de prevención y otras iniciativas que les afectan. Hasta el momento, gran parte de la población y las instituciones sociales, por simple desconocimiento, ni comprendemos ni apoyamos su duelo, y sin embargo, lo tendemos a acentuar. De todo lo anterior se deduce que es necesario generar o apoyar un discurso social que sirva para acompañar al superviviente y prevenir la conducta, pudiendo empezar por escuchar lo que los y las supervivientes tienen que decir.

Al hilo, el enfoque victimológico representaría una figura sensible a colaborar en el entendimiento y apoyo a la postvención, mayormente porque el corpus teórico que lo rige evita adoptar una figura paternalista y promueve un trabajo basado en la escucha activa, el empoderamiento y el valor de la vivencia individual. La reflexión en este caso empieza considerar que la ciencia no restringe la aplicabilidad de su saber a quienes sufren las consecuencias de un delito, sino que, más bien, abarca realidades parejas sobre la idea de sufrimiento, el concepto de victimización secundaria y estigmatización. La conclusión es que contamos con una ciencia más que subsidiaria a la hora de

informar el trato con quienes han vivido una crisis suicida o han perdido a alguien a consecuencia de esta.

Sobre la educación emocional cabría decir que del mismo modo que entendemos el lenguaje o la destreza tecnológica como requisitos para el progreso individual, las habilidades relacionadas a las emociones serían de forma equivalente esenciales. A lo largo del trabajo, la inteligencia emocional se plasma como prioridad en cualquier estrategia o plan preventivo, apuntando que sus beneficios o resultados no quedarían en ningún caso acotados a la prevención de conductas suicidas, sino más bien a todo comportamiento que de un modo u otro, limitaría el desarrollo psicosocial de las personas. Además, se sugiere que podría potenciar la efectividad de otras medidas por hacer a sus destinatarios más proclives a beneficiarse de estas.

Por último, surgirían importantes interrogantes en lo referido a la autopsia psicológica. Entre los pormenores técnicos estaría reflexionar hasta qué punto un comportamiento tan poliédrico y complejo como es el suicidio puede estandarizarse y comprimirse en un análisis causal, cualidades intrínsecas al saber científico que impulsa el instrumento. Asimismo, tendría cabida la discusión sobre cuál es el profesional competente para su aplicación. Las cuestiones éticas englobarían la necesidad de encontrar el equilibrio entre la ausencia de información sobre las circunstancias de la muerte (recogida como fuente de incertidumbre y dolor para supervivientes) y el derecho a preservar y respetar la privacidad de la persona fallecida y del entorno. Se plantea, en esta misma línea, que la explicación causal del suicidio no tiene por qué ser reconfortante ni suficiente de cara a lograr la postvención.

Otras consideraciones finales pasarían por contemplar la criminología como una ciencia pertinente en el ámbito. En ese sentido se ve necesario potenciar el interés y estudio del fenómeno suicida en las aulas que ofrecen la titulación, dado que la transversalidad del currículum académico de la misma incluye disciplinas y metodologías oportunas para su comprensión y abordaje, desde las que ha demostrado competencia para a participar activamente en su prevención.

Para finalizar, la ausencia de un plan de actuación nacional representaría un vacío de referencias comunes para las estrategias que se van desplegando en diferentes Comunidades Autónomas, lo que las hace desiguales (dispares en su perspectiva y aplicabilidad). En este sentido debe remarcarse que la OMS (2018), editaba un documento suficientemente pormenorizado para blindar de toda excusa la no puesta en marcha del proyecto insistentemente demandado por las asociaciones de supervivientes.