

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/348541319>

# Suicidio Policial: Guía para una Prevención Eficaz

Book · January 2021

CITATIONS

0

READS

1,768

1 author:



Juan Moisés De la Serna

Universidad Internacional de La Rioja

604 PUBLICATIONS 200 CITATIONS

SEE PROFILE

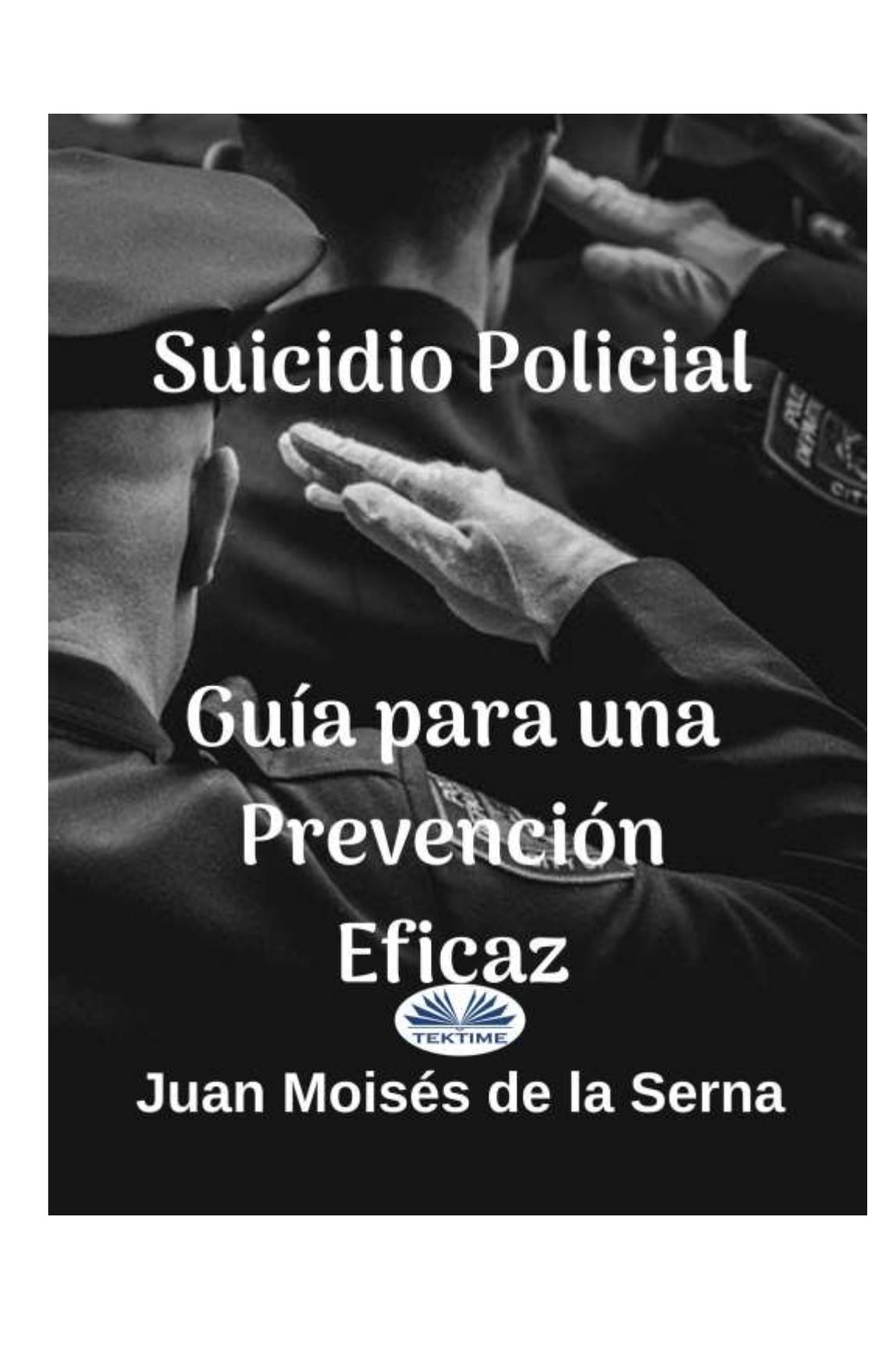
Some of the authors of this publication are also working on these related projects:

Project

Literatura científica popular em psicologia e neurociência [View project](#)

Project

Hallazgos de la Enfermedad de Parkinson [View project](#)



# Suicidio Policial

## Guía para una Prevención

### Eficaz



Juan Moisés de la Serna

# Suicidio Policial: Guía para una Prevención Eficaz

**Juan Moisés de la Serna**

Editorial Tekttime

2021

Juan Moisés de la Serna

“Suicidio Policial: Guía para una Prevención Eficaz”

Escrito por Juan Moisés de la Serna

1ª edición: enero 2021

© Juan Moisés de la Serna, 2021

© Ediciones Tektime, 2021

Todos los derechos reservados

Distribuido por Tektime

<https://www.traduzionelibri.it>

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros medios, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal).

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con CEDRO a través de la web [www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com) o por el teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

## Prólogo

En este libro se aborda una de las problemáticas menos tratadas en la actualidad que no por ello deja de ser un tema preocupante en cuanto que afecta al personal encargado de velar por la protección y seguridad de la ciudadanía. Una profesión, la de policía, que en ocasiones no está valorada socialmente de forma adecuada, a pesar del importante papel que juega en el mantenimiento del orden y la convivencia social. Un cuerpo que se enfrenta a una realidad cada vez más habitual con la pérdida de sus agentes por la acción suicida. Tal es la preocupación que distintos gobiernos ya han adoptado medidas de prevención y otros están aún en vías de su concreción. Estas medidas suelen establecerse dentro de un Plan de Prevención de la Policía, aunque existe disparidad en cuanto a los objetivos y métodos para llevarlo a cabo. En este texto se analizan los planes para su implantación.

## **Agradecimientos**

Aprovechar desde aquí para agradecer a todas las personas que han colaborado con sus aportaciones en la realización de este texto especialmente al Coronel D. Luis Humberto Barrera, Jefe del Área de Gestión de Servicios en Salud del Ministerio de Defensa Nacional del Gobierno (Colombia); al Dr. Quazi Imam quien es Director Médico del Hospital Memorial de Arlington y a la Dra. Megan Thoen, profesora del departamento de Toxicología Ambiental del Instituto de Ciencias Forenses, de la Universidad Tecnológica de Texas (EEUU); a D<sup>a</sup> Nathalie López quien es Oficial de Policía y Psicóloga Clínica en la Policía Nacional (Ecuador); a la Dra. Djalila Rahali quien es especialista en ciberpsicología y ha trabajado como consultora para el ministerio del Interior de Argelia (Argelia); a la Dra. Luisa Velasco Riego quien es inspectora de policía y doctora en psicología; al Dr. Rafael Soto, Director General de Asistencia Sanitaria en la Consellería de Sanitat Universal y Salut Publica Valenciana desde Julio de 2015 a junio de 2018 y responsable del Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida 2016-2020 de la Comunidad Valenciana; a D. Alberto Martín Ruiz, Presidente y Fundador de la Asociación Andaluza Preventiva del Suicidio Policial con número de

registro 18744/1 de la Consejería de Justicia e Interior de la Junta de Andalucía; y a D<sup>a</sup> Laura Tormo, psicóloga especializada en la temática de Suicidio y Medios de Comunicación.

### **Nota Personal**

Quisiera aprovechar desde aquí para felicitar al Gobierno de España por haber implementado recientemente una política de prevención del suicidio entre los cuerpos y fuerzas de seguridad, en concreto dirigido a la Policía Nacional, para lo cual ha implementado once medidas entre las que se encuentra la atención telefónica por parte de profesionales de la salud mental gracias a un teléfono disponible 24 horas al día, 7 días a la semana.

## **Fuentes consultadas**

World Health Organization (Suiza); United Nations (EEUU); European Statistical Office (Luxemburgo); Public Health Agency (Canadá); Office for National Statistics (Inglaterra); Ministère de l'Intérieur (Francia); Ελληνική Στατιστική Αρχή (Grecia); Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Defensa Nacional (Colombia); Ministério da Saúde (Brasil); Ministerio de Sanidad (Chile); Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; Instituto Nacional de Estadística; Asociación Andaluza Preventiva del Suicidio Policial y la Agrupación Reformista de Policías de España (España).

Dedicado a mis padres

## Contenido

Prólogo .....	4
Agradecimientos .....	5
Nota Personal.....	6
Fuentes consultadas .....	7
<b>CAPÍTULO 1.- DEFINIENDO EL SUICIDIO EN EL ÁMBITO POLICIAL.....</b>	<b>13</b>
EL SUICIDIO.....	13
LA CONDUCTA DE RIESGO.....	23
REFERENCIAS.....	34
<b>CAPÍTULO 2. CARACTERÍSTICAS DEL SUICIDIO EN EL ÁMBITO POLICIAL.....</b>	<b>37</b>
EL PERFIL DEL SUICIDIO ENTRE LA POLICÍA.....	40
FACTORES DE RIESGO.....	45
FACTORES DE PERSONALIDAD.....	48
LA INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN.....	58
LA INFLUENCIA DEL ESTRÉS .....	69
EL ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO.....	96
FACTORES DE PROTECCIÓN .....	100
LA IDEACIÓN SUICIDA .....	105
EL INTENTO SUICIDA.....	117
REFERENCIAS.....	126
<b>CAPÍTULO 3.- LA REALIDAD DEL SUICIDIO EN EL ÁMBITO POLICIAL.....</b>	<b>143</b>

## Suicidio Policial: Guía para una Prevención Eficaz

EL SUICIDIO ENTRE LA POLICÍA EN AMÉRICA.....	148
EL SUICIDIO ENTRE LA POLICÍA EN EUROPA.....	152
EL SUICIDIO ENTRE LA POLICÍA EN ESPAÑA .....	161
REFERENCIAS.....	173
<b>CAPÍTULO 4.- MEDIDAS QUE DEBERÍA DE CONTENER LOS PLANES DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LA POLICÍA .....</b>	<b>177</b>
MEDIDA 1. RESTRICCIÓN DEL ACCESO A LOS MEDIOS DE SUICIDIO (POR EJEMPLO, PLAGUICIDAS, ARMAS DE FUEGO Y CIERTOS MEDICAMENTOS).....	199
MEDIDA 2. INFORMACIÓN RESPONSABLE POR PARTE DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN .....	207
MEDIDA 3. INTRODUCCIÓN DE POLÍTICAS ORIENTADAS A REDUCIR EL CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL.....	219
MEDIDA 4. IDENTIFICACIÓN TEMPRANA, TRATAMIENTO Y ATENCIÓN DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS, DOLORES CRÓNICOS Y TRASTORNO EMOCIONAL AGUDO .....	224
MEDIDA 5. CAPACITACIÓN DE PERSONAL SANITARIO NO ESPECIALIZADO, EN LA EVALUACIÓN Y GESTIÓN DE CONDUCTAS SUICIDAS .....	227
MEDIDA 6. SEGUIMIENTO DE LA ATENCIÓN DISPENSADA A PERSONAS QUE INTENTARON SUICIDARSE Y PRESTACIÓN DE APOYO COMUNITARIO.....	232
REFERENCIAS.....	235
<b>CAPÍTULO 5. ERRORES HABITUALES EN LOS PLANES DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LA POLICÍA.....</b>	<b>243</b>
ERROR 1. NO SE APLICA UN PLAN ESPECÍFICO PARA LA POLICÍA .....	249

ERROR 2. NO SE PRIORIZAN LOS DESTINATARIOS DEL PLAN DE PREVENCIÓN .....	252
ERROR 3. NO REALIZAR UNA INVESTIGACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN.....	257
ERROR 4. NO SE LLEVA A CABO LA EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN .....	262
ERROR 5. SE ESTABLECE EL OBJETIVO DE SUICIDIOS CERO ...	267
ERROR 6. NO SE DOTA DE PERSONAL SUFICIENTE PARA SU EFICACIA .....	277
REFERENCIAS.....	283
<b>CAPÍTULO 6. MEJORAS PARA INCORPORAR EN LOS PLANES DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LA POLICÍA</b> .....	<b>289</b>
MEJORA 1. REGISTRO DE LA HISTORIA EN LA SELECCIÓN.....	291
MEJORA 2. DETERMINAR LA POBLACIÓN TOTAL A PREVENIR	293
MEJORA 3. CREACIÓN DE REDES PRIVADAS DE INFORMACIÓN .....	295
MEJORA 4. ATENDER AL GÉNERO EN LOS PLANES DE PREVENCIÓN .....	297
MEJORA 5. FORMACIÓN COMO EJE DE LOS PLANES DE PREVENCIÓN .....	299
MEJORA 6. FOMENTAR LA SALUD MENTAL ENTRE LOS AGENTES. .....	301
MEJORAS 7. PROHIBIR EL SUICIDIO .....	304
REFERENCIAS.....	306
<b>CAPÍTULO 7. PROPUESTAS TECNOLÓGICAS A INCLUIR EN LOS PLANES DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LA POLICÍA.....</b>	<b>309</b>
PROPUESTA 1. FOMENTO DE LA CIBERTERAPIA PARA LA	

## Suicidio Policial: Guía para una Prevención Eficaz

POLICÍA.....	312
PROPUESTA 2. TELÉFONOS DE SUICIDIO PARA LA POLICÍA ...	315
PROPUESTA 3. FOROS SOBRE SUICIDIO PARA LA POLICÍA .....	318
PROPUESTA 4. CREACIÓN DE APP ESPECÍFICA PARA LA POLICÍA .....	324
PROPUESTA 5. INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADA A DETECTAR VULNERABILIDAD PARA LA POLICÍA.....	333
PROPUESTA 6. DETECCIÓN AUTOMATIZADA DE LOS ESTADOS EMOCIONALES DE LA POLICÍA.....	336
REFERENCIAS.....	338
ANEXOS .....	343
ANEXO 1. PLAN DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DE FRANCIA	344
ANEXO 2. EL MODELO DE SALUD MENTAL Y BIENESTAR DE LA POLICÍA DE VICTORIA (AUSTRALIA).....	352
ANEXO 3. PLAN DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DE NEW JERSEY (EE. UU.) .....	361
ANEXO 4. MEDIDAS PROPUESTAS POR LA AGRUPACIÓN REFORMISTA DE POLICÍAS .....	368
ANEXO 5.- PLAN DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DE COLOMBIA .....	370
ANEXO 6. MITOS SOBRE EL SUICIDIO.....	381

## CAPÍTULO 1.- DEFINIENDO EL SUICIDIO EN EL ÁMBITO POLICIAL

### EL SUICIDIO

El suicidio a nivel mundial provoca un muerto cada minuto, siendo en muchos países de las tres principales causas de fallecimiento entre los adolescentes entre 14 a 24 años, habiéndose producido un incremento del 60% del suicidio en los últimos 50 años (O.M.S., 2009).

Si preguntamos a cualquier persona coincidirá con la definición de la Organización Mundial de la Salud sobre concebir al suicidio como aquel acto de quitarse la vida, por lo que el suicidio en el ámbito policial sería el cometido por un agente de policía contra sí mismo. Luego este acto puede o no ir acompañado de algunas características más generales, como que suele ser un acto individual, realizado en solitario, asociado a sintomatología depresiva, donde se deja una nota de despedida...

Estos detalles a pesar de poderse encontrar en muchos casos no lo están en todos, así puede ser un suicidio individual o colectivo, aunque para este segundo caso se requieren de unas situaciones muy particulares como las que se han dado en algunas sectas. El tema de la nota de despedida o nota de suicidio como también se le conoce es

bastante frecuente que lo utilicen en las series y películas como determinante para diferenciar si se está ante un caso de suicidio o de asesinato. Hay que indicar que el suicidio puede ser premeditado, y por tanto puede darle tiempo a la persona a preparar una nota de despedida, pero también puede ser sin premeditación, y en tal caso no se encontraría nota alguna. Así por ejemplo en Austria entre 1996 y el 2006 únicamente el 30,8% de los agentes de la Policía Federal dejó una nota de suicidio (Kapusta et al., 2010).

Comentar que una idea ampliamente extendida, es que la comunidad científica apenas tiene interés en el estudio del suicidio y por tanto no existen casi publicaciones científicas; aspecto que no se corresponde con la realidad, debido a que el número de estudios sobre la temática del suicidio en el mundo desde el 2000 hasta el 2016 fue cerca de 2.800.000 artículos usándose para ello las bases de datos de MEDLINE-PubMed, PsycINFO y CINAHL (Mental Health Commission of Canada, 2018), el problema es que en ocasiones dicho conocimiento científico no llega a los usuarios finales para su aplicación.

Igualmente existe la creencia de asociar al suicidio con los problemas mentales, aunque si bien eso podría ser una ventaja en cuanto que, si se detecta sintomatología depresiva en el agente, y se interviene tempranamente, esto podría servir para prevenirlo, pero en muchos casos el

conocimiento que un policía puede tener no difiere del que pueda saber otro trabajador, desconociendo las señales de atención en que debería de fijarse para prevenir el suicidio.

Por ejemplo, si se pregunta a un policía o cualquier otro trabajador no relacionado con el ámbito de la salud mental sobre si existen poblaciones en donde sea más frecuente un tipo de problema de salud mental que otro, lo normal es que se responda negativamente, argumentando que todos estamos igualmente expuestos a sufrir estos problemas independientemente de donde se viva. Creencia muy extendida, entre aquellas personas que no han viajado a otros lugares y que no tienen una formación en salud, pero no sustentada en evidencia científica.

Hoy en día y gracias al acceso a los datos abiertos es posible comprobar cómo la salud mental se presenta de forma diferente en función del lugar donde se encuentra, existiendo zonas en donde se dan más casos de una determinada patología que otra. El problema es que en ocasiones los datos de salud no son accesibles para realizar investigaciones al respecto ya que los gobiernos suelen ser bastante recelosos con este tipo de información “sensible”, a diferencia de otras temáticas en el que se permite conocer hasta el último detalle del número de semáforos, cada cuánto tiempo cambian y si alguno está averiado; los horarios de apertura y cierre de las farmacias e incluso las

camas disponibles en los hospitales de cada zona, pero cuando se trata de casos de salud mental suele ser difícil que se pueda acceder a esta información, por lo menos de una forma directa.

A pesar de lo cual en ocasiones se puede extraer estos resultados de forma indirecta, por ejemplo, fijándose en el número de defunciones, estas se registran en varias categorías según su causa asociada, para el caso lo que nos interesa es en sí dos que comprenden a la salud mental, el primero sería el correspondiente a trastornos mentales y del comportamiento y el segundo el de las enfermedades del sistema nervioso y los órganos de los sentidos. Si bien el primer epígrafe con respecto a los trastornos mentales y del comportamiento abarcaría una gran parte de los casos de la salud mental, tal y como se recogía siguiendo los criterios del C.I.E. (Clasificación Internacional de enfermedades) en su novena versión (O.M.S., 1988), cuando estos se vieron cambiados a la versión décima (O.M.S., 2009), casos como el de la enfermedad de Alzheimer se trasladaron al segundo epígrafe, es decir al de las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos. Es por ello por lo que los resultados que se presentan a continuación se corresponden con ambos epígrafes y que abarca la mayoría de los problemas de salud mental.

Para ejemplificar la utilidad de los datos de la

defunción empleando este criterio de clasificación del C.I.E.10, nos centraremos en una comunidad autónoma española, en concreto en Andalucía, cuyo gobierno apuesta por el Open Data, y así se pueden extraer datos sobre las defunciones en esta comunidad desde 1980, pudiendo observar la evolución de los datos acumulados hasta la actualidad sobre las causas de las defunciones por cada localidad independientemente de su tamaño, es decir, de cada ciudad o pueblo de dicha comunidad autónoma.

Basándonos en los datos en bruto es posible observar cómo ha ido evolucionando durante los últimos 33 años en Andalucía el número de fallecidos asociados a problemas de salud mental, habiéndose producido un importante incremento en Sevilla, Málaga y Cádiz, siendo menor el incremento en Huelva y Almería. Pero si nos quedamos con estos resultados podríamos llegar a falsas conclusiones, debido a que no tenemos en cuenta un importante factor de corrección, el número de habitantes de cada localidad. Es decir, no es lo mismo que aparezcan 10 casos en una población de 100 habitantes, que 10 en una de 5000 habitantes, para hacer más comprensibles los datos se suele establecer un mismo marco de comparación, por ejemplo, cada 100.000 habitantes, así siguiendo con las cifras anteriores se puede hablar de una tasa de 0,01 casos cada 100.000, y de 0,05 casos cada 100.000 habitantes

respectivamente.

Teniendo en cuenta lo anterior, y siguiendo con los datos históricos de la comunidad autónoma de Andalucía, para ajustar los resultados de las causas de defunción relacionadas con la salud mental a la población real del momento se extrajeron los datos correspondientes a las cifras oficiales del Padrón Municipal de Habitantes a partir de 1997 y se realizaron los ajustes correspondientes, de forma que los resultados son totalmente diferentes a lo observado con anterioridad, siendo Córdoba, Granada y Jaén los que encabezan el porcentaje de casos por habitantes, mientras las que tienen menos casos son Málaga, Sevilla y Huelva.

Es por ello que al igual que las comisarías conocen en qué zonas es más probable que se dé un tipo de delincuencia en vez de otro debido a múltiples factores como la población del lugar, las facilidades de acceso, el número de establecimientos,... igualmente se puede conocer en qué poblaciones es más probable encontrarse ante una determinada problemática relacionada con la salud mental que con otra, pero ¿de qué le sirve a un policía conocer dicho aspecto?, ¿acaso estamos hablando de un número relevante de afectados?, al respecto el Dr. Quazi Imam, Director Médico del Hospital Memorial de Arlington (EE.UU.) comenta:

Casi 1 de cada 5 estadounidenses sufre una enfermedad mental, así cada año, alrededor de 42,5 millones de estadounidenses adultos (el 18,2 por ciento de la población total de adultos en los Estados Unidos) sufre de alguna enfermedad mental, soportando condiciones como la depresión, el trastorno bipolar o la esquizofrenia. En otros países, por ejemplo, en Inglaterra se estima que 1 de cada 4 adultos británicos experimenta al menos un problema de salud mental diagnosticable en un año. Por su parte la Organización Mundial de la Salud publicó en 2014 una cifra alarmante, estimando que aproximadamente 476 millones de personas en todo el mundo tienen un problema de salud mental.

De toda la problemática que supone la salud mental 300 millones de personas sufren depresión (O.M.S., 2017), bueno esto no sería más que un dato anecdótico, útil para el personal relacionado con la salud, y en específico con la salud mental, pero ¿qué tiene que ver esto con la policía?

El trabajo policial en su mayoría por no decir todo, está íntimamente relacionado con su comunidad y con la problemática que esta tiene, así hay barrios donde existe un mayor índice de delincuencia que otros, incluso aquellos en los que la policía no puede pasear de forma segura, necesitando “refuerzos” para entrar en determinadas zonas. Una situación que permite en unos casos e impide

en otros, que exista una relación fluida entre los policías y sus vecinos. Así si en una determinada zona se da más un tipo de problema de salud mental que en otra, esto también lo van a tener que contemplar los policías, ya que las demandas de su comunidad van a ir más orientadas a atender estos casos. Por lo que es frecuente, que, si en un barrio existe un centro de atención a pequeños con discapacidad psíquica, se requiera en ocasiones de la intervención policial si alguno de ellos se “escapa” de su cuidador. Igualmente, si en una zona existe una población especialmente envejecida donde el porcentaje de personas que sufren enfermedades neurodegenerativas es importante, los policías van a tener que intervenir en más de una ocasión para auxiliar a uno u otro anciano cuando este se “despiste” y se “pierda” o no sepa cómo regresar a su casa.

Con ello se trata de ejemplificar cómo la actuación policial, aun sin ser en muchos casos los agentes conscientes de ello va a ir ajustándose a las necesidades de la salud mental de la población en donde se trabaja, pero en otras ocasiones es un trabajo consciente con pacientes. Aunque cuando se habla de salud mental, no necesariamente va a ir asociado a problemas “menores”, pudiéndose presentar casos de agresividad e incluso violencia, a los cuales también debe de dar respuesta la

policía haciendo lo que buenamente puede por mantener la situación bajo control, pero ¿cómo afecta a los policías trabajar con personas con problemas de salud mental?

Esto es lo que se ha tratado de dar respuesta mediante una investigación realizada desde el Instituto de Ciencias Biomédicas Abel Salazar, Universidad de Oporto junto con el Hospital de Magalhães Lemos (Portugal) y la Unidad de Psiquiatría Social y Comunitaria (Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de Servicios de Salud Mental), Universidad Queen Mary de Londres (Inglaterra) (Soares & Da Costa, 2019). En el estudio participaron diez agentes, con una edad media de 46 años y 22 de servicio, de los cuales únicamente había una mujer. La labor de estos profesionales era trasladar a los pacientes al psiquiátrico cuando así se les requería mediante ingresos obligados.

Se recogió información de las entrevistas realizadas a los agentes, la cual fue codificada y analizada, sobre cinco temas, "Actividad policial y el ingreso obligado", "El papel de la familia en el proceso de ingreso obligado", "El éxito del ingreso obligado", "Las opiniones sobre las enfermedades mentales" y "Mejoras que propondrían en su labor del ingreso obligado". Según los informes de los agentes, para ellos esta labor fue la más estresante y difícil que habían tenido que desempeñar en el cuerpo de policía, destacando el papel mediador de las familias para facilitar

su labor de ingreso obligado. Con respecto a la percepción sobre los pacientes de salud mental estos eran percibidos como imprevisibles y peligrosos, sintiendo que ellos como agentes no estaban preparados para tratar este tipo de casos y entendían que debía de estar presente personal cualificado en esta labor. Investigación que no hace sino reflejar la buena voluntad de los agentes, pero que en ocasiones es insuficiente para tratar con determinada problemática, sobre todo en los casos más graves de la salud mental. Por tanto, la salud mental de la población va a suponer en muchos casos un plus en cuanto al estrés generado en la labor policial, y eso sin tener en cuenta que el propio agente puede estar sufriendo algún problema en este ámbito, ya sea un trastorno de depresión, ansiedad o de otro tipo.

## LA CONDUCTA DE RIESGO

Resaltar que no todas las muertes que parece suicidio van a serlo, ya que existen los accidentes, por ejemplo, las personas que manejan armas, pueden sufrir un accidente con ellas, e igualmente realizar una conducta arriesgada puede conllevar un accidente que parezca suicidio, lo cual es más frecuente entre los adolescentes, pues cuando uno piensa en conductas de riesgo, lo suele hacer en aquellos comportamientos más extremos, como el conducir a altas velocidades, o el hacer puénting, pero igualmente de arriesgado para la salud son las menos llamativas, como el consumo excesivo de tabaco, alcohol u otras drogas, pero ¿se pueden prevenir las conductas de riesgo?

Esto es precisamente lo que se ha investigado desde la Universidad de Oviedo (España) (Lana, Baizán, Faya-Ornia, & López, 2015), con un estudio en donde participaron 275 estudiantes del grado de enfermería, a todos ellos se les evaluó su nivel de Inteligencia Emocional mediante la escala estandarizada Schutte Emotional Intelligence Scale (Salovey & Mayer, 1990), y la conducta de riesgo, entendida esta como el consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales, así como la realización de dietas poco saludables, si se tenía o no sobrepeso, si se trataba de una persona sedentaria o no, su nivel de exposición solar, y la práctica de relaciones sexuales sin protección, además,

se recogieron datos socio-demográficos y de satisfacción vital.

Los resultados muestran que aquellos estudiantes que tenían niveles elevados de Inteligencia Emocional tienen menos conductas de consumo excesivo de alcohol, no siguiendo dietas poco saludables y observando prácticas sexuales con protección; y, al contrario, los que mostraban niveles más bajos de Inteligencia Emocional tenían conductas de riesgo en cuanto a un mayor consumo de alcohol, el seguimiento de dietas poco saludables y prácticas sexuales sin protección. No obteniéndose diferencias significativas en las conductas de riesgo de consumo de tabaco o drogas ilegales, el nivel de sobrepeso, el sedentarismo o el nivel de exposición solar en función del nivel de la Inteligencia Emocional. Los autores señalan sobre los beneficios de tener altos niveles de Inteligencia Emocional a la hora de manejar adecuadamente la presión grupal, principal elemento en conductas como el consumo de alcohol. Los resultados parecen claros en cuanto a la conveniencia de educar a los más jóvenes para que tengan una Inteligencia Emocional desarrollada, ya que esto le va a servir para prevenir conductas de riesgo futuras y evitar los accidentes que entrañan, en ocasiones que conducen a situaciones que se asemejan al suicidio; en el caso de la policía se ha encontrado que los agentes varones entre los

26 a 34 años son los que más probabilidades tienen de exhibir conductas de riesgo (Walterhouse, 2019).

Otra de las variables que se puede analizar con respecto a la asunción de conductas de riesgo es el género, así tradicionalmente se ha considerado que los hombres suelen tender a asumir más riesgos que las mujeres, pero ¿existen evidencias científicas que lo apoyen?

Cuando uno piensa en niños, éstos suelen ser considerados más dinámicos en cuanto a actividades físicas y también de riesgo que las niñas, tal es así que los niños son los que estadísticamente sufren más accidentes domésticos, ya sea por subirse a lugares indebidos como por "tocar lo que no deben", presentando una mayor cantidad de conductas exploratorias, en cambio, las niñas suelen tender a realizar actividades menos físicas y más intelectuales, que implican la lectura o la conversación entre iguales y con adultos, y por tanto tienen "menos riesgo" de sufrir ningún tipo de accidente doméstico o de otro tipo. Tendencia que parece mantenerse en la adolescencia, donde los jóvenes muestran un mayor número de acciones que ponen en riesgo su vida, ya sea para "presumir" delante de las chicas o para "destacar" compitiendo con otros chicos. En cambio, las jóvenes tienden a "destacar" en otras facetas como las intelectuales, por la vestimenta que utilizan; o en actividades lúdicas

como bailar.

Es precisamente en esta etapa de la vida donde se dan un mayor número de conductas de riesgo, debido a la creencia falsa de que no les va a suceder nada, y en cambio es la época en donde se producen más accidentes, ya sea de tráfico, o de otro tipo. Actitudes que con el tiempo van "relajándose", aunque se mantienen durante toda la vida, nada más hay que ver cómo tradicionalmente existen profesiones mayoritariamente de hombres asociados a una mayor actividad física, o conducta de riesgo, ya sea en el ámbito del deporte o del espectáculo; en cambio, las mujeres desde hace mucho han ocupado un mayor porcentaje en las aulas obteniendo mejores resultados académicos a todos los niveles.

En el caso de los cuerpos y fuerzas de seguridad, a pesar de que cada día son más las mujeres que se incorporan a dichos cuerpos todavía existe una gran diferencia entre hombres y mujeres, así en España en el caso concreto de la Policía Nacional en el 2019 la cifra de mujeres representa el 14,5% de los miembros del cuerpo, es decir 9.063 mujeres de 62.953 agentes (El Plural, 2019), muy por detrás de países como Estonia con un 33,9%, Países Bajos con un 28,9% o Suecia con un 28,8% en 2012 (Institut for Public Security of Catalonia, 2013).

Sobre el origen y "utilidad" de estas diferencias se ha

identificado que se trata de un comportamiento "heredado" de nuestros antecesores, en donde el varón era quien debía de "salir" a cazar y enfrentarse a las dificultades del exterior, en cambio la hembra permanecía dentro del "territorio seguro" en donde existía menos peligro, lo que la permitía desarrollar otras habilidades más "útiles" para las funciones que tenía. Esta aportación ha sido discutida ya que actualmente no existe ese marcado reparto de roles, tal y como sucedió en el pasado, a pesar de lo cual se siguen produciendo, pero ¿cuál sería el motivo de las diferencias en la asunción de riesgo según el género?

Para responder a esta cuestión se ha llevado a cabo un estudio realizado conjuntamente por la Universidad de Ciencias Electrónicas y Tecnología de China, el Hospital General Universitario Médico de Tianjin; y la Academia China de Ciencia (China); junto con la Universidad de Adelaida y la Universidad de Queensland (Australia) (Zhou et al., 2014), en el estudio participaron 289 voluntarios de una edad media de 22 años a los cuales se les administraron 15 pruebas psicotécnicas además de estudiar la actividad cerebral a través de resonancia magnética funcional (fMRI). Los resultados relacionan los datos obtenidos de todas las pruebas encontrando diferencias significativas entre los participantes en la corteza somatosensorial secundaria derecha, que incluía la

anterior dorsal bilateral, cortezas insulares medias y la corteza cingulada anterior dorsal.

El estudio trata por tanto de dar respuesta a un comportamiento que hasta ahora no había podido ser explicado, comprobando cómo la conducta diferencial entre hombres y mujeres jóvenes está sustentada en diferencias cerebrales importantes, con lo que se daría cuenta de la mayor tendencia a asumir conductas de riesgo por parte de los hombres.

Basado en estos resultados se podría esperar que existiese una tasa superior de suicidios entre los policías varones y más jóvenes los cuales además exhibirían conductas de riesgo, para comprobarlo se emplean datos obtenidos desde la Agrupación Reformista de Policías en su Estudio y Análisis Complementarios al Plan de Prevención de Suicidios en el ámbito del cuerpo de la Policía Nacional donde se recogen las estadísticas de la incidencia de suicidios en este cuerpo desde el 2000 al 2017 separados por edad (A.R.P., 2019) ver tabla I.

Edad	de 24 a 29	de 30 a 35	de 36 a 41	de 42 a 47	de 48 a 53	de 54 a 59	de 60 a 65
Porcentaje	11,84	21,71	17,11	16,45	16,45	15,79	0,66

Tabla I. Distribución de suicidios en función de rangos de edad entre la Policía Nacional entre 2000 a 2017

Con estos datos es posible comprobar que la mayor tasa de suicidio en el Cuerpo de la Policía Nacional no se

produce entre los más jóvenes, de 24 a 29 años con una incidencia del 11,84% sino entre los que tienen 30 a 35 años con una incidencia del 21,71%, es decir estos datos van en contra de la premisa comentada sobre la mayor tasa de suicidio entre los más jóvenes debido a una mayor exhibición de conductas de riesgo. Las posibles causas de estas discrepancias podrían encontrarse en que en la vigilancia durante los primeros años de servicio por parte de los veteranos sobre los “recién llegados” es mucho más estricta, en aras precisamente de garantizar su seguridad y en que desarrollen adecuadamente su labor, supervisión que se va “relajando” con los años.

Indicar que en la población general, el mayor porcentaje de casos de suicidio se produce en los jóvenes entre los 15 a 24 años y entre los ancianos de más de 75 años (O.M.S., 2009), precisamente en estas edades es donde se realizan los mayores esfuerzos por parte de los planes de prevención debido a la incidencia del suicidio, pero que en el caso de la Policía Nacional ni se contemplan ya que se salen de las edades de incorporación o jubilación del cuerpo; diferencias que también van a verse reflejado en las prioridades de las políticas de prevención que se puedan desarrollar al respecto.

Con respecto a la Inteligencia Emocional como factor de protección frente a la conducta de riesgo, hay que indicar

que ha sido un concepto que se ha visto relacionado con la capacidad para el manejo del estrés, las habilidades sociales e incluso con aspectos de la salud. Dentro del mundo laboral, hoy en día se considera a la Inteligencia Emocional como pieza clave y fundamental en cualquier líder, de ahí que las escuelas de negocio hagan hincapié en esta formación, igualmente se ha encontrado que está relacionado positivamente con un mejor desempeño en el puesto de trabajo, y negativamente con el absentismo y la renuncia del puesto. Algunas teorías apuntan a que las personas con alta Inteligencia Emocional son capaces de conocer mejor a los demás, de ahí que sean más efectivos en las relaciones interpersonales, otorgándole cierta habilidad para conocer los puntos fuertes y las limitaciones del interlocutor, pero ¿se ve afectada la percepción del otro por nuestra Inteligencia Emocional?

Esto es precisamente lo que se ha tratado de averiguar con una investigación realizada desde el Departamento de Administración y Empresa Internacional, Universidad de I-Shou (Taiwán) junto con el Departamento de Dirección y Gestión, Escuela de Negocios (Noruega) (Lee & Selart, 2015). En el estudio participaron treinta estudiantes de la escuela de negocios, de los cuales once eran mujeres, con una edad media de 23 años. A los participantes se les hizo pasar por una situación controlada, donde observaba el

desempeño de una persona en una tarea de resolución matemática, un Sudoku, y luego debían de valorar si esa persona pudiera resolver otro, pero en un tiempo limitado de tres minutos. Se manipularon las variables correspondientes a la dificultad de la segunda tarea, la posibilidad o no de ganar dinero por acertar según su nivel de seguridad en la respuesta, y la introducción o no de una tarea distractora entre ambas tareas.

Los participantes debían de rellenar una prueba online sobre Inteligencia Emocional denominada Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (Mayer, Salovey, & Caruso, 2002) donde se comparó la ejecución de los participantes según la puntuación en el M.S.C.E.I.T., como con alta o baja Inteligencia Emocional. Los resultados muestran que no existieron diferencias en las predicciones de la ejecución de la tarea de los otros en función de la Inteligencia Emocional de los participantes.

Hay que tener en cuenta el limitado número de participantes, y que se trata de una manipulación experimental con baja validez ecológica, con lo que es probable que en una situación real se pudiese observar el fenómeno de predicción esperable. A pesar de las limitaciones del estudio hay que destacar lo innovador del enfoque de esta investigación, que trata de conocer cómo la Inteligencia Emocional posibilita que la persona tenga un

mejor desempeño social. Aunque no parece que una mayor Inteligencia Emocional tenga que ver con acertar sobre las predicciones de ejecución de un tercero en una concreta tarea matemática, eso no descarta que no confiera a la persona de esa cualidad para otras tareas, de tipo más emocional; esto es, conocer los puntos fuertes y débiles de un interlocutor no supone saber exactamente cómo va a actuar en todas las tareas, pero sí qué tipo de compromiso y comportamiento general esperar de esa persona.

Algo que si se consigue comprobar mediante investigaciones posteriores estaría informando sobre que aquellas personas con altos niveles de Inteligencia Emocional están mejor preparadas a la hora de conocer a los demás, y de ahí la ventaja observada en las interacciones sociales. Un último apunte sobre la Inteligencia Emocional es que, a diferencia de otras inteligencias, esta se puede mejorar con un entrenamiento adecuado, es decir, una vez que se conozcan las muchas ventajas que sobre el mundo laboral y social tiene, se puede buscar la forma de reforzar las habilidades propias y con ello mejorar la Inteligencia Emocional.

Con lo anterior comentado, en la medida que se vea útil la aplicación de la inteligencia emocional entre los cuerpos y fuerzas de seguridad, en la consecución de la reducción de las conductas de riesgo, cabría esperarse que también se

redujesen las tasas de suicidio, en donde se incluyen estos accidentes.

Teniendo en cuenta que en definitiva el suicidio es un drama para las familias que sobreviven, pero también para el cuerpo que pierde a un compañero y agente preparado. Si bien las causas asociadas al estrés y la presión social tratan de "justificar" esta conducta entre los agentes de cuerpos y fuerzas de seguridad hay que tener en cuenta que el acceso a estos cuerpos es restrictivo y muy exigente, debiendo pasar por pruebas específicas psicológicas y una intensa formación posterior tanto física como psicológica, pero a pesar de ello las tasas de suicidio son extremadamente elevadas.

## REFERENCIAS

A.R.P. (2019). *Estudio y análisis complementarios al plan de prevención de suicidios en el ámbito del cuerpo de la policía nacional*.

El Plural. (2019). Mónica Gracia: “Hay 31 comisarias frente a 366 hombres en el cargo.” Retrieved September 7, 2019, from [https://www.elplural.com/sociedad/8-de-marzo-mujeres-policia-nacional-sup-monica-gracia\\_212280102](https://www.elplural.com/sociedad/8-de-marzo-mujeres-policia-nacional-sup-monica-gracia_212280102)

Institut for Public Security of Catalonia. (2013). *WOMEN IN POLICE SERVICES IN THE EU FACTS AND FIGURES - 2012*. Retrieved from [http://ispc.gencat.cat/web/.content/home/ms\\_-\\_institut\\_de\\_seguretat\\_publica\\_de\\_catalunya/recerca/Estudis-ispc/women\\_in\\_police\\_services/women\\_in\\_police\\_services\\_eu\\_2012.pdf](http://ispc.gencat.cat/web/.content/home/ms_-_institut_de_seguretat_publica_de_catalunya/recerca/Estudis-ispc/women_in_police_services/women_in_police_services_eu_2012.pdf)

Kapusta, N. D., Voracek, M., Etzersdorfer, E., Niederkrotenthaler, T., Dervic, K., Plener, P. L., ... Sonneck, G. (2010). Characteristics of police officer suicides in the federal Austrian police corps. *Crisis, 31*(5), 265–271. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000033>

Lana, A., Baizán, E. M., Faya-Ornia, G., & López, M. L. (2015). Emotional intelligence and health risk behaviors in nursing students. *Journal of Nursing Education, 54*(8), 464–467.

Lee, W. S., & Selart, M. (2015). When Emotional Intelligence Affects Peoples' Perception of Trustworthiness. *The Open Psychology Journal*, 8(1), 160–170. <https://doi.org/10.2174/1874350101508010160>

Mayer, J., Salovey, P., & Caruso, D. (2002). Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) Item Booklet. *UNH Personality Lab*. Retrieved from [https://scholars.unh.edu/personality\\_lab/26](https://scholars.unh.edu/personality_lab/26)

Mental Health Commission of Canada. (2018). *RESEARCH ON SUICIDE AND ITS PREVENTION: What the current evidence reveals and topics for future research*. Retrieved from [www.mentalhealthcommission.ca](http://www.mentalhealthcommission.ca)

O.M.S. (1988). INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES—NINTH REVISION (ICD-9). *Weekly Epidemiological Record= Relevé Épidémiologique Hebdomadaire*, 63(45), 343–344.

O.M.S. (2009). Prevención del suicidio, un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea. *Asociación Internacional Para La Prevención Del Suicidio IASP. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias.*, p. 25.

O.M.S. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. *World Health Organization*, 1–24. <https://doi.org/CC BY-NC-SA 3.0 IGO>

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional

Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>

Soares, R., & Da Costa, M. P. (2019). Experiences and perceptions of police officers concerning their interactions with people with serious mental disorders for compulsory treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 10(MAR), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00187>

Walterhouse, G. (2019). Alcohol Abuse among Police Officers and Firefighters. Retrieved September 14, 2019, from International Public Safety Association Journal website:

[https://www.researchgate.net/publication/331261556\\_Alcohol\\_Abuse\\_among\\_Police\\_Officers\\_and\\_Firefighters](https://www.researchgate.net/publication/331261556_Alcohol_Abuse_among_Police_Officers_and_Firefighters)

Zhou, Y., Li, S., Dunn, J., Li, H., Qin, W., Zhu, M., ... Jiang, T. (2014). The neural correlates of risk propensity in males and females using resting-state fMRI. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8(JAN), 1–13. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00002>

## CAPÍTULO 2. CARACTERÍSTICAS DEL SUICIDIO EN EL ÁMBITO POLICIAL

Tal y como se ha indicado en el apartado anterior, no todo suicidio va a ser considerado como tal, ya que se tendrían que descartar los accidentes por conductas de riesgo, además cabe distinguirse varios términos que en ocasiones se emplean de forma indistinta, pero que tienen importantes diferencias, así según un informe publicado por la Comisión de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública del Gobierno de Canadá (Mental Health Commission of Canada, 2018) se puede hablar de:

- Suicidio como acto fatal de autolesión con intención de quitarse la vida.
- Comportamiento suicida el cual abarca desde los pensamientos suicidas, los intentos de suicidio y la muerte por suicidio.
- Intento de suicidio, que es la conducta potencialmente autolesiva asociada con la intención de morir.
- Pensamientos activos de suicidio los cuales pueden conducir a acabar con la propia vida, lo que puede incluir: identificar un método, tener un plan y/o tener la intención de actuar.
- Pensamientos pasivos de suicidio, pensamientos

sobre la muerte o de querer estar muerto, sin tener ningún plan ni realizar ningún intento de suicidio.

- Autolesiones no suicidas, conductas sin intención de morir.

- Eventos suicidas con la aparición o el empeoramiento de pensamientos suicidas o con intentos reales de suicidio.

- Autolesiones deliberadas, que son conductas autolesivas donde se incluyen los pensamientos.

Por lo que a partir de ahora ya no se hablará de suicidio de forma genérica, sino que se emplearán los términos anteriores para definir si estamos hablando de pensamientos, intentos o suicidios propiamente dichos. Sobre ello hay que indicar que uno de los problemas en cuanto a los datos relacionados sobre esta temática en el caso de la policía es que las estadísticas sólo suelen recoger información sobre el suicidio consumado, desconociéndose, cuántos agentes tienen pensamientos suicidas o cuantos han llevado a cabo intentos suicidas. Aspecto que pudiese pertenecer al ámbito privado del agente, pero que impiden aplicar políticas de prevención adecuadas, ya que, si no se conoce, no se pueden aplicar medidas para que dichos pensamientos o intentos no acaben en suicidio, de ahí la importancia primeramente de obtener datos e información fiable mediante cuestionarios, los cuales incluso pueden ser

anónimos, pero al menos darían cuenta de la dimensión del problema.

Por ejemplo, si se pasa en una determinada comisaría de forma totalmente anónima un cuestionario para conocer sobre los pensamientos e intentos suicidas, se podrá valorar el nivel de gravedad de que en esa comisaría se produzca un suicidio y con ello se podrá intervenir con distintas políticas que se irán describiendo en este texto para evitar o al menos reducir dicha posibilidad entre los agentes de esa comisaría.

## EL PERFIL DEL SUICIDIO ENTRE LA POLICÍA

Hay que indicar que, si bien los policías son personas que en principio no difieren del resto de los ciudadanos de su población, y por tanto el perfil de los agentes que atentan contra su propia vida no tendría por qué ser diferente al que se observa en dicha población. A pesar de lo anterior cabe destacar que existe una serie de características que confieren al agente de unas peculiaridades en cuanto a sus funciones y desempeños, así como con respecto a la realidad a la que enfrentan que difícilmente se puede encontrar en otras profesiones, lo que va a determinar en muchos casos un perfil “peculiar” en el ámbito del suicidio.

Con respecto al perfil sobre el suicidio teniendo en cuenta 446 artículos seleccionados por su relevancia y calidad (Mental Health Commission of Canada, 2018) se puede extraer un perfil sobre el riesgo de sufrir suicidio a nivel mundial indicando que las personas que más se suicidan son hombres, en cambio las mujeres tienen más conductas suicidas, siendo la adolescencia la edad en que se producen más casos. Igualmente suele estar asociado en la población general con variables sociodemográficas como tener más de 40 años, estar divorciado, tener problemas psicosomáticos, vivenciar displacenteramente su realidad, sufrir depresión o altos niveles de ansiedad (Grassi et al., 2018); además de tener más de 85 años, haber sufrido

trastornos de la alimentación, esquizofrenia o trastorno bipolar; con historia de abuso de sustancias (Brodsky, Spruch-Feiner, & Stanley, 2018).

En esta misma línea desde la OMS se destaca la importancia de las relaciones de pareja como factor de protección o de estrés psicosocial en el caso de divorcio o separación, encontrándose que las personas incursas en estos procesos de disolución de la convivencia tienen entre 2 a 3 veces más probabilidades de tener ideaciones suicidas, y de 3 a 5 de intentar contra su vida (O.M.S., 2009).

Son diversas las aportaciones teóricas que se han realizado para explicar el fenómeno del suicidio las cuales se pueden agrupar en tres:

a) Perspectiva biologicista, en donde se trata de dar cuenta de una mayor probabilidad de sufrir suicidio si se tiene un familiar allegado que lo ha sufrido, llegando a afirmarse que existen genes que incrementan la posibilidad del suicidio, tal y como se ha observado en una investigación donde se analizaron a 43 familias de Utah (EEUU) las cuales al menos uno de sus miembros se había suicidado en las últimas siete generaciones (Coon et al., 2018). En total se recogieron más de 4.500 muestras de ADN, y analizaron 207 genes diferentes, encontrando una asociación entre el mayor riesgo ante la presencia de variantes en las proteínas SP110, rs181058279; AGBL2,

rs76215382; SUCLA2, rs121908538; APH1B, rs745918508

A pesar de lo anterior y tal y como señalan los autores estos genes no explicarían todos los casos del suicidio sino únicamente el 50% de ellos (Pedersen & Fiske, 2010).

b) Perspectiva social, en donde se pone el foco no tanto en el individuo como ente biológico o psicológico si no como reactivo de unas condiciones sociales en las que vive, así se ha asociado el suicidio a la pérdida de valores, inconsistencia de las normas, desorganización social, ruptura de lazos con la sociedad, aspectos que se observan en determinadas agentes de policía que han atentado contra su vida, quien estaba incurso en algún tipo de investigación o había sufrido una sentencia condenatoria o de separación de su puesto de trabajo, con lo que el sentimiento de dicho agente era en relación a que la “sociedad” le había “fallado”, o que no podía “fiarse” de las instituciones a las que hasta ese momento representaba, lo que podría haberle llevado al suicidio (Palacio., 2010).

A destacar un factor fundamental en el ámbito social y del que no se ven afectados es en cuanto a las crisis económicas y las tasas de desempleo, ambos aspectos correlacionados a nivel social con unas mayores tasas de suicidio, pero que, al ser la policía, por lo menos en España, personal funcionario del gobierno central, autonómico o local, es decir, es personal contratado para toda la vida, con

su sueldo fijo, independientemente de la coyuntura económica del país, eso hace que ambos factores no incidan.

A pesar de lo anterior los agentes pueden perder su condición y con ello la estabilidad económica anteriormente comentada debido a una serie de supuestos, los cuales en el caso de la Policía Nacional están recogidos en el artículo 5 de la Ley Orgánica 9/2015, de 28 de julio, de Régimen de Personal de la Policía Nacional (Jefatura del Estado, 2015)

a) La jubilación.

b) La renuncia a la condición de funcionario.

c) La pérdida de la nacionalidad española.

d) La sanción disciplinaria de separación del servicio que tuviere carácter firme.

e) La pena principal o accesoria de inhabilitación absoluta o especial para el ejercicio de empleo o cargo público que tuviere carácter firme.

Aspecto, el de separación del servicio, voluntariamente o no, que ha sido asociado a un incremento de las tasas de suicidio (LaMontagne et al., 2018).

c) Perspectiva individual, donde desde la psicología se han desarrollado diversas teorías asociadas al suicidio entre los miembros de los cuerpos y fuerzas de seguridad (Violanti, Owens, McCanlies, Fekedulegn, & Andrew, 2019):

- Psicodinámica, la sobreexposición a un ambiente

“inadecuado” puede llevar a que sobrepase las barreras psicológicas del agente y que esto le conduzca al suicidio.

- Cognitiva, donde se ha observado cómo los policías muestran una falta de flexibilidad cognitiva en su trabajo, asociado a dificultades en el manejo del estrés continuado, incrementando con ello la ideación suicida.

- Taxonómica, donde existen cuatro factores asociados al suicidio en el ámbito militar (de aplicación a la policía), el formativo, los antecedentes, los precipitantes, y los asociados a los sentimientos de alineación e impotencia.

- Basado en la autopsia psicológica, empleando este método se ha llegado a comprender cómo existen factores sociales previos que afectan a su red de contactos y a su integración con los compañeros.

- Perspectiva de la presión, donde los agentes van a reaccionar de forma desigual a los estresores de su trabajo, pudiéndose ver el suicidio como una “solución” ante dicho sufrimiento.

- Interpersonal, donde se relaciona el estrés laboral, con las exposiciones traumáticas, unido al sentimiento de aislamiento y falta de pertenencia social.

- Interactivo diátesis-estrés, donde el suicidio está relacionado con el estrés y los factores predisponentes personales (Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999).

## FACTORES DE RIESGO

Se consideran factores de riesgo a aquellos en cuya presencia se incrementa las posibilidades de sufrir actos suicidas. Estos pueden ser de tipo cuantitativo o cualitativo, en el primer caso estaríamos hablando de factores que necesitan “acumularse” en el tiempo, o que precisan de una alta intensidad para poder tener esa influencia sobre la conducta suicida; y en el caso de los factores cualitativos se hablaría más de que la mera presencia de ese factor es suficientemente determinante como para “provocar” dicho acto.

Con respecto a los factores que incrementan la probabilidad de sufrir suicidio se destaca (Mental Health Commission of Canada, 2018):

- los antecedentes familiares tanto de casos de suicidio como de trastornos psicológicos.
- los intentos previos de suicidio.
- los pacientes hospitalarios crónicos.
- el abuso de alcohol.
- la reclusión en prisión.
- los cambios estacionales.
- la influencia de los medios de comunicación.
- los factores sociales como el aislamiento o eventos vitales recientes.
- la exposición a la violencia.

– el trabajar en determinadas profesiones como en el campo de la salud, en servicios de emergencia o la policía.

Sobre este último punto con respecto al trabajo que se desempeña otras investigaciones han asociado un mayor índice de suicidio a profesiones como la de granjero, médico, policía o soldado (Tiesman et al., 2015); si bien en la policía se produce un mayor número de suicidios frente a la población general, dentro de los trabajos de riesgo está por detrás de las tasas de suicidio de bomberos, soldados y oficiales de prisión (Milner, Witt, Maheen, & Lamontagne, 2017; Stanley, Hom, & Joiner, 2016).

Por tanto, y atendiendo a la descripción anterior cabría afirmar que los policías van a estar más expuestos a sufrir suicidios por las características propias de su profesión, el aislamiento social que en ocasiones produce, y la exposición casi constante a la violencia.

Únicamente con esos tres factores estaríamos hablando de una población especialmente vulnerable en la que cabría esperarse tasas de suicidio mayores que la población general, a lo que se pueden añadir factores temporales como los estacionales (invierno o verano), los eventos sociales (pérdida de un familiar), el consumo de alcohol, ... produciéndose un mayor riesgo de suicidio entre los agentes dado los altos niveles de estrés a los que están sometidos, con desplazamientos geográficos temporales,

Juan Moisés de la Serna

exposición casi continua a la violencia, sentido de aislamiento social (Mishara & Martin, 2012).

## FACTORES DE PERSONALIDAD

Lo primero que hay que aclarar es el concepto de persona, cuya etimología (origen del significado de las palabras) hace referencia a las máscaras que utilizaban los griegos, en sus representaciones de teatro; es decir, la persona (máscara) es la imagen con la que nos presentamos ante los demás; sin ser tan estrictos, el término se emplea para designar a un individuo sustancialmente distinto del resto, que pertenece a una determinada especie. Esta persona va a tener una serie de cualidades, además de sus características físicas, como son el peso, la altura, el color de pelo, piel u ojos, entre otros; también va a presentar una forma de sentir y de relacionarse consigo mismo y con los demás, mostrando un estilo de conducta y formas de hacer propias. A este conjunto de estilos de pensar, sentir y actuar, es a lo que se denomina personalidad, en la que se pueden distinguir tres facetas:

- Biológica, que se corresponde tanto a la información genética adquirida por combinación de la de los progenitores (genotipo); como a los caracteres morfológicos, funcionales y bioquímicos que presenta la persona (fenotipo); el primero se correspondería a nuestra carga genética, mientras que el segundo se refiere a cómo se expresa esa genética de una determinada manera.

- Individual, que abarca las necesidades, deseos y

anhelos, es decir, es la motivación de la persona, que será lo que la va a conducir a actuar de una determinada manera para conseguir alcanzar sus metas, igualmente tratará de evitar aquello que le resulte poco atractivo o desagradable

- Social, a través de las relaciones interpersonales, aprendemos no sólo a convivir con los demás, sino también a pensar y sentir de una determinada manera. La cultura, el idioma, los usos y costumbres van a ir configurando desde los primeros meses las tendencias de pensar, sentir y comportarse del individuo a lo largo de su vida

Con esto podemos tener una idea aproximada de lo que es la personalidad, como la tendencia a pensar, sentir y actuar de una determinada manera, que va a estar condicionada, por un conjunto de normas que regulan la convivencia, dentro de la sociedad en que se vive, así como por la expresión de una genética transmitida por nuestros padres, pero ¿cómo se forma la personalidad?

Dos son los principales mecanismos que empleamos para conformar la personalidad a lo largo del tiempo: la experiencia directa, permite a la persona, desde muy pequeño ir probando distintas acciones, y por ensayo y error, aprender aquello que es agradable o desagradable. Lo primero, se convierte en fuente de deseo, generando tendencias hacia su logro; mientras que lo desagradable, se

tiende a evitar o incluso huir de ello; y el aprendizaje vicario, también conocido como aprendizaje observacional, por el cual la persona es capaz de aprender las consecuencias de determinadas acciones, viendo los resultados que estas generan en otros, por ejemplo, un bebé es capaz de aprender a no tocar las cosas puntiagudas si ve cómo otra persona se lastima al hacerlo

A través de estos dos mecanismos, vamos a aprender a identificarnos como individuo, distinto del resto, con características propias, como son nuestro cuerpo, nuestra forma de pensar y de actuar. Pero para llegar a este punto han de pasar un tiempo de experiencia y aprendizaje por parte del bebé, tal y como lo demuestra la prueba de la mancha; previamente a la prueba, al pequeño se le ha puesto una mancha (de carmín) en alguna parte de su frente, para con posterioridad colocarle frente a un espejo, para observar su reacción. Si éste trata de tocarse la mancha, se puede concluir que el bebé tiene conciencia de que ese que está viendo en el espejo es él, es decir, es su reflejo; por lo tanto, ya tendría conciencia de sí mismo, como individuo diferente del resto.

Igualmente, con el tiempo, va a ir adquiriendo la conciencia moral, que es aquella que va a regir nuestra conducta a lo largo de la vida, y por la cual, aprendemos qué es lo que está establecido como correcto o incorrecto,

dentro de una determinada sociedad. Así, estarán permitidos e incluso fomentados determinados deseos, pensamientos y formas de actuar; mientras otros quedarán prohibidos, perseguidos y castigados

Personalidad que va a estar en la base de cómo sentimos, pensamos y actuamos, y es precisamente en este último aspecto desde donde se trata de explicar algunos comportamientos desajustados e incluso psicopatologías; así una de las mayores dificultades a la hora de tratar a los adictos es cuando existen variables de la personalidad implicadas en el abuso de sustancias; de forma que si alguna de las características de nuestra personalidad favorece el abuso de sustancias vamos a estar más predispuesto para ello, aunque no hay que pensar en ningún tipo de determinismo de la personalidad en el abuso de sustancias, sí va a guiar nuestros pasos hacia aquello que queremos y buscamos.

Son muchas las variables de la personalidad que podrían estar implicadas, en función del modelo teórico que empleemos; pero quizás el narcisismo esté destacando en los últimos años como característica determinante de nuestro comportamiento. El narcisismo es aquella percepción de uno mismo, muy relacionado con la autoimagen y la autoestima, que motiva conductas autocomplacientes. En el extremo se encuentra el

narcisismo patológico, que conduce a una distorsión de la realidad, con pensamientos de grandiosidad, fantasías de tener capacidades ilimitadas, sentirse superior a los demás, e incluso perfecto. Donde se observa una escasa moral en aquello que le satisface, no considerando que se equivoca nunca, motivado únicamente por las recompensas y sin ningún remordimiento por lo que hace, pero ¿qué papel juega la personalidad en el abuso de sustancias?

Esto es precisamente lo que se ha tratado de averiguar con una investigación desde el Departamento de Psicología, Universidad de Mohaghegh Ardabili, junto con el Departamento de Psicología, Universidad de Guilan, y el Departamento de Psicología Clínica, Universidad Allameh Tabataba'i, Teherán, (Irán) (Mowlaie, Abolghasemi, & Aghababaei, 2016). En el estudio participaron doscientos alumnos universitarios, de los cuales el 38,5% eran mujeres, con edades comprendidas entre los 18 a 35 años. A todos ellos se les administró un cuestionario estandarizado para evaluar los niveles de narcisismo patológico a través del Pathological Narcissism Inventory (Pincus et al., 2009) ; igualmente se evaluó su nivel de adicción al alcohol y otras drogas a través del Addiction Acknowledgment Scale (Weed, Butcher, McKenna, & Ben-Porath, 1992); además se evaluó el autocontrol mediante el Cognitive Self-Control Scale (Grasmick, Tittle, Bursik, &

Arneklev, 1993); y por último se administró las escalas BIS/BAS (Carver & White, 1994) para evaluar la sensibilidad a realizar o inhibir comportamientos en busca de recompensa.

Entre los efectos principales se ha encontrado que el narcisismo patológico y el comportamiento activo se relacionan significativamente con el abuso de sustancias. Mientras que el comportamiento inhibitorio y el autocontrol se relaciona significativamente con la prevención el abuso de alcohol u otras sustancias. Los resultados sobre los efectos combinados muestran que existe una relación significativa positiva entre el narcisismo patológico y el comportamiento activo hacia las drogas, mediado por bajos niveles de autocontrol, dándose también una relación significativa negativa entre el comportamiento inhibitorio y el autocontrol; a pesar de que los autores han tratado de ofrecer un modelo con las relaciones significativas positivas y negativas de estas cuatro variables, este no ha ido acompañado de un modelo teórico que lo sustente.

Aun y con las limitaciones anteriores hay que destacar la complejidad de la conducta de abuso de sustancia, y de cómo están implicadas en ella variables de personalidad, lo que va a dificultar el tratamiento para su desintoxicación. Así el narcisismo patológico va a jugar un papel destacado

en el abuso de sustancias, aspecto que se habrá de trabajar si se quiere modificar estas conductas, sabiendo que tratar de cambiar la personalidad conlleva mucho esfuerzo y en la mayoría de los casos pocos resultados.

Tal y como se ha ejemplificado con la investigación anterior, desde el ámbito de la psicología se ha tratado de comprobar si existe algún rasgo de personalidad que “facilite” el que una persona pueda llegar a atentar contra su vida o no; así con respecto a descubrir características de la personalidad determinantes en el caso del suicidio se ha realizado una investigación por parte del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente junto con el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro (México) (Camarena, Fresán, & Sarmiento, 2014).

En el estudio participaron 233 personas, de las cuales 49 eran pacientes con intentos de suicidio que tenían diagnosticado trastorno por depresión mayor o distimia, excluyendo del estudio a los que tenían cualquier otra patología a la vez; conformando el resto el grupo control con el que comparar. A todos ellos se les evaluó mediante un cuestionario amplio estandarizado de 240 preguntas denominado Temperament and Character Inventory (Garcia, Lester, Cloninger, & Robert Cloninger, 2017). Según la teoría que sustenta este cuestionario, en el Temperamento existe un componente parcialmente

hereditario, mientras que la Personalidad se forma por las experiencias sociales y personales del individuo. Este cuestionario evalúa siete dimensiones, cuatro de Temperamento (Búsqueda de la novedad, Evitación del daño, Dependencia de la recompensa y Persistencia); y tres de Personalidad (Autodirección, Cooperación, y Autotrascendencia).

Los resultados analizados en conjunto informan que los padres e hijos con intentos de suicidio comparten características frente al grupo control. Estas características definitorias son tanto de Temperamento (alta Evitación del daño y baja Persistencia), como de Personalidad (baja Autodirección y Cooperatividad). Algo que comenta el estudio, es que los padres comparten las mismas características de personalidad que llevan al hijo a tener un intento de suicidio. Como el estudio no contempla el análisis de los intentos de suicidio de sus padres, si es que ha habido, no se puede concluir que esos factores sean determinantes, ya que, en unos casos, como en los padres, las mismas características de personalidad no "desembocan" en intentos de suicidio, mientras que en otros sí, como es en los hijos.

Hay que tener en cuenta que entre los "supervivientes" de sus intentos de suicidio, se suelen referir que no intentaban quitarse la vida, si no que era su forma de

llamar la atención o quejarse de las circunstancias que vivían. Por eso, en mi opinión se debe de distinguir entre los que lo intentan y los que lo consiguen, pues puede que detrás existan motivaciones totalmente diferentes.

Luego estos resultados del estudio se referirían únicamente a aquellos que lo intentan. A pesar de ello y dado la gravedad del tema que se investiga, cualquier aportación es bien recibida para comprender mejor los motivos, pero sobre todo para tratar de prevenirlo. Por lo que, según esta investigación existen factores de temperamento como de personalidad que son más probables que estén presentes entre pacientes con trastornos de depresión que además cometan intentos de suicidio.

Así una persona con un temperamento con altos niveles de evitación del daño, es decir no aguanta sufrir; y bajos de persistencia en las tareas, es decir, no es constante para lograr sus metas, es más probable que ante la depresión tienda a cometer actos suicidas, ya que serían personas que están sufriendo las consecuencias de la depresión, aspecto que no le agrada, y además no son capaces de encontrar una salida, debido a que requiere de un esfuerzo diario, aspecto en el que suele fallar.

Igualmente tener características de personalidad definidas por bajos niveles de autodirección, es decir tiene

poca constancia en la toma de responsabilidad de su propia vida; y bajos de cooperatividad, es decir es una persona competitiva que se involucra poco en aspectos sociales; cuando se dan ambas características ante la depresión, es más probable que tengan intentos de suicidio.

Tal y como sería el caso de alguien que no le gusta tomar decisiones personales, como la de afrontar la depresión para salir de dicha situación; y que tampoco cuenta con una red de apoyo, para que no le vean cómo débil sus compañeros, lo que va a facilitar la realización del acto suicida (Grassi et al., 2018).

## LA INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN

Un aspecto destacado en relación al suicidio es su relación con los problemas de tipo psicológico diagnosticados o no; estimándose en la población general que los problemas de salud mental están asociados a más del 90% de casos de suicidio entre los 15 a 29 años, y del 80% a partir de los 30 años, al sufrir determinadas psicopatologías como los trastornos afectivos como por depresión mayor; los trastornos de adicción a sustancias; los trastornos psicóticos; algunos trastornos de personalidad como el Bordelinde; algunos trastornos de la alimentación como la anorexia o el trastorno de estrés postraumático, destacando entre la población más joven la asociación con el trastorno bipolar, el trastorno de déficit de atención, especialmente con hiperactividad y los trastornos comportamentales (Mental Health Commission of Canada, 2018), pero no en todos los casos se produce, ni es un requisito para que se lleve a cabo el acto suicida.

Por su parte la OMS señala que los problemas de salud mental a nivel mundial están asociados entre el 65 al 95% con los casos de suicidio, incrementándose hasta un 15% el riesgo de suicidio entre las personas que padecen algún trastorno mental. (O.M.S., 2009); al respecto D<sup>a</sup> Nathalie López Oficial de Policía y Psicóloga Clínica en la Policía Nacional del Ecuador, informa sobre los casos que atiende

en la policía: «Los principales problemas es problema de consumo de alcohol, sustancias, violencia intrafamiliar, depresión, ansiedad problemas de pareja y estrés».

Por tanto y teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, entre el cuerpo de policía será más probable que se den casos de intentos de suicidio en aquellos agentes que sufran trastorno de depresión el trastorno de consumo de sustancia o el trastorno por estrés postraumático, todo lo cual debe ser evaluado, diagnosticado y tratado para reducir con ello la probabilidad de que conlleven un intento de suicidio, por lo que lo primero que ha de hacer el policía es ponerse en manos de un especialista.

Aspecto que supone en muchos casos un problema de por sí, ya que “pedir ayuda” en determinados cuerpos como la policía es considerado como un “signo de debilidad” por los propios agentes, e incluso por el estigma asociado a acudir a un especialista de la salud mental, donde no se quiere que ningún compañero o superior sepa que está recibiendo este tipo de atención (Grassi et al., 2018), así se pueden dar cuatro posibles casos, que el agente no se dé cuenta de su condición y los demás tampoco; que el agente no se dé cuenta de su necesidad de ayuda y los demás sí; que el agente se dé cuenta de que debería acudir a terapia y los demás no; o en el último caso, que tanto el agente como los demás vean necesario la consulta con el profesional de

la salud mental. Esta aproximación es una simplificación ya que los “demás” abarca a toda persona allegada, que incluye familiares directos, compañeros o superiores, y en ocasiones uno o varios pueden darse cuenta o no de su necesidad.

Sobre el acceso por parte de los policías al servicio psicológico D<sup>a</sup> Nathalie López señala «Llegan voluntariamente solicitando tratamiento aquellos miembros policiales que tienen problemas de pareja, depresión ansiedad estrés; los que tienen problemas de consumo de alcohol o drogas llegan referidos por el primer nivel de atención, psicólogos de unidades policiales o por el jefe y entran a un proceso terapéutico».

Los problemas que con mayor asiduidad se puede ver en consulta es en relación con las emociones, ya sean por sobre activación, en el caso del estrés y la ansiedad o por su inhibición, en el caso de la tristeza y la depresión, pero no se trata únicamente de que las personas estén más sensibles hacia estos problemas, y por ello acudan con mayor frecuencia a consulta psicológica, sino que también son los problemas más comunes que se sufren, mucho más que cualquier otro trastorno del ámbito de la salud mental.

La tristeza es un estado por el cual la persona deja de sentirse “plena” o al menos “normal”, considerada como una de las emociones básicas, junto con la felicidad o el

miedo. Son muchos los motivos que pueden generar tristeza, desde la pérdida de un ser querido, hasta el no haber logrado una meta ansiada, pero quizás el más grave es por la presencia de una enfermedad, sobre todo si esta es incurable o crónica, teniendo en cuenta que la relación entre la salud física y la mental hace tiempo que dejó de estar en discusión.

Cuando alguien sufre un mal físico, esto va a tener un efecto directo sobre su estado de ánimo, y este sobre el resto de los ámbitos de la persona, incluida su forma de relacionarse consigo mismo y con los demás; así cuando uno se siente mal, por ejemplo, por sufrir una enfermedad crónica, esto puede alterar de forma significativa su estado de ánimo incluso pudiendo llevar al paciente a tener una depresión; pero cuando aparecen los síntomas de la depresión la situación empeora, ya que los efectos que estos tienen sobre la salud son importantes, al reducir la calidad de vida, con una mengua del estado de ánimo, pero también del sistema inmunitario, lo que permite entrar al paciente en un círculo vicioso.

Cuanto peor está físicamente, peor se siente psicológicamente, y cuantos más síntomas depresivos sufra, su cuerpo va a responder peor y por tanto en vez de facilitar la recuperación va a perjudicarla. Las consecuencias de este círculo vicioso es un agravamiento de

la sintomatología, empeorando la calidad de vida del paciente, haciendo que sea menos tolerante a lo que le sucede y con ello que tenga un peor pronóstico, en comparación con otro que no tenga asociado estos síntomas depresivos. De ahí la importancia de detectar los primeros síntomas de la depresión, para poder tratarlos cuanto antes para que no avance y perjudique más a la salud del paciente; se hace necesario aclarar que lo que normalmente se llama depresión no siempre se corresponde con lo que clínicamente se denomina trastorno de depresión mayor, ya que hay todo un abanico de trastornos del estado de ánimo que tienen síntomas similares con decaimiento y apatía, entre ellos la depresión mayor, la ciclotimia, ..

La Depresión es un trastorno del Estado de Ánimo, que se traduce en un estado de decaimiento importante y continuado tanto psicológico como biológicamente del paciente, y se manifiesta a través de síntomas psíquicos (pudiendo aparecer desinterés, tristeza, desmoralización, disminución de la autoestima) y somáticos (pérdida del apetito, disminución del peso corporal, astenia, alteraciones del sueño con periodos de insomnio y periodos de somnolencia). Son muchas las consecuencias de este trastorno, pero todas ellas van en contra de la calidad de vida del paciente. Un problema no sólo de salud personal, sino que tiene importantes repercusiones tanto en la

economía familiar o en donde se trabaja.

A la hora de realizar un diagnóstico correctamente se ha de descartar los episodios de tristeza pasajera, que se consideran como una reacción natural de la persona ante acontecimientos negativos como las situaciones de duelo por la pérdida de un ser querido u otras como divorcios o separaciones; aunque si se prolonga más allá de los seis meses, o es tan importante que sea incapacitante, puede desembocar en una Depresión; además se pueden presentar síntomas depresivos ante situaciones que conlleven un fuerte estrés, ya sea de tipo laboral, económico o de relaciones interpersonales, que irán remitiendo paulatinamente a partir de que desaparezca el desencadenante del estrés; es lo que se denomina como Trastorno Adaptativo con Estado de Ánimo Deprimido.

El tratamiento de la depresión mayor en adultos puede ser difícil, por lo que se precisa de herramientas terapéuticas y psicofarmacológicas para conseguirlo; un tratamiento que en ocasiones se puede ver complicado por la falta de colaboración por parte del paciente, lo que hace que se pueda cronificar. Para paliar esta situación se han desarrollado multitud de tratamientos ya sea con psicofarmacología o bien con psicoterapia, buscando sacar a la persona de sus pensamientos negativos, sentimientos de decaimiento y pasividad conductual.

En el caso del trastorno del estado de ánimo por depresión mayor, en contra de lo que se puede pensar a priori, no existen diferencias de género en cuanto la edad de inicio, tiempo requerido para la recuperación o las posibles recaídas, a pesar de ello, existen estudios que señalan diferencias de género en cuanto al padecimiento de esta problemática de salud mental, ya que se diagnostica más en mujeres frente a hombres, algo que se ha tratado de explicar por la mayor sensibilidad de las mismas a los aspectos emocionales frente a los hombres. Desde el Instituto Nacional de Salud de EEUU (NIMH, 2019) informan que en adultos para el 2017 el 7,1% de la población habían sufrido depresión mayor, es decir 17.300.000 ciudadanos de dicho país, afectando al 8,7% de la población femenina y al 5,3% de la masculina. En España por su parte para el 2017 el 6,7% de la población había sufrido depresión mayor, es decir 3.118.000 ciudadanos de dicho país, afectando al 9,2% de la población femenina y al 4% de la masculina (Ministerio de sanidad, 2017).

Pero la depresión, no consiste únicamente en un problema de salud mental, que lleva asociado una serie de conductas de aislamiento y retraimiento, sino que además conlleva un mayor número de casos de morbilidad y mortalidad. La morbilidad consiste en que la persona en

depresión suele padecer otras enfermedades, con más frecuencia que las personas sin depresión. Mientras que las mayores tasas de mortalidad entre las personas que sufren depresión se producen tanto por los intentos de suicidio, por una mayor propensión a sufrir accidentes, o por padecer otras enfermedades, pero ¿existen diferencias en cuanto al género en la morbilidad y la mortalidad asociadas a la depresión?

Esto es lo que se ha tratado de responder con una investigación realizada conjuntamente por el Hospital General; la Escuela de Medicina de Kashibai Navale, el Instituto de Salud Mental de Maharashtra y el Hospital King Edward Memorial (India) (Deshpande et al., 2014). En el estudio participaron 107 adultos, usuarios del Hospital King Edward Memorial, diagnosticados con trastorno de depresión mayor, de los cuales 66 eran mujeres. Todos los participantes habían recibido el diagnóstico de depresión, a los cuales se les administró una serie de cuestionarios como fue una escala de Depresión estandarizada para confirmar el diagnóstico denominada Structured Clinical Interview for DSM IV axis I disorders (First, Gibbon, Spitzer, & Williams, 2002), la escala de Paykel sobre la ideación de suicidio (Paykel, Myers, Lindenthal, & Tanner, 1974), sobre niveles de estrés en su vida, niveles de funcionalidad tanto general, como social y

ocupacional.

Los resultados informan de que, a pesar de padecer la misma enfermedad, existen diferencias significativas en cuanto al estrés que ésta genera en su vida, así como en los distintos niveles de funcionamiento de la persona y todo ello parece estar relacionado con los niveles de suicidio. La mujer sufre más estrés proveniente de su círculo social, especialmente desde el ámbito familiar; mientras que los hombres refieren a los problemas económicos como principal fuente de estrés asociado a la depresión. Con respecto al funcionamiento general tiene una similar incidencia en ambos géneros por igual, afectando en mayor grado a los hombres en el caso del funcionamiento social y ocupacional. Para finalizar, en el grupo de las mujeres con depresión fue donde existieron mayores niveles de suicidio, frente a los hombres con depresión.

Para estudiar el nivel de incidencia del suicidio entre los pacientes con trastorno de depresión mayor se llevó a cabo una investigación desde la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Corea conjuntamente con la Universidad Nacional de Corea (Corea) (Seo et al., 2014). En el estudio participaron 1.183 pacientes diagnosticados con depresión mayor inscritos en uno más amplio denominado Clinical Research Center for Depression (CRESCEND) realizado entre el 2006 y el 2008. De entre

los inscritos el 21% sufrieron intentos de suicidio (253 pacientes) y un 34% tuvieron ideaciones suicidas (407 pacientes), es decir más de la mitad (55%) de los pacientes con depresión mayor tuvieron ideación o intentos suicidas. De 138 participantes se llevó a cabo un seguimiento durante los doce meses posteriores, de los cuales 23 habían tenido intentos de suicidio, 59 sólo tenían ideación suicida y 56 con ni historia previa de intentos de suicidio. A todos ellos se les administró un cuestionario estandarizado sobre carácter y temperamento denominado Temperament and Character Inventory (Garcia et al., 2017).

Los resultados indican que no existen diferencias significativas entre las personas que han tenido intentos de suicidio y los que no, en cuanto a carácter o temperamento, salvo en autogestión, en que los que tienen conductas suicidas muestran significativamente menores niveles frente a los demás participantes del estudio. Dicho concepto hace referencia a la autodeterminación, autoestima y la capacidad del individuo para controlar, regular y adaptar su conducta a una situación de acuerdo con valores y metas personales, es decir, aquellas personas que sufrían más intentos de suicidio eran las que controlaban menos sus impulsos, tenían una autoestima más baja y dificultades para adaptarse a las demandas de cada momento, mostrando conductas “fuera de lugar”.

Igualmente, la autotrascendencia resultó significativamente superior entre los que intentaron suicidarse frente a los que sólo tenían ideación suicida, lo que da cuenta de cierta “utilización” del suicidio hacia un fin más allá del acto suicida, es decir, las personas que van a cometer este atentado contra su vida han encontrado un “sentido” trascendente como de tipo reivindicativo o de denuncia... frente a los que sólo tienen ideaciones suicidas. A pesar de que el estudio trataba de predecir la ideación y el comportamiento suicida analizando el carácter y temperamento de los pacientes con depresión, no se ha conseguido demostrar que exista esta relación.

Con respecto a la incidencia de la depresión en la policía, en una investigación longitudinal de casos de suicidio entre agentes entre el 2000 al 2012 en Australia se encontró que el 13% de los policías habían sido diagnosticados con Trastorno de Depresión Mayor (NATIONAL CRIMINAL INFORMATION SYSTEM, 2015), una cifra que es duplicado por el número de casos diagnosticados entre el personal de bomberos y el personal de emergencia, un 32 a 35% respectivamente.

Entre las causas del suicidio en la policía italiana se atribuye a problemas emocionales en el 39% de los casos; trastornos psiquiátricos el 11%; dificultades económicas el 6% y 2% por problemas físicos. (Grassi et al., 2019).

## LA INFLUENCIA DEL ESTRÉS

En nuestra vida cotidiana, estamos sometidos a distintos niveles de demanda, ya sea en el trabajo, al ir conduciendo o en la casa; en cada una de estas ocasiones debemos dar respuesta, tratando de hacerlo lo mejor posible, una situación que sin duda nos genera estrés, pero ¿es bueno el estrés?

El estrés es importante dado su papel como preparador de la respuesta, ya sea ésta de escape o para atacar, participando para ello distintos sistemas del organismo, especialmente el sistema autónomo, y en concreto del sistema simpático, con un aumento de las pulsaciones cardíacas, dilatación de la pupila, inhibición de la salivación, relajación de los bronquios, inhibición de la actividad digestiva, estimulando la liberación de glucosas por el hígado, aumentando la secreción de adrenalina y noradrenalina por el riñón, relajando la vejiga y contrayendo del recto.

Esto es lo que los agentes de policía van a sentir en su organismo cuando se presenta una situación estresante, sabiendo que cuando el agente estresante interno o externo desaparece, el organismo pasa a un estado de relajación, activando los mecanismos contrarios al del estrés, es decir, el sistema inmune se reactiva, el sistema endocrino deja de segregar adrenalina, el sistema simpático deja paso a la

activación del parasimpático con un retardo de las pulsaciones cardíacas, contrayendo la pupila, estimulando la salivación, contrayendo los bronquios, estimulando la actividad digestiva y la vesícula biliar, contrayendo la vejiga y relajando el recto.

A nivel fisiológico, se activa ante el estrés el eje hipotalámico hipofiso adrenal (H.H.A.) que hace referencia a un conjunto de sistemas neuroendocrinos, en éste participa el hipotálamo, la glándula pituitaria (ambos en el cerebro) y la glándula suprarrenal (en los riñones) cuya función es regular sistemas tan dispares como el inmune, el digestivo o el de las emociones.

La hipófisis va a producir la hormona liberadora de corticotropina (C.R.H.) y vasopresina; que en la pituitaria va a producir corticotropina (A.C.T.H.): que, transportada en la sangre, en la glándula suprarrenal va a provocar la secreción de glucocorticoides, un corticoide conocido como la hormona del estrés que va a afectar a gran parte del organismo en preparación para la respuesta del estrés.

Este mecanismo de H.H.A., va a formar parte de lo que se denomina Sistema General de Adaptación de Selye (Saturday & Selye, 1950) que divide las situaciones de estrés en tres etapas:

– Reacción de Alarma, desde el momento en que se produce el estímulo o la situación estresante, el organismo

se ha de preparar para responder.

– Resistencia o Adaptación, en esta fase se pone en marcha el mecanismo H.H.A., para dar respuesta a la demanda estresante; si ésta desaparece, el organismo tenderá a una “desactivación” producida por un mecanismo de retroalimentación negativa, que emplea la misma vía H.H.A., de forma que el cortisol de las glándulas suprarrenales inhibirá la producción de C.R.H. de la hipófisis y con ello desactivará el eje H.H.A., recuperando así los niveles basales previos a la aparición del estrés.

En cambio, si el estímulo estresante se mantiene, el organismo pasará a la siguiente fase.

– Agotamiento, los recursos del cuerpo son limitados, y están disponibles por un escaso tiempo, pasado el cual se produce un agotamiento de estos, así como del estado de tensión que lo origina. Este agotamiento, va a traer toda una serie de consecuencias en los distintos sistemas implicados que pueden llevar a la persona a enfermar.

Un estrés a medio plazo va a tener una serie de consecuencias, como dolores musculares, alteración del sueño y del estado de ánimo e inmunodeficiencia.

Un estrés crónico en cambio va a provocar efectos más graves, siendo el responsable de:

– Alteraciones digestivas que pueden acarrear úlceras y diarreas.

- Obesidad por el aumento de apetito y con ello se incrementa la posibilidad de padecer diabetes.
- Debilitamiento del sistema inmune, estando más expuesto a infecciones y resfriados.
- Pérdida de memoria, de motivación, sueño, alteración del estado de ánimo.
- Aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca, acumulación de colesterol y triglicéridos en sangre, con aumento de riesgo de padecer enfermedades cardíacas y derrames.

A nivel psicológico además va a acrecentar los síntomas de determinados trastornos psicológicos, como en el caso del trastorno de esquizofrenia donde a mayores niveles de estrés, mayor expresión de síntomas psicóticos; y en personas normales, la toxicidad de niveles elevados de cortisol en el cerebro de forma aguda, conlleva la afectación de determinadas estructuras neuronales que va a repercutir en un peor desempeño cognitivo, como en el caso del hipocampo, necesario para el establecimiento de nuevos aprendizajes y la recuperación del material memorizado.

Por tanto, el estrés es aquello que sentimos cuando debemos dar una respuesta lo más rápido y certera posible por ejemplo cuando el policía debe de usar su arma de fuego, para acertar al sospechoso y no a cualquier otra persona que se encuentra en la escena. Todo ello provoca

una tensión emocional que si no se libera gracias a la labor del psicólogo se va acumulando y puede desencadenar en lo que se conoce como enfermedades psicosomáticas.

En caso de que la situación que genera estrés (estresor), se mantenga a durante semanas o meses, se puede ver afectado, el sistema digestivo, provocando gastritis, úlceras o colon irritable; igualmente afectará a la piel con la aparición de dermatitis, urticaria o caída de pelo; a nivel pulmonar puede aparecer tos o ataques de asma; y a nivel muscular se puede experimentar lumbalgia o dolores musculares, además de alteración del sueño y del estado de ánimo e inmunodeficiencia.

Si el estrés se mantiene durante más tiempo, se considera una situación de estrés crónico y puede producir hasta las más graves enfermedades autoinmunes, como la esclerosis múltiple, siendo el responsable de alteraciones digestivas que pueden acarrear úlceras y diarreas; de la obesidad por el aumento de apetito y con ello se incrementa la posibilidad de padecer diabetes; del debilitamiento del sistema inmune, estando más expuesto a infecciones y resfriados; incluso de la pérdida de memoria, de motivación, sueño, alteración del estado de ánimo y el aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca, acumulación de colesterol y triglicéridos en sangre, con aumento de riesgo de padecer enfermedades cardíacas y

derrames.

Es decir, el policía sin saberlo va a estar sometido a altos niveles de estrés de los cuales se ha de liberar para que no se acumulen, pues sino lo hace va a estar expuesto a una serie de consecuencias que van a ir en detrimento de su salud física y psicológica y con ello en perjuicio de su desempeño. De ahí la importancia de la terapia para estos profesionales con lo que encontrar la vía de canalizar ese estrés de forma que no le perjudique en su salud y en sus relaciones sociales.

Por tanto, la expresión de signos y síntomas físicos, tan graves e importantes como los provocados a nivel muscular, pulmonar, gástrico e incluso inmune, siendo su responsable un acontecimiento psicológico como es el estrés, no deja duda alguna a que existe una relación directa entre lo psicológico y lo físico, y que la salud de uno influye en el otro, principios fundamentales de la aproximación psicosomática.

Pero esta aproximación no sólo tiene que ver con el origen de los signos y síntomas de las enfermedades, sino también con su tratamiento, entendiendo que cualquier intervención, única y exclusivamente física, no hará sino “parchear” lo que no funciona bien, pero mientras que no exista una intervención terapéutica completa, que incluya los aspectos psicológicos, aquello que lo genera y mantiene

(el estrés) seguirá haciendo estragos, en ese mismo órgano o músculo, o en otros.

De ahí que a veces, cuando desde el ámbito exclusivamente médico se trata un órgano o músculo, a pesar de que se observe una mejoría en éste; otro órgano normalmente próximo, muestra signos y síntomas de enfermedad que antes no mostraba, por lo que en ocasiones el diagnóstico parece difuso y errático, y todo ello porque no se está tratando la causa psicológica que lo genera y mantiene.

Ante un caso de úlcera, por mucho “antiácido” que se beba tras la comida, para reducir el nivel de acidez del estómago y proteger así a las úlceras, no hará sino mitigar los síntomas y evitar que estas provoquen malestar y dolor; pero ese estrés acumulado y agotador del sistema se expresará de otra manera, pues todo el organismo está siendo sobrecargado continuamente.

Esto se ejemplifica claramente con las piezas de un motor de cualquier vehículo, al que si se le da un uso correcto puede durar mucho tiempo, pero si se está continuamente pisando el acelerador, éstas “sufren” más de la cuenta, erosionándose las piezas, y pudiendo llevar a la rotura de alguna de ellas; pues lo mismo le sucede a nuestro organismo, las primeras “piezas” que se verían afectadas serían, precisamente aquellas que genéticamente

tuviésemos más propensas a la enfermedad, o que por algún motivo ya hubiesen sufrido con anterioridad y estuviesen más débiles. Es por ello por lo que el mismo nivel de estrés (aunque como cada uno lo vive de forma individual, basado en su historia personal, nunca es el mismo), va a provocar una sintomatología diferente según la persona que lo está sufriendo, viéndose en unos casos afectados el sistema muscular, gástrico, pulmonar, o el inmune.

Con posterioridad, y gracias a los estudios realizados sobre el eje Hipotálamo Hipófiso Adrenal (H.H.A.), se amplió el espectro de las causas psicológicas generadoras de trastornos psicosomáticos, dejando así de circunscribirse únicamente en el estrés, para ampliar también al ámbito de la vida emocional del paciente y que como se viene comentando, no es sino con una intervención global que afecte tanto a la parte física como psicológica, como se va a conseguir restaurar la salud de la persona y no sólo “parchar” aquella expresión de signos y síntomas. Pero cabe señalar que el estrés mantenido a medio o largo plazo puede ser nocivo para la salud, es lo que se denomina distrés, pero también existe el estrés “bueno”, es decir, aquel que durante un corto espacio de tiempo potencia nuestras capacidades y nos hace dar respuestas más acertadas en las actividades que se deben desempeñar, a

este segundo tipo de estrés se denomina eustrés.

Así pues, el que sea “bueno” o “malo”, depende tanto de la valoración psicológica de los acontecimientos y situaciones estresantes como de que estas se mantengan durante un cierto tiempo. Así, una situación valorada como desafiante, pero atractiva como forma de superarse o de “lucirse”, motiva a dar lo mejor de uno mismo, obteniendo éxitos que de otra forma no se alcanzarían; pero si esa situación se mantiene en el tiempo, se produce el agotamiento de los recursos que explicaba Selye en su Sistema General de Adaptación, y con ello dejaría de ser motivador convirtiéndose en algo “insufrible”, dando el éxito paso a la enfermedad.

Como vemos hasta ahora, el estrés es fuente de motivación a corto plazo, pero su permanencia a medio y largo plazo pueden provocar daños generalizados en el organismo, debido al mantenimiento en el tiempo de la activación en los distintos sistemas implicados en el H.H.A., estimulados algunos e inhibidos otros por el sistema simpático. Además, el sistema inmune, que protege al organismo de infecciones externas e internas, es muy sensible a los procesos de estrés; cuando éste se genera, el organismo va a experimentar una inmunodepresión, reduciendo estas funciones al mínimo, pero si se mantiene, se daña el sistema.

Los primeros síntomas de que el sistema inmune no está funcionando correctamente, se puede observar ante la aparición de síntomas como psoriasis o lupus; pero si no se pone remedio y la situación estresante continúa, no sólo se va a producir una ralentización de los procesos de cicatrización y de recuperación de las heridas que pudiese tener, sino que se deja la “puerta abierta” a todo tipo de infecciones, además de producirse un empeoramiento de los síntomas de las enfermedades autoinmunes, entre ellas la esclerosis múltiple.

El eje H.H.A. por tanto nos va a dar la medida de cómo funciona el organismo, si éste funciona correctamente, es decir, si se produce una activación puntual ante situaciones de estrés, la persona va a poder dar la respuesta adecuada al momento, ya sea de escape o de afrontamiento; mientras que si ésta se mantiene en el tiempo, debido a que el estresor sigue presente, se van a empezar a producir fallos en el proceso normal, y con ello se incrementa la probabilidad de sufrir enfermedades psicosomáticas.

Pero si bien hasta ahora se ha hablado del estrés como una vivencia personal, gracias a la psicometría, que es la rama de la psicología especializada en el desarrollo de instrumentos válidos de evaluación, hoy en día el estrés se puede medir para conocer su incidencia, para ello existen diversas alternativas para evaluar el estrés en el trabajo

como el Job Content Questionnaire (Karasek et al., 1998); el Depression Anxiety Stress Scale (Henry & Crawford, 2005); el Effort Reward Imbalance Questionnaire (Stanhope, 2017) y el Job Stress Survey (Vagg & Spielberger, 1999), o específicamente para la policía el Police Stress Questionnaire (McCreary & Thompson, 2006), compuesto por cuarenta ítems donde se evalúa tanto el estrés operacional como el estrés organizacional.

El problema de dichos instrumentos es que en su mayoría no están traducidos ni validados para la población española, aunque hay algunas excepciones como la Escala de Estrés Laboral para Oficiales Correccionales (Şenol-Durak, Durak, & Gençöz, 2006), igualmente en el caso de los cuerpos y fuerzas de seguridad se suele emplear el cuestionario DECORE (Luceño & Martín, 2008), iniciado en el 2000 y desarrollado en el 2008 y que evalúa la percepción del riesgo, conformado por 44 ítems en donde se evalúa el control, el apoyo organizacional, las recompensas y las demandas cognitivas.

De la anterior se obtienen tres índices uno sobre el desequilibrio demanda control conformado por la demanda cognitiva, el control y el apoyo social percibido; otro sobre el desequilibrio demanda recompensa basado en la demanda cognitiva, las recompensas y el apoyo organizacional; y un índice global de riesgo basado en todos

los factores evaluados.

Por su parte una investigación realizada desde el departamento de Psicología Social y Organizacional de la Facultad de Psicología, Universidad Complutense (España) (Talavera-Velasco, Luceño-Moreno, Martín García, & Vázquez-Estévez, 2018) ha revisado la validez del instrumento, para ello fue administrado a 223 policías de España con una antigüedad en el servicio de 14 años, de los cuales únicamente el 9,4% eran mujeres.

Con los resultados obtenidos se llevó a cabo un análisis sobre la validez de constructo, para comprobar que se evalúa lo que se pretende, y el nivel de confiabilidad de los ítems en cuanto a su aportación a la prueba.

Los resultados indican una débil correspondencia entre los ítems y los factores evaluados, es decir, existen ítems que aportan poco o nada a los factores, o que incluso aportan más en otros no tenidos en cuenta. De ahí que se ha realizado una propuesta donde eliminar 23 de los 44 ítems, debido a su escasa aportación en la prueba, quedando una versión reducida de 21 ítems con una importante consistencia interna de la prueba.

Con ello se quiere ejemplificar cómo desde el ámbito de la psicología y en concreto la psicometría se está trabajando para proporcionar instrumentos de medida más fiables para detectar los niveles de estrés y riesgo percibido por

parte de los agentes de policía, con lo que poder derivarlos al especialista en caso de necesitarlo.

Hay que tener en cuenta que el estrés por sí solo puede ser fuente de problemas psicológicas, como en el caso de los trastornos de ansiedad, los cuales son un conjunto de trastornos cuya característica principal son niveles elevados de ansiedad y miedo.

Dentro de esta categoría tendríamos (según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, conocido por sus siglas en inglés D.S.M. en su versión quinta), el trastorno de angustia, con y sin agorafobia (miedo a lugares de los que no se puede escapar), fobia social y específica, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés agudo o postraumático, trastorno por ansiedad generalizada o inducido por sustancias.

Como ejemplo del efecto de una situación del estrés, destacamos el trastorno por estrés postraumático, se denomina a éste como un tipo específico de trastorno de ansiedad y se produce cuando una persona se ha visto implicada de forma directa o indirecta en un acontecimiento muy estresante, con amenaza para su integridad; es en estos casos donde se produce un “trauma”, entendido éste como un acontecimiento que la persona es incapaz de asumir.

Esto va a conllevar una serie de síntomas, siendo el

más importante de ellos el revivir aquellos acontecimientos de forma esporádica o en sueños, lo que provoca irritabilidad, hipervigilancia, insomnio, dificultad para concentrarse; igualmente se presenta un intento de olvidar o negar la situación desencadenante, ya sea evitando hablar de ello o sufriendo amnesias parciales, evitando acudir al lugar donde sucedió o realizar la actividad asociada al acontecimiento.

Así un policía que sufra un trastorno de estrés postraumático debido a que se ha tenido que enfrentar, por ejemplo, a un atraco con rehenes en el que se ha visto expuesta su vida o la de otras personas, puede evitar acudir a los bancos, para no recordar el acontecimiento, o incluso dejar el cuerpo. A pesar de que esto pueda parecer una “buena solución” para “que descanse” si el policía ahora retirado del cuerpo no recibe el tratamiento oportuno difícilmente lo va a poder superar solo, incluso cuando ya no ejerza.

A nivel emocional se expresa con una sensación de embotamiento, buscando alejarse emocionalmente de los demás, donde precisamente cuando más ayuda necesita de su entorno social, es cuando él mismo se trata de “retirar”, lo que va a ir en perjuicio de su recuperación.

A nivel neuronal se ha podido constatar que, en estos pacientes, existe una alteración en el eje Hipotálamo

Hipófisis Adrenal (H.H.A.), donde se ha observado una hipersecreción del Hormona Liberadora de Corticotropina (C.R.H.) por parte de la hipófisis, generando mayores niveles de cortisol en el organismo que una persona no afectada por este trastorno. Pero cuando uno piensa en trabajos estresantes lo suele hacer de aquellos en los ejecutivos, estos están sometidos a cumplir expectativas muy elevadas en un breve plazo, buscando incrementar los beneficios financieros de sus compañías en poco tiempo.

En estas personas es frecuente que se produzcan problemas asociados a la ansiedad, además de las úlceras, e incluso problemas familiares, debido a que en muchos casos anteponen su trabajo a la vida familiar; pero el estrés no sólo va a depender del tiempo y de la premura por alcanzar los objetivos establecidos, sino también de que se tengan que enfrentar diariamente a una “situación estresante” como es la de tratar de educar a los adolescentes, de ahí que los profesores de secundaria sean los que tengan un mayor índice de “bajas laborales” asociadas al estrés, y que se trata de “compensar” mediante complementos salariales dicho esfuerzo; pero igual que pensamos en trabajos estresantes, podemos pensar en otros que no requieren ni de un plazo fijo establecido ni de una situación con un nivel elevado de demanda, como, por ejemplo, un portero de edificio, o una persona de ventas en

taquilla, pero ¿los trabajadores que desempeñan su labor de cara al público sufren de ansiedad?

Esto es precisamente lo que ha tratado de averiguarse con una investigación desde el Instituto de Higiene y Salud Pública de la India (India) (S., 2016). En el estudio participaron 210 conductores de la ciudad de Mumbay, a todos ellos se les preguntó mediante entrevista semiestructurada sobre los niveles de estrés vividos en su trabajo, así como sobre la presencia de sintomatología asociada al estrés durante los treinta días previos al análisis, en concreto sobre problemas cardíacos, gastrointestinales o musculo esqueléticos. Los resultados informan que el 56,62% de los conductores sufrían problemas de espaldas, el 20,88% problemas en las articulaciones inferiores y el 11,6% problemas de cuello; además de problemas en las rodillas en 12 de ellos.

Con respecto a los problemas asociados al estrés en el 54.28% se mostraron niveles moderadamente elevados, y muy altos únicamente en 4 de los conductores; como consecuencia el 79% mostraban problemas musculo esqueléticos, el 52% problemas intestinales y el 24% mostraron hipertensión. Entre los que tenían elevados niveles de estrés se hallaron diferencias significativas con el resto de los conductores ante la presencia de problemas musculo esqueléticos, cardiovasculares y

gastrointestinales.

Es decir, trabajar de cara al público diariamente puede conllevar altos niveles de estrés debido a la demanda constante de atender a los requerimientos de los usuarios, aspecto que también define la labor de los cuerpos y fuerzas de seguridad, ya que hablar de la Policía es hacerlo de un colectivo con unas características concretas, tal y como informa D<sup>a</sup> Nathalie López:

El servidor policial está siempre sujeto a la observancia de su conducta es bastante estigmatizado socialmente muy criticado, y el trabajo psicoterapéutico es limitado en ciertas circunstancias sobre todo cuando se realiza terapia de pareja y se encuentran fuera de su familia debido a su trabajo, o a su vez cuando se requiere de redes de apoyo y se encuentra distanciado territorialmente. Otra situación es el déficit de personal policial y se complica los permisos para continuar el tratamiento.

Es decir, los agentes además de verse sometidos al estrés que les puede generar trabajar de cara al público, van a tener que hacerlo en unas condiciones en ocasiones desfavorables como las que se acaban de comentar lo que sin duda pueden incrementar los niveles de estrés diario.

Además en la policía se producen mayores niveles de ideación suicida entre los agentes al sufrir trastornos depresivos o de otra índole, tener conflictos intrafamiliares,

padecer un trastorno de estrés postraumático, tener problemas de adicción al alcohol y estar suspendido del servicio activo, no siendo un factor relevante el estar divorciado (Grassi et al., 2018).

En la misma línea se ha asociado la conducta de suicidio con el estrés crónico y el estrés postraumático, dentro de una cultura organizativa que ensalza la fortaleza de su personal, infravalorando la “debilidad” lo que puede hacer que no se atiendan adecuadamente las señales de enfermedad; igualmente se indican cómo los casos disciplinarios o de procesos de investigación interna son factores implicados en el acto suicida de la policía; además de desórdenes mentales, consumo de sustancias y problemas en las relaciones familiares (LaMontagne et al., 2018). Igualmente se ha observado cómo el riesgo de suicidio se incrementa entre los agentes de policía en el caso del trabajo nocturno (Violanti et al., 2008), viéndose afectado por el estrés crónico asociado aspectos organizativos (Milner, Page, Witt, & LaMontagne, 2016).

Con respecto al estrés que sufren los policías desde el departamento de Desarrollo Humano y Ciencias de la Familia, de la Universidad Estatal de Oklahoma, junto con la Facultad de Medicina de la Universidad de Yale y la Universidad Internacional Alliant (EEUU) (Tuttle et al., 2019) se han analizado las fuentes del estrés en la policía

encontrando que este se puede dividir en cuatro:

- Estrés operacional, que son los asociados a la propia naturaleza del trabajo que realizan, donde se han de enfrentar a diario a cierto nivel de incertidumbre sobre lo que se van a encontrar cuando atienden a una llamada, que puede incluir situaciones de violencia que en ocasiones entraña peligro contra su integridad.

- Estrés organizacional, asociado a la distribución de la carga de trabajo, en atención a las necesidades de cada momento, donde en ocasiones se hace necesario doblar turnos, o realizar trabajos nocturnos de forma periódica.

- Estrés relacionado con la comunidad, donde se involucran aspectos sobre el estigma y prejuicio de la propia comunidad sobre la labor que realizan, y por parte del agente, la presión de mantener siempre una correcta conducta en cualquier situación social.

- Estrés personal, relacionado con las personas ajenas a su puesto de trabajo, ya sea la pareja, amigos o vecinos, siendo los agentes especialmente sensibles a los problemas domésticos.

Hay que señalar sobre la relación entre el estrés y la salud mental, que, aunque existe un porcentaje de problemas de salud mental que es heredado, en la mayoría de los casos es preciso que se den las condiciones ambientales para desencadenarlo. La combinación de estos

dos elementos, el genético y el ambiental, hace que surja con mayor facilidad los problemas de salud mental; pero incluso en una persona sana genéticamente, sin antecedentes familiares de problemas de salud mental, si es expuesto a condiciones nocivas, como al estrés continuado, esto puede desencadenar problemas de salud mental, por ejemplo, trastornos afectivos, como la depresión mayor o de ansiedad. Lo que no está todavía claro, es por qué a unas personas, las mismas o similares circunstancias, le puede desencadenar un problema mental y a otro no, partiendo de que ambas tienen una genética sin antecedentes familiares de estos problemas, entonces, ¿se pueden prevenir los problemas de salud mental?

Esto es lo que se ha tratado de responder con una investigación realizada desde La Universidad Ruhr de Bochum (Alemania) (Schönfeld, Brailovskaia, Bieda, Zhang, & Margraf, 2016). En la muestra participaron estudiantes de tres grupos poblacionales diferentes, 8.669 chinos, 604 rusos y 394 alemanes, con una media entre los 21 a 26 años. A todos se les administraron las versiones traducidas para evaluar los niveles de estrés a través de la Depression Anxiety Stress Scale (Henry & Crawford, 2005) y la Brief Daily Stressor Screening (Schönfeld et al., 2016), igualmente se evaluó hasta qué punto este estrés afectaba a su salud a través de la Positive Mental Health Scale

(Lukat, Margraf, Lutz, Der Veld, & Becker, 2016), y por último se evaluó el nivel de estrés percibido a través de la General Self-Efficacy Scale (Johnston, Wright, & Weinman, 1995).

Se consideró que los participantes tenían mayor salud mental negativa, a puntuaciones más elevadas en Depression Anxiety Stress Scale y mayor salud mental positiva, a mayores puntuaciones en Positive Mental Health Scale. Los resultados informan que el estrés percibido juega un papel mediador tanto en la salud mental positiva y negativa, esto es, si la persona tiene altos niveles de autoeficacia percibida, la salud mental positiva es mucho mayor, que si tiene baja autoeficacia percibida donde la salud mental negativa crece. Estos resultados se mantienen en cada una de las tres poblaciones analizadas. Los datos muestran que la autoeficacia percibida, es decir, la creencia que tenemos nosotros mismos de nuestra habilidad para el desempeño de tareas, es un factor mediador entre el estrés y la salud mental.

Esto es, una persona sometida al estrés, si piensa y cree que no puede superar la situación, va a estar más expuesta a la aparición de problemas mentales, que alguien que piense y cree que sí puede superar esos problemas, lo que va a servirle para la prevención de problemas de salud mental. Aunque los resultados son claros, no parecen ser

suficientes para explicar en todos los casos, por qué se producen y por qué no, la presencia de enfermedades mentales, que se puede dar incluso en personas con altos niveles de autoeficacia. Los autores señalan que deben de existir otros factores, que, como la autoeficacia, estén mediando entre el estrés y la salud mental, y aunque indican algunos como el nivel de autoestima o de optimismo, no los analizan.

El estudio trata de responder una importante cuestión, pero sólo constata la complejidad de la respuesta, comprobando cómo un factor, el de la autoeficacia, tiene un papel destacado, pero no es suficiente para actuar como predictor ni protector de la salud mental. Además, la consideración del estrés como único o más importante elemento desencadenante de la salud mental, hace que se obvие las causas genéticas e incluso los problemas asociados al consumo de determinadas sustancias.

Igualmente, el término de estrés empleado es asimilado al estrés malo o distres, sin entrar en la consideración del eustrés o estrés bueno, que, en vez de perjudicar al individuo, le ayuda a su superación personal, al presentarle metas que puede desempeñar, y cuyos resultados hacen que se sienta bien por haberlos alcanzado. Luego el estudio tiene importantes carencias tanto teóricas como de investigación, quizás por su ambiciosa pregunta a

la cual quería dar respuesta A pesar de lo anterior, el entrar a tratar este tema, y el haber encontrado el destacable papel de la autoeficacia, deja constancia de lo que desde hace años e lleva reivindicando en los libros de autoayuda “¡Querer es poder!”, o más correctamente “¡Creer que se puede, es la base de no ser derrotado!”. No se trata tanto de conseguir todo lo que uno quiera, si no, que cuando surja el estrés por no conseguirlo, o la frustración por el fracaso, no afecte de manera tan negativamente que pueda desencadenar en un problema de salud mental.

Estrés que por otra parte puede ser entrenado para reducir su influencia y mejorar así el rendimiento del policía tal y como lo muestra una investigación llevada a cabo desde la Facultad de la Universidad de la Policía de Noruega; el Centro de Investigación y Educación en Psiquiatría de la universidad de Haukeland; el Hospital de Vestfold Trust; el departamento de Rendimiento Físico, de la Escuela Noruega de Ciencias del Deporte; el departamento de Ciencias Psicosociales y el departamento de Psicología Clínica, de la Facultad de Psicología, Universidad de Bergen; el Centro Médico Branch Bergen de la Marina Real (Noruega) junto con el Instituto de Estudios Estratégicos Nacionales de la Universidad de Defensa Nacional de Washington (EEUU) (Sandvik et al.,

2019).

En el estudio participaron 84 cadetes a policía a los cuales se les distribuyó en dos grupos, aquellos que fueron sometidos a bajos niveles de estrés ambiental, y a los que se les sometió a altos niveles de estrés ambiental. A todos ellos se les evaluó su nivel de resistencia psicológica mediante Dispositional Resilience Scale (Hystad, Eid, Johnsen, Laberg, & Thomas Bartone, 2010); la resistencia física mediante el VO<sub>2</sub> max que evalúa la capacidad aeróbica o cantidad máxima de oxígeno que es capaz de absorber la persona; y el sistema parasimpático mediante la variabilidad de la frecuencia cardíaca.

Los resultados muestran una relación inversa entre la resistencia y el sistema parasimpático, de forma que a mayor resistencia psicológica se observan menos efectos del estrés en el organismo. A pesar de lo anterior, cuando los niveles de estrés ambiental son elevados, la repercusión sobre el sistema parasimpático se produce independientemente de la capacidad física o mental del cadete.

La diferencia es que aquellos cadetes que tenían altos niveles de resistencia física y/o psicológica se recuperaban antes de las consecuencias negativas de los altos niveles de estrés, de ahí que los autores del estudio aboguen por una selección del personal centrada en determinar cuáles son

los cadetes con mayor resistencia físicas y/o psicológica ya que serán los que podrán desempeñar su labor durante más tiempo sin verse afectados por las consecuencias negativas del estrés en el organismo del agente..

Como se ha indicado muchas son las consecuencias sobre la salud que tiene el puesto de trabajo, pero cuando este se produce en el ámbito militar se suele desconocer sus efectos. El Ejército, quien cuenta con personal hospitalario propio, es un ambiente donde el estrés y la competitividad son frecuentes. Los accidentes, a pesar de las medidas de seguridad se suelen producir por la propia naturaleza del ejército, donde los niveles de exigencia físicos y mental son muy elevados. Pero si bien cuando uno piensa en trastornos relacionados con el personal militar lo suele hacer con respecto al Trastorno por Estrés Postraumático, debido a que en ocasiones se han de enfrentar a situaciones que ponen sus vidas en riesgo, lo que les puede llegar a "marcar", con manifestaciones de tipo flashback, problemas para conciliar el sueño y de control personal, pero ¿se producen trastornos de alimentación en el Ejército?

Esto es lo que se ha tratado de averiguar con una investigación realizada desde el Sistema Sanitario del Centro Nacional de Estrés Post-Traumático de Veteranos del Ejército; el Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Boston junto con el

Departamento de Psicología, Universidad de Houston (EEUU) (Hall, Bartlett, Iverson, & Mitchell, 2018); en el estudio participaron 186 mujeres pacientes del sistema de veteranos del ejército. Se analizó la presencia de cinco tipos de traumas posibles, por abusos físicos en la infancia; por asalto físico durante la adultez; por abuso sexual en la infancia; por asalto sexual durante la adultez; y traumas relativos al ejército. Igualmente se estudiaron la severidad de la sintomatología asociada a los trastornos de alimentación para buscar correlaciones con los traumas anteriores.

Los resultados informan que un 14% de las veteranas del ejército tienen trastornos de la alimentación, mostrando una sintomatología más grave si han sufrido asaltos durante su vida adulta ya sean físicos o sexuales; así como problemas relacionados con el ejército.

Entre las limitaciones se encuentra que únicamente se ha realizado el estudio con mujeres, por lo que se desconoce si esta relación entre trauma y desorden de la alimentación se mantiene también entre el personal masculino del ejército. Igualmente, no se ha especificado el momento del suceso traumático y el tiempo que se sufre el trastorno de la alimentación, necesario para saber si existe una relación causa-efecto entre ambos.

A pesar de lo anterior, el estudio pone en evidencia la

necesidad de una mayor atención al personal militar, tanto en cuanto a ofrecer ayuda psicológica cuando se sufre algún tipo de trauma, como orientación sobre cómo afrontar esta situación, sin que se complique en la clínica con un trastorno de la alimentación.

## EL ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO

Si bien se ha tratado el estrés en el apartado anterior cabe destacar separadamente al estrés postraumático

Cuando uno piensa en la intervención psicológica lo suele hacer en cuanto a aspectos clínicos de tratamiento de alguna psicopatología, para lo cual cada vez es más frecuente el uso de la tecnología para facilitar este proceso terapéutico. Al respecto actualmente se están desarrollando nuevas terapias empleando los avances tecnológicos como la realidad virtual, aunque es difícil evaluar su efectividad, a pesar de que se ha demostrado la validez de la metodología, siempre que su aplicación sea supervisada por un profesional cualificado, todavía queda por dilucidar sobre su efectividad en comparación con los métodos "tradicionales" de intervención. Tal es el caso del tratamiento para el estrés postraumático, donde existen protocolos aceptados, a los cuales se está tratando de incorporar aquellos que están basados en la tecnología.

Actualmente, a parte de la intervención psicofarmacológica cuando así se requiera, los pacientes reciben psicoterapia en donde se emplean métodos tan tradicionales como la exposición imaginada, para el control del estrés y la deshabituación. Hoy en día algunos consideran superado este método de la imaginación por la realidad virtual, es decir, que el paciente se encuentra en

la situación, ya que puede verla, pero ¿cuál es el mejor tratamiento para el estrés postraumático?

Esto es lo que se ha tratado de responder con una investigación realizada desde el Centro Nacional de Tecnología y Telemedicina junto con la Universidad de Washington; el Centro de Desarrollo Psicológico de Washington; la Universidad de Emory; la Universidad de Weill Cornell y la Universidad de Carolina del Sur de California (EE.UU.) (Reger et al., 2016). En el estudio participaron 162 soldados americanos que habían estado destinados en Irak. Se dividió a los soldados en tres grupos, uno que recibiría terapia centrado en la imaginación, el segundo mediante realidad virtual y el tercero que actuaría como grupo control. Se tomaron medidas a través del cuestionario estandarizado para detectar sintomatología asociada al estrés postraumático denominado Clinician Administered PTSD Scale (Blake et al., 1995) tras las diez sesiones de entrenamiento, y a los tres y seis meses posteriores.

Los resultados indican que no existen diferencias en cuanto a la reducción de síntomas entre la técnica que emplea imaginación y la realidad virtual, pero ambos resultaron significativamente eficaces frente al control. En cambio, a los tres y seis meses, el efecto de la intervención mediante imaginación mantuvo significativamente

menores síntomas del estrés postraumático frente a los generados por la realidad virtual. Por lo que los resultados de estudio destacan que la realidad virtual ofrece la misma eficacia que la imaginación mientras dura las sesiones de entrenamiento, pero con posterioridad se disipa sus efectos mientras que permanecen cuando se ha empleado la imaginación.

De cualquier forma, se requiere de la supervisión sesión a sesión por parte del especialista que evaluará en cada caso el progreso e implementará nuevas sesiones adecuadas a cada persona. Por su parte el Sr. Marcel Palm, reclutador Internacional en PSYTREC, informa de un nuevo tratamiento para pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático, cuyos máximos responsables, el Dr. Agnes van Minnen y el Dr. Ad de Jongh afirman:

Hemos desarrollado una terapia pionera para curar pacientes con TEPT grave en 8 días aquí en los Países Bajos. El tratamiento tradicional del TEPT proporciona sesiones de terapia en un formato de una sesión en dos o tres semanas. Las pautas internacionales para el tratamiento del TEPT recomiendan el tratamiento con terapia cognitiva conductual (TCC) o terapia EMDR. Lo que hacemos dentro de PSYTREC es combinar estos dos tratamientos en un solo programa de tratamiento intensivo. La tasa de éxito actual es del 67% después de

Juan Moisés de la Serna

ocho días de tratamiento, solo el 8% no responde al tratamiento. Solo el 3% abandono.

## FACTORES DE PROTECCIÓN

Si bien los factores de riesgo cuando se presentan en niveles reducidos se pueden considerar un factor de protección, sabiendo que hasta que no se “acumule” no va a aumentar la posibilidad de suicidio, existen otros factores que de por sí van a reducir esta posibilidad, igualmente a como sucedía con los factores de riesgo, los factores de protección también pueden tener una influencia cuantitativa o cualitativa. En el caso del factor de protección cuantitativo, a mayor cantidad o intensidad de estas menores posibilidades de atentar contra la propia vida, en cambio, la existencia de factores de protección cualitativos es suficiente para que no se produzca dicho acto.

En la población general los factores que están relacionados con unos menores niveles de suicidio (Mental Health Commission of Canada, 2018): factores económicos, religiosos, sentido de pertenencia y de la vida, apoyo social y haberse desarrollado con una relación paterno-filial adecuada; igualmente se han identificado como factores protectores el miedo a la muerte, el tener una familia e hijos, y creencias religiosas como que el suicidio es pecado (Brodsky et al., 2018).

Con respecto a la relación paterno-filial adecuada comentar que las consecuencias no se van a presentar en

todos los hijos, cuyos padres, por una circunstancia u otra, salen de la vida del pequeño, ya que va a depender de otros factores, como el “padre sustituto” y no me refiero con ello a que la madre se vuelva a casar o emparejar de nuevo, sino que el pequeño va a buscar en otro hombre lo que no ha recibido de su padre. Normalmente ésta “transición” se suele dar hacia algún familiar próximo ya sea el abuelo o un tío, pero también puede suceder que un profesor o entrenador deportivo se convierta en esa figura de autoridad que “falta” en su vida; igualmente la edad del hijo va a condicionar sus efectos futuros, siendo estos menores cuanto mayor sea su edad, no sólo porque ya van a tener parte de su moral conformada, sino porque hasta ese momento han recibido el ejemplo y la autoridad de su padre.

Pero ésta ausencia de la figura paterna no sólo va a afectar, a cómo nos relacionamos sino que también va a predisponer ciertos comportamientos socialmente inapropiados, buscando la consecución de placer, aumentando en adultos de padres ausentes la presencia de consumo de sustancias, incremento de delitos principalmente de tipo sexual e incluso un aumento del suicidio, explicado por su baja tolerancia a la frustración, ya que dentro de la casa, la madre le ha proporcionado todo cuanto requería, pero en el “mundo exterior” las “reglas

cambian”, y como no ha tenido a un padre que le exigiese, corriese y enseñase el valor del esfuerzo y el sacrificio, en algunos casos va a carecer de las herramientas necesarias para poder hacer frente a las demandas, ya sea en el ámbito escolar, laboral o de las relaciones sociales.

Eso no quiere decir que la presencia de un padre vaya a garantizar los desarrollos esperados, ya que va a depender mucho de cómo cumple “su función”, lo anterior tampoco implica que toda ausencia vaya a traer como consecuencia directa el aumento de la delincuencia o de unas relaciones interpersonales inadecuadas, ya que van a influir muchos otros factores, sobre todo a medida que vaya creciendo el menor, donde el grupo de iguales, va a jugar un papel destacado en la consolidación de la formación de la personalidad del menor.

Es por ello que en cuanto a educación se refiere, el que haya recibido el ejemplo de vida de un padre cariñoso, que ha establecido unas normas de conducta claras, pero que a su vez las ha ido flexibilizando e incorporando elementos de negociación a medida que ha ido creciendo el menor, eso no garantiza que se desarrolle un “buen” adolescente, pero tiene más posibilidades que cuando no se ha tenido ese ejemplo de vida, ni unas normas claras ni flexibles. Igualmente, para el desarrollo sexual del individuo, el papel del padre va a ser importante, tanto para el niño, al

recibir un ejemplo de cómo “tratar” a las mujeres y cómo mantener una relación duradera en el tiempo; como en las niñas, cuando éstas han recibido cuidado y respeto, lo que conforma el modelo de hombre que quieren para su vida.

Según la organización americana National Fatherhood Initiative, los hijos de padres ausentes tienen, tres veces más probabilidades de fracasar socialmente lo que le va a llevar a optar por puestos de menos cualificación y con ello a que sean pobres; cinco veces más probabilidades de suicidarse por la escasa tolerancia a la frustración y por las “pocas” posibilidades de éxito social y económico; diez veces más de consumir sustancias adictivas, lo que está asociado a un incremento de conductas delictivas, lo que puede acarrear consecuencias de privación de libertad por internamiento en reformatorios o en la cárcel cuando son adultos; catorce veces más probabilidades de llevar a cabo conductas sexuales inadecuadas como violaciones; 20 veces más propensos a la depresión y a mostrar desórdenes de conductas. Igualmente, alerta sobre el incremento de casos de abandono escolar por parte de los menores sin padre, así como un aumento de embarazos no deseados durante la adolescencia o violencia doméstica entre otros, afectando incluso a un incremento de los problemas de salud física y psicológica del menor.

Esto unido al creciente número de separaciones,

divorcios, o madres solteras, da como consecuencia que uno de cada tres niños de EE. UU. crezcan sin un padre, lo que se espera provoque en unos años un incremento de “desajustes sociales”; pero como siempre se indica, se trata de una “tendencia” a la cual se debe de seguir o no por parte del niño y luego adulto, de forma que no existe nada “determinado”, sino que es su propia voluntad y criterio el que va a regir su futuro.

En la policía entre los factores protectores se puede destacar la camaradería, el tener un propósito en la vida, una visión positiva de los beneficios en la sociedad de la labor que realizan, contar con el apoyo de la organización además del social y familiar, selección adecuada de personal, contar con servicio médico y psicológico e inspecciones periódicas (Grassi et al., 2018).

Como vemos la policía por la labor que realiza va a ser un colectivo especialmente “castigada” por el suicidio lo que se va a reflejar en unas mayores tasas, a pesar de que la propia estructura corporativa ayuda a su prevención, sin la cual la tasa se dispararía aún mucho más, es decir, sin el vínculo organizacional, el propósito del cuerpo y el apoyo social cabría esperarse que el número de suicidios entre la policía sería enorme.

## LA IDEACIÓN SUICIDA

Pero si bien se ha hablado de suicidio, por su parte en ocasiones no se presta la suficiente atención a la ideación suicida, es cierto que en ocasiones se viven acontecimientos tan graves que se puede pensar que no se va a poder salir adelante, pero a diferencia de lo que se pueda creer no se trata de una decisión aislada, ya que sus consecuencias se extienden más allá de la víctima, afectando a la pareja, hijos, familiares y amigos, que pierden un ser querido, un apoyo o simplemente un compañero, por su parte desde Inglaterra con una media de 12 suicidios al día indican que por cada persona que se quita la vida hay entre 6 a 60 personas afectadas directamente, calculándose además que cada pérdida supone al gobierno 1,7 millones de libras entre productividad y gastos de la propia administración en la atención a los que quedan (Local Government Association, 2019).

En una investigación llevada a cabo por el Departamento de Psicología, de la Universidad Estatal de Florida (Stanley et al., 2016), se realizó una revisión sistemática sobre la ideación suicida entre los policías, en el mismo se incluyeron 12 estudios previos extraídos de cuatro bases de datos, PubMed, MEDLINE, PsycINFO y Sociological Abstracts. Entre los resultados se informa de una mayor incidencia de ideaciones suicidas entre la policía

frente a la población general, con prevalencias que están alrededor del 25% y del 10% respectivamente, es decir, los policías tendrían más del doble de ideaciones suicidas. Igualmente en una investigación con 3.272 agentes de la policía de Noruega (Berg, Hem, Lau, Loeb, & Ekeberg, 2003) se encontró que el 24% no veía un sentido a la vida; el 6,4% estaban considerando seriamente el suicidio; y el 0,7% había tenido intentos suicidas.

En una investigación realizada por el Instituto de Ciencias Forenses, el departamento de Ciencias Psicológicas y el departamento de Desarrollo Humano y Estudios de la Familia de la Universidad Tecnológica de Texas (EEUU) (Thoen, Dodson, Manzo, Piña-Watson, & Trejos-Castillo, 2019) se preguntó mediante encuesta anónima online a 144 oficiales de policía sobre sus ideaciones suicidas. Los resultados muestran que el 12,4% de los agentes decían que era probable o muy probable que intentasen suicidarse, lo que da una idea de la envergadura de la ideación.

Hay que indicar que se ha encontrado que las teorías explicativas sobre el suicidio se tienen que ponderar en función del género, así en la teoría de la presión, donde el detonante del acto suicida es precisamente la propia institución en donde se trabaja y el estrés al que se ve sometido el agente, se ha observado cómo existen

diferencias de género asociadas a la ideación suicida. Así una mayor presión percibida está directamente relacionada con el incremento de ideaciones en hombres, pero no en mujeres (Bishopp & Boots, 2014).

Ideación que puede ser reducida de forma significativa mediante el Collaborative Assessment and Management of Suicidality (Jobes, Wong, Conrad, Drozd, & Neal-Walden, 2005) además de poderse emplear la terapia cognitiva conductual o la Terapia Dialéctica Conductual en las personas con riesgo de suicidio (Brodsky et al., 2018), pero si bien las ideaciones suicidas pueden quedar en el plano más íntimo de los pensamientos existen otras señales que sí pueden ser detectadas por los compañeros y superiores y comunicada para ser derivado al agente a un especialista tal y como señala D<sup>a</sup> Laura Tormo «Entre las señales de alarma están las alusiones a la muerte o el suicidio, los comentarios que indiquen desesperanza como “no veo salida”, el aislamiento, el aumento del consumo de alcohol o drogas o cambios bruscos en el estado de ánimo. De todas formas, no es un tema que se haya estudiado mucho».

Si bien hasta ahora se ha comentado sobre factores personales, también existen otros de tipo social que van a facilitar o proteger a la persona del acto suicida, tal y como se ha mostrado en una investigación realizada desde el Departamento de Psiquiatría, junto con el Centro de

Investigación Étnica, Cultural y de la Salud, y el Departamento de Hábitos y Educación Saludable, Universidad de Michigan (EEUU) (Assari, Lankarani, & Caldwell, 2017). En el estudio participaron 1.170 jóvenes de los cuales 810 eran afroamericanos y 370 negro-caribeños, con edades comprendidas entre los 13 a 17 años, de los cuales el 52% eran mujeres, cuyos datos fueron obtenidos del National Survey of American Life-Adolescent Supplement (Seaton, Caldwell, Sellers, & Jackson, 2010). Todos tuvieron que contestar sobre su sentimiento de discriminación percibida a través de la escala estandarizada denominada Everyday Discrimination Scale (Williams, Yan Yu, Jackson, & Anderson, 1997), además de responder a una entrevista donde se recogían datos socio-demográficos y aspectos como la ideación suicida. Se realizó el análisis comparando entre ambos grupos equiparándolos en edad, género y nivel socioeconómico, no obteniéndose diferencias significativas en cuanto a la ideación suicida entre ambos grupos poblacionales.

Con respecto al género, los hombres afroamericanos se sienten significativamente más discriminados que los negro-caribeños; en cambio, las mujeres tienen significativamente mayor porcentaje de ideación suicida que los hombres independientemente del grupo étnico de pertenencia. Es decir, el género tiene un mayor peso que el

propio sentimiento de discriminación en la ideación suicida. Indicar que algunas investigaciones señalan de una mayor prevalencia de casos de depresión mayor entre las mujeres, aspecto que ha sido correlacionado con la ideación y el acto suicida (Violanti et al., 2019).

Igualmente, y dentro del ámbito laboral se puede producir el síndrome de Burnout, o de estar quemado, el cual consiste en un padecimiento psicológico de síntomas como la fatiga crónica, una baja autoestima, con sentimiento de decaimiento e impotencia, unido a una pérdida de interés por aquello que realiza, todo lo cual puede provocar sintomatología física como mareos, vómitos, dolores articulares o de cabeza, insomnio,...

Una situación que es más habitual que lo sufran los adultos, debido principalmente a exigencias percibidas del ambiente, a las que entienden que no pueden responder satisfactoriamente; presente sobre todo en el ámbito laboral, asociado principalmente con el estrés en el trabajo. Pero los jóvenes también pueden estar sometidos a situaciones de estrés continuado, tanto desde el ámbito académico como deportivo, sobre todo si este último se realiza de forma profesional, participando en algún club deportivo, sometido a la presión de las competiciones periódicas, preocupados en mejorar su puntuación en cada campeonato, pero ¿se relaciona el Burnout con alguna

característica de personalidad?

Esto es lo que se afirma haber encontrado desde la Universidad de Kent (Inglaterra) (Madigan, Stoeber, & Passfield, 2016), en el estudio participaron 103 atletas, 82 chicos y 21 chicas, entre los 16 a 19 años, todos ellos pertenecientes a clubs deportivos, siendo participantes asiduos a competiciones a nivel regional, nacional e internacional, los cuales practicaban diferentes deportes como fútbol, rugby, baloncesto,...

De todas las características de personalidad posibles, los autores seleccionaron la del perfeccionismo para ser analizada en este estudio, todo ello basado en investigaciones previas que ellos mismos realizaron. Se tomaron medidas de evaluación en dos momentos diferentes, separados por tres meses. A todos ellos se les administraron dos cuestionarios para evaluar la característica de personalidad de perfeccionamiento, empleado el Sport Multidimensional Perfectionism Scale (Zolotor et al., 2009) y el Multidimensional Inventory of Perfectionism in Sport (Stoeber, Otto, Pescheck, Becker, & Stoll, 2007). A través de estos cuestionarios se evaluaron dos dimensiones del perfeccionamiento, la preocupación por alcanzar el perfeccionamiento, de entidad más psicológica; y el esfuerzo por la perfección. Para evaluar la presencia de síndrome de Burnout entre los atletas se

evaluaron a través de la escala estandarizada Athlete Burnout Questionnaire (Raedeke & Smith, 2001).

Los resultados muestran que aquellos atletas que tenían una mayor preocupación por alcanzar la perfección, pero con bajos niveles de esfuerzo por alcanzarlo, eran los que más probabilidades de sufrir burnout tenían. Y al revés, aquellos que más se esforzaban por conseguir sus metas, sin preocuparse por la perfección, eran los que menos sufrían el síndrome de burnout.

Aunque los resultados parecen claros entre la relación de esta característica de personalidad de la preocupación por el perfeccionamiento y una mayor incidencia del burnout, hay que tener en cuenta que el estudio se ha centrado en una población muy específica, los jóvenes atletas, precisando de mayor investigación en otros ámbitos antes de concluir sobre la generalidad de esta relación.

Tal y como sucede en otros ámbitos, el preocuparse en exceso, puede llevar a bloquear a la persona, sobre todo cuando esta no pone de su parte por superar la situación en la que se encuentra, y como en este caso, llevarle a sufrir un síndrome de burnout. A pesar de que los resultados se han centrado en las características de personalidad del perfeccionamiento, sería conveniente realizar análisis sobre otras características que pudiesen estar mediando en

esta relación con el síndrome de burnout, para comprender cómo intervenir de forma más eficaz para evitar que aparezca.

Si bien el burnout es conocido por sus consecuencias sobre la salud existen otras problemáticas relacionadas menos conocidas como el Shinkeishitsu, el cual es una de las características de la idiosincrasia de Japón, también conocido como un síndrome cultural asociado del estrés. Japón es un país donde conviven las tradiciones más ancestrales junto con los desarrollos de última tecnología. Pero donde su población está marcada por una enorme presión asociada al estrés, por el que se busca la excelencia en todo aquello que hace. Tal es la idiosincrasia de su pueblo, que es el único país del mundo donde el suicidio no se considera patológico, en concreto el Harakiri, o suicidio ritual, como forma de mantener la dignidad propia y de la familia cuando ha "fallado" o no ha alcanzado las metas que se había planteado.

Igualmente, otra de sus psicopatologías características es el Shinkeishitsu, no tan conocido, y eso que el concepto fue acuñado a principios del siglo XX. En concreto hace referencia a un nivel de proteccionismo extremo, con altos niveles de estrés y de autoexigencia, lleno de obsesiones y unido al aislamiento social y la hipocondría. Todo un cuadro clínico que conforma un síndrome único y difícil de

tratar con los métodos tradicionales occidentales, que no tienen en cuenta la idiosincrasia del pueblo japonés. Una psicopatología que se puede fácilmente encontrar en los altos ejecutivos de las empresas, pero también en otros puestos de trabajo donde se busca la excelencia en todo aquello que se realiza, tal y como sucede con los policías, pero ¿es efectiva la psicoterapia tradicional para el Shinkeishitsu?

Esto es precisamente lo que se trata de estudiar desde la Universidad de la ciudad de Osaka (Japón) (Iwasaki, 2014); en el estudio participaron 31 profesores, entre los 40 años, de los cuales el 64.5% eran mujeres. A los cuales se evaluó su nivel de Shinkeishitsu a través de autoinforme, igualmente, los participantes debían contestar a un cuestionario estandarizado sobre el nivel de estrés denominado Coping Inventory for Stressful Situations (Endler & Parker, 1990), sobre la presencia de síntomas de depresión a través del Self-Rating Depression Scale (Zung, 1965) y del estrés asociado al trabajo a través del Generic Job Stress Questionnaire (Hurrell & McLaney, 1988).

Los resultados indican una relación significativamente positiva entre la presencia de sintomatología depresiva y el Shinkeishitsu. Existe una correlación negativa moderada con el nivel de estrés, pero no muestra correlaciones significativas con el estrés laboral.

Todo ello indica que el tratamiento debe estar orientado fundamentalmente a la sintomatología depresiva como forma de trabajar para afrontarlo. Hay que indicar que, debido a la complejidad del síndrome, la evaluación de sintomatología depresiva o asociada al estrés parece insuficiente, y hubiese requerido además evaluaciones relativas al aislamiento social, a las obsesiones e incluso a los síntomas psicóticos que en algunos casos se produce. Ya que la intervención terapéutica, centrada exclusivamente en los síntomas depresivos puede mejorar al paciente, pero no así conseguir que supere el resto de sintomatología asociada.

Tal y como se está señalando el burnout se puede sufrir en cualquier puesto de trabajo, incluso lo pueden sufrir los propios agentes de policía, y se convierte en un acicate a la hora de realizar un buen trabajo. Este suele consistir en una situación de estrés continuado, en donde en ocasiones se acompaña de humillación hacia el trabajador, menosprecio de su labor, e incluso agresividad.

El burnout puede provenir tanto del jefe como de sus compañeros, y usa cualquier "excusa" que haga diferente a esa persona para atacarla y reírse de ella, ya sea por ser "el nuevo", por su género, raza o cualquier otra distinción. Entre los efectos conocidos del burnout está la fatiga, sintomatología física asociada como problemas cardíacos,

pensamientos negativos e incluso la depresión (Bianchi, Schonfeld, Mayor, & Laurent, 2016), pero ¿está asociado el burnout con la ideación suicida entre la policía?

Esto es lo que ha tratado de averiguarse con una investigación realizada desde el departamento de Sociología, Psicología y Trabajo Social de la Universidad de las Indias Occidentales (Jamaica) junto con el Instituto de Ciencias de la Salud Global de la Universidad de California (EEUU) (Wray & Jarrett, 2019). En el estudio participaron 305 agentes de la policía de Jamaica a quienes se les administraron dos cuestionarios para evaluar los niveles de burnout percibido y las ideaciones suicidas, donde se midieron tres aspectos del burnout, la sensación de agotamiento, la despersonalización y el sentimiento de realización personal en el puesto.

Los resultados muestran diferencias significativas entre la sensación de agotamiento y la despersonalización con las ideaciones suicidas. Esto es, en la medida en que se incrementa la sensación de agotamiento físico y mental entre los agentes es más probable que tengan ideaciones suicidas. Igualmente, en la medida en que el agente sufra despersonalización, es decir que se aleje emocionalmente del trabajo y sus consecuencias, va a tener más ideaciones suicidas.

Para aclarar este último punto, la despersonalización

es crear una especie de “barrera psicológica” entre el “interior” de la persona y aquello que hace, aspecto muy común entre los profesionales que trabajan en el ámbito de la atención de urgencias, de la salud e incluso la policía. El caso contrario sería la empatía, es decir comprender la situación emocional del momento y ajustar su conducta a la misma, pero un agente tiene un deber con el cuerpo y el cumplimiento de las leyes que representa independientemente de las emociones que esté viviendo; situación de despersonalización que si se mantiene en el tiempo va a aumentar las ideaciones suicidas

Por tanto y basado en las investigaciones precedentes, las personas con una mayor preocupación por la perfección, pero con bajos niveles de esfuerzo por alcanzarlo, serán los que más probabilidades de sufrir burnout tengan, y en la medida en que este se exprese con sensación de agotamiento físico y mental entre los agentes, unido a la despersonalización es más probable que se tengan ideaciones suicidas. Y al contrario, aquellos que más se esfuerzan por conseguir sus metas, sin preocuparse por la perfección, tendrán menores niveles de burnout, lo que unido a unas mayores destrezas en el manejo del estrés y de afrontamiento adaptativo conllevará niveles reducidos de ideación suicida.

## EL INTENTO SUICIDA

Hablar de intento de suicidio es hacerlo de un paso previo a su consecución, donde la persona “trata” de atentar contra su vida, en ocasiones con éxito; teniendo en cuenta que por cada suicidio consumado se producen entre 10 a 20 intentos de suicidio (O.M.S., 2009), y esto a pesar de que pueda parecer no es exclusivo de ninguna edad, y además tiene importantes consecuencias a lo largo de la vida, como lo evidencia una investigación realizada desde el Departamento de Psicología y Neurociencia de la Universidad de Carolina del Norte (EEUU) (Shanahan, Schorpp, Volpe, Linthicum, & Freeman, 2016). Los datos para este estudio se extrajeron de uno anterior en donde se realizaba un seguimiento a una muestra de 8.000 menores entre los 7 a 12 años con intentos de suicidio, iniciado en los años noventa. A estos mismos participantes cuando tenían 30 años se le realizaron nuevos análisis con respecto a la presencia de obesidad e hipertensión.

Los resultados muestran que los hombres tienen una mayor cantidad de problemas cardiovasculares, por su parte, las mujeres tienden al sobrepeso y la obesidad cuando han sufrido intentos de suicidio durante la adolescencia, a pesar de la claridad de los datos la investigación no analiza las consecuencias psicológicas de dichos intentos, lo que permitiría comprender mejor las

secuelas que dejan estas acciones. Investigaciones como la presentada muestran la importancia de las aportaciones científicas que ofrezcan información sobre poblaciones más expuestas, y formas de prevenir más efectivas. Por tanto y basado en los resultados de este estudio, sí van a tener consecuencias sobre la salud los intentos de suicidio previos durante la infancia o la juventud, aunque no van a conllevar necesariamente que se lleven a cabo durante la vida adulta, aunque sí se incrementan las posibilidades de atentar contra su vida.

De ahí que sería importante a la hora de seleccionar a los miembros que van a formar el cuerpo de policía, que existiese una evaluación específica con preguntas relacionadas con la ideación e intentos suicidas previos, al igual que se hace al comprobar sobre los antecedentes penales de los que concurren a las pruebas de acceso de los cuerpos y fuerzas de seguridad. A destacar en este momento la preocupación por parte de los agentes sobre esta problemática, especialmente de los mandos que ven cómo es necesario incorporar políticas de prevención que en algunos cuerpos todavía no están desarrolladas. En otros, en cambio, han podido comprobar sobre los beneficios de estas políticas, más allá del coste en personal y recursos que implica, ya que cada éxito de las políticas de prevención es una vida que se salva de un agente en activo.

Al respecto existe cierto “mito” sobre la despreocupación por parte de los superiores sobre esta problemática, aspecto del que no se tienen herramientas validadas científicamente para su detección, para superar esta situación se ha creado el cuestionario Perceptions About Suicide Questionnaire por parte del Centro de Neurología y Psicología Médica del Servicio Central de Salud, Departamento Central de Salud, departamento de Seguridad Pública, Ministerio del Interior, junto con la Facultad de Medicina y Psicología, departamento de Neurociencias, Salud Mental y Órganos Sensoriales; el centro NESMOS, Universidad Sapienza de Roma, el centro Psiquiatría de la UOC, Hospital Universitario Sant'Andrea, Roma; el Departamento de Neurociencia Humana, Universidad Sapienza de Roma, Gestión de Riesgos, Calidad y Acreditación de la UOC, Hospital Universitario Sant'Andrea; y el Departamento de Comunicación e Investigación Social, Universidad Sapienza de Roma (Italia) (Grassi et al., 2018). Para validar el mismo se preguntaron a 6.103 mandos intermedios de la policía italiana sobre el fenómeno del suicidio observando cómo era capaz de discernir entre:

- la percepción del fenómeno de angustia psicológica y suicidio en la policía estatal.
- las estrategias de intervención.

- las cifras de apoyo psicológico en la policía estatal.
- las motivaciones del suicidio.
- la propia vivencia emocional del suicidio.

Dicho instrumento permite evaluar el nivel de conciencia de los superiores sobre esta problemática, con lo que detectar a aquellos que no están sensibilizados para poderles ofrecer cursos específicos de formación al respecto.

Además, uno de los problemas para la reducción de los casos de suicidio mediante planes de prevención, es el hecho de que los intentos suicidas no queden registrados a pesar de que existe una amplia bibliografía al respecto sobre que aquellos que ya han atentado contra su vida una vez, existe un porcentaje elevado de que lo repita. Es decir, la tasa de “reincidencia” en el intento de suicidio es suficientemente elevada como para que hubiese algún tipo de registro para saber a qué persona hay que priorizar la atención psicológica, conociendo que tarde o temprano volverá a atentar contra su vida.

Por lo que estamos hablando de que no existen registros sobre los intentos de suicidio, ni siquiera dentro de los cuerpos y fuerzas de seguridad que informaría sobre los más vulnerables y por tanto los que requieren de políticas activas de prevención; lo que se añade a que no existe una estadística “real” debido a que se “maquilla” para mantener el honor o el buen nombre de esa persona

delante de su familia y compañeros.

Además, la falta de implicación social en esta problemática debido a los estigmas asociados puede llevar al agente que requiere ayuda al aislamiento, al no querer compartir sus ideaciones suicidas e incluso los intentos suicidas cuando estos se han llevado a cabo. Aspecto del cual no es ajeno el agente de policía, pero que depende en gran medida de su formación sobre esta temática, al menos así lo revela una investigación de ámbito europeo realizada desde la Fundación para la Investigación del Suicidio y el departamento de Epidemiología y Salud Pública de la Universidad de Cork (Irlanda); junto con el Centro de Investigación y Consultoría de Atención (LUCAS) de la Universidad de Leuven (Bélgica); el Instituto de Salud Pública de la Universidad de Oporto (ISPUP); el Centro EUTIMIA (Portugal) y el Centro Policlínico de Psiquiatría y Psicoterapia del Hospital Universitario Leipzig AöR (Alemania); la Unidad de Investigación de Enfermería, Partería y Profesiones Afines de la Salud, Parque de Innovación de la Universidad de Stirling (Reino Unido); y el Centro Esloveno para la Investigación del Suicidio, Instituto Andrej Marušič de la Universidad de Primorska (Eslovenia) (Arensman et al., 2016).

En el estudio participaron 828 agentes de policía de tres países, Irlanda, Portugal y Alemania, a los cuales se

les hizo pasar por una acción formativa de 4 horas relacionadas con la prevención del suicidio en donde se trataban las falsas creencias asociadas, la relación con la salud mental, la forma de atender a la familia de la víctima, o el seguimiento de los que han tenido intentos de suicidio. Antes y después de esta formación se les administró un cuestionario estandarizado para conocer el estigma asociado al intento de suicidio mediante el Depression Stigma Scale (Griffiths, Christensen, & Jorm, 2008); igualmente y para valorar la eficacia de la formación se les administró un cuestionario sobre el manejo de una situación de suicidio a través del Intervention Knowledge Test (Tierney, 1994); y la evaluación del riesgo de suicidio mediante el Confidence Scale (Morriss, Gask, Battersby, Francheschini, & Robson, 1999).

Los resultados muestran cómo existe una mejora significativa en las tres escalas empleadas, es decir, con esta formación además de capacitar a los agentes a conocer cómo actuar adecuadamente ante un caso de suicidio, también les permitió cambiar su propia percepción sobre el mismo reduciendo así el estigma social asociado al acto suicida. Si bien este hallazgo supone un gran avance, en cuanto a plantear planes de formación sobre el suicidio entre los agentes para reducir el estigma social, en el estudio se realizó la misma evaluación 4 meses después del

entrenamiento, encontrando cómo la reducción del estigma asociado al suicidio se había empezado a disipar.

De hecho, y tal y como se recoge en la investigación, previo a esta formación el 42,3% de los agentes ya habían recibido en algún momento cursos de formación específica sobre el manejo de la situación de suicidio y a pesar de ello mostraban altos niveles de estigma asociado al inicio del estudio. Esto daría cuenta de la necesidad de una formación periódica, como mínimo una vez cada año tanto para actualizar sobre el manejo del suicidio como para combatir el estigma social asociado.

Estigma que por otro lado impide a la persona acudir a solicitar ayuda profesional para no tener que “dar cuentas” de a qué va a consulta a sus familiares o compañeros de trabajo. Lo que hace, que precisamente cuando más ayuda necesita, se vea sólo y aislado, y sin “poder” pedir ayuda, en ocasiones por “vergüenza” pero en su mayoría por no verse “señalado” por los demás, debido al estigma que sigue rodeando al suicidio en nuestros días. Tal y como lo revela una investigación realizada desde la Universidad Estatal de Iowa junto con la Universidad Auburn (EEUU) (Heath, Seidman, Vogel, Cornish, & Wade, 2017). En el estudio participaron 271 militares, varones, con edades comprendidas entre los 24 a 38 años, siendo el 80%, militares de carrera. Población en donde algunas

investigaciones indican que el 30% de los militares sufren algún problema relacionado con la salud mental, principalmente el trastorno por estrés postraumático, la depresión y el abuso de sustancia.

A todos los participantes se les solicitó que rellenaran el Gender Role Conflict Scale-Short Form (Wester, Vogel, O'Neil, & Danforth, 2012) para evaluar las emociones expresadas; el Clinical Outcomes in Routine Evaluation (Barkham et al., 2013) para evaluar sintomatología asociada al estrés; y la escala Self-Stigma of Seeking Help (Vogel, Wade, & Haake, 2006) para evaluar la solicitud de ayuda psicológica. Los resultados informan de que aquellos militares que padecen altos niveles de ansiedad y restricciones emotivas acuden solicitando ayuda psicológica; en cambio, aquellos que tienen unos niveles moderados de ansiedad, y altos problemas emocionales son significativamente más reticentes a solicitar ayuda psicológica.

Esta investigación evidencia la necesidad de realizar un esfuerzo por parte de las autoridades para "educar" a su personal sobre la necesidad de solicitar ayuda psicológica siempre que lo requieran, ya sea por ansiedad o por aspectos relacionados con las emociones. De esta forma, se podrá establecer el diagnóstico y tratamiento tempranamente aumentando las posibilidades de éxito en

la intervención y reduciendo los problemas de agravamiento por una falta de diagnóstico.

## REFERENCIAS

Arensman, E., Coffey, C., Griffin, E., Van Audenhove, C., Scheerder, G., Gusmao, R., ... Hegerl, U. (2016). Effectiveness of Depression-Suicidal Behaviour Gatekeeper Training among police officers in three European regions: Outcomes of the Optimising Suicide Prevention Programmes and Their Implementation in Europe (OSPI-Europe) study. *International Journal of Social Psychiatry*, *62*(7), 651–660. <https://doi.org/10.1177/0020764016668907>

Assari, S., Lankarani, M. M., & Caldwell, C. H. (2017). Discrimination increases suicidal ideation in black adolescents regardless of ethnicity and gender. *Behavioral Sciences*, *7*(4). <https://doi.org/10.3390/bs7040075>

Barkham, M., Bewick, B., Mullin, T., Gilbody, S., Connell, J., Cahill, J., ... Evans, C. (2013). The CORE-10: A short measure of psychological distress for routine use in the psychological therapies. *Counselling and Psychotherapy Research*, *13*(1), 3–13. <https://doi.org/10.1080/14733145.2012.729069>

Berg, A. M., Hem, E., Lau, B., Loeb, M., & Ekeberg, O. (2003). Suicidal ideation and attempts in Norwegian police. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *33*(3), 302–312. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14582840>

Bianchi, R., Schonfeld, I., Mayor, E., & Laurent, E. (2016). Burnout-depression overlap: A study of New Zealand schoolteachers. *Publications and Research*. Retrieved from [https://academicworks.cuny.edu/cc\\_pubs/362](https://academicworks.cuny.edu/cc_pubs/362)

Bishopp, S. A., & Boots, D. P. (2014). General strain theory, exposure to violence, and suicide ideation among police officers: A gendered approach. *Journal of Criminal Justice*, *42*(6), 538–548. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2014.09.007>

Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, *8*(1), 75–90. <https://doi.org/10.1007/BF02105408>

Brodsky, B. S., Spruch-Feiner, A., & Stanley, B. (2018). The zero suicide model: Applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. *Frontiers in Psychiatry*, *9*(FEB). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00033>

Camarena, B., Fresán, A., & Sarmiento, E. (2014). Exploring personality features in patients with affective disorders and history of suicide attempts: A comparative study with their parents and control subjects. *Depression Research and Treatment*, *2014*.

<https://doi.org/10.1155/2014/291802>

Carver, C. S., & White, T. L. (1994). Behavioral Inhibition, Behavioral Activation, and Affective Responses to Impending Reward and Punishment: The BIS/BAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*(2), 319–333. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.2.319>

Coon, H., Darlington, T. M., DiBlasi, E., Callor, W. B., Ferris, E., Fraser, A., ... others. (2018). Genome-wide significant regions in 43 Utah high-risk families implicate multiple genes involved in risk for completed suicide. *Molecular Psychiatry*, *1*.

Deshpande, S. S., Kalmegh, B., Patil, P. N., Ghate, M. R., Sarmukaddam, S., & Paralikar, V. P. (2014). Stresses and Disability in Depression across Gender. *Depression Research and Treatment*, *2014*. <https://doi.org/10.1155/2014/735307>

Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*(5), 844–854. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.5.844>

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2002). User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders-Research Version-(SCID-I for DSM-IV-TR, November 2002 Revision. *New York State Psychiatric Institute*.

Garcia, D., Lester, N., Cloninger, K. M., & Robert Cloninger, C. (2017). Temperament and Character Inventory (TCI). In *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 1–3). [https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8\\_91-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_91-1)

Grasmick, H. G., Tittle, C. R., Bursik, R. J., & Arneklev, B. J. (1993). Testing the core empirical implications of Gottfredson and Hirschi's general theory of crime. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, *30*(1), 5–29. <https://doi.org/10.1177/0022427893030001002>

Grassi, C., Del Casale, A., Cucè, P., Kotzalidis, G. D., Pelliccione, A., Marconi, W., ... Pompili, M. (2019). Suicide among Italian police officers from 1995 to 2017. *Rivista Di Psichiatria*, *54*(1), 18–23. <https://doi.org/10.1708/3104.30936>

Grassi, C., Del Casale, A., Ferracuti, S., Cucè, P., Santorsa, R., Pelliccione, A., ... others. (2018). How do recruits and superintendents perceive the problem of suicide in the Italian State Police? *Annali Dell'Istituto Superiore Di Sanità*, *54*(2), 82–89.

Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2008). Predictors of depression stigma. *BMC Psychiatry*, *8*. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-25>

Hall, K. A. A., Bartlett, B. A., Iverson, K. M., & Mitchell, K. S. (2018). Eating disorder symptoms in female

veterans: The role of childhood, adult, and military trauma exposure. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(3), 345–351. <https://doi.org/10.1037/tra0000301>

Heath, P. J., Seidman, A. J., Vogel, D. L., Cornish, M. A., & Wade, N. G. (2017). Help-seeking stigma among men in the military: The interaction of restrictive emotionality and distress. *Psychology of Men and Masculinity*, 18(3), 193–197. <https://doi.org/10.1037/men0000111>

Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression anxiety stress scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227–239. <https://doi.org/10.1348/014466505X29657>

Hurrell, J. J., & McLaney, M. A. (1988). Exposure to job stress - A new psychometric instrument. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 14(SUPPL. 1), 27–28.

Hystad, S. W., Eid, J., Johnsen, B. H., Laberg, J. C., & Thomas Bartone, P. (2010). Psychometric properties of the revised Norwegian dispositional resilience (hardiness) scale. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(3), 237–245. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2009.00759.x>

Iwasaki, S. (2014). Effects of “Shinkeishitsu” on Occupational Stress in Japanese Workers. *SOJ*

*Psychology*, 1(3), 01–07. <https://doi.org/10.15226/2374-6874/1/3/00115>

Jefatura del Estado. (2015). Ley Orgánica 9/2015, de 28 de julio, de Régimen de Personal de la Policía Nacional. *BOE*. Retrieved from <https://www.boe.es/eli/es/lo/2015/07/28/9>

Jobes, D. A., Wong, S. A., Conrad, A. K., Drozd, J. F., & Neal-Walden, T. (2005). The Collaborative Assessment and Management of Suicidality versus Treatment as Usual: A Retrospective Study with Suicidal Outpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 483–497. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.5.483>

Johnston, M., Wright, S., & Weinman, J. (1995). *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio*. NFER - Nelson.

Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., Amick, B., & Bongers, P. (1998). *Journal of Occupational Health Psychology* Copyright 1998 by the Educational Publishing Foundation (Vol. 3).

LaMontagne, T., Milner, A., Papas, A., West, A., Maheen, H., & Witt, K. (2018). Police Suicide: Implications for policy and practice. *Australian Police Journal*, 128–133. Retrieved from <https://apjl.com.au/issues/year/2018>

Local Government Association. (2019). Suicide prevention sector-led improvement Prospectus 2019/20. In

*Cmaj.*

Luceño, L., & Martín, J. (2008). DECORE: Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales. *TEA Ediciones: Madrid.*

Lukat, J., Margraf, J., Lutz, R., Der Veld, W. M., & Becker, E. S. (2016). Psychometric properties of the positive mental health scale (PMH-scale). *BMC Psychology*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0111-x>

Madigan, D. J., Stoeber, J., & Passfield, L. (2016). Perfectionism and changes in athlete burnout over three months: Interactive effects of personal standards and evaluative concerns perfectionism. *Psychology of Sport and Exercise*, 26, 32–39. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2016.05.010>

Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181–189. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.181>

McCreary, D. R., & Thompson, M. M. (2006, November). Development of two reliable and valid measures of stressors in policing: The operational and organizational police stress questionnaires. *International Journal of Stress Management*, Vol. 13, pp. 494–518. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.13.4.494>

Mental Health Commission of Canada. (2018). *RESEARCH ON SUICIDE AND ITS PREVENTION: What the current evidence reveals and topics for future research*. Retrieved from [www.mentalhealthcommission.ca](http://www.mentalhealthcommission.ca)

Milner, A., Page, K., Witt, K., & LaMontagne, A. (2016). Psychosocial Working Conditions and Suicide Ideation: Evidence From a Cross-Sectional Survey of Working Australians. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 58(6), 584–587. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000700>

Milner, A., Witt, K., Maheen, H., & Lamontagne, A. D. (2017). Suicide among emergency and protective service workers: A retrospective mortality study in Australia, 2001 to 2012. *Work*, 57(2), 281–287. <https://doi.org/10.3233/WOR-172554>

Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social. G. de E. (2017). *Nota Técnica Encuesta Nacional de Salud. España 2017 Principales resultados*. 12. Retrieved from [https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017\\_notatecnica.pdf](https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf)

Mishara, B. L., & Martin, N. (2012). Effects of a comprehensive police suicide prevention program. *Crisis*, 33(3), 162–168. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000125>

Morriss, R., Gask, L., Battersby, L., Francheschini, A.,

& Robson, M. (1999). Teaching front-line health and voluntary workers to assess and manage suicidal patients. *Journal of Affective Disorders*, 52(1–3), 77–83. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(98\)00080-9](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(98)00080-9)

Mowlaie, M., Abolghasemi, A., & Aghababaei, N. (2016). Pathological narcissism, brain behavioral systems and tendency to substance abuse: The mediating role of self-control. *Personality and Individual Differences*, 88, 247–250. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.09.019>

NATIONAL CORONIAL INFORMATION SYSTEM. (2015). *Intentional Self-Harm Fact Sheet: Emergency Services Personnel*. Retrieved from <https://www.ncis.org.au/wp-content/uploads/2017/11/Intentional-Self-Harm-Emergency-Services-Personnel.pdf>

NIMH. (2019). Major Depression. Retrieved October 13, 2019, from <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression.shtml>

O.M.S. (2009). Prevención del suicidio, un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea. *Asociación Internacional Para La Prevención Del Suicidio IASP. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias.*, p. 25.

Palacio., A. F. (2010). *La comprensión clásica del*

*suicidio. De Émile Durkheim a nuestros días. // The classic understanding of suicide. From Émile Durkheim to the present day.*

Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., & Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, *124*(5), 460–469. <https://doi.org/10.1192/bjp.124.5.460>

Pedersen, N. L., & Fiske, A. (2010). Genetic influences on suicide and nonfatal suicidal behavior: twin study findings. *European Psychiatry*, *25*(5), 264–267.

Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G. C., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment*, *21*(3), 365–379. <https://doi.org/10.1037/a0016530>

Raedeke, T. D., & Smith, A. L. (2001). Development and preliminary validation of an athlete burnout measure. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, *23*(4), 281–306. <https://doi.org/10.1123/jsep.23.4.281>

Reger, G. M., Koenen-Woods, P., Zetocha, K., Smolenski, D. J., Holloway, K. M., Rothbaum, B. O., ... Gahm, G. A. (2016). Randomized controlled trial of prolonged exposure using imaginal exposure vs. virtual reality exposure in active duty soldiers with deployment-related posttraumatic stress disorder (PTSD). *Journal of*

*Consulting and Clinical Psychology*, 84(11), 946–959.  
<https://doi.org/10.1037/ccp0000134>

S., T. (2016). Occupational stress and its associated health disorders among bus drivers. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 208–211.  
<https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20151564>

Sandvik, A. M., Gjevestad, E., Aabrekk, E., Øhman, P., Kjendlie, P.-L., Hystad, S. W., ... Johnsen, B. H. (2019). Physical Fitness and Psychological Hardiness as Predictors of Parasympathetic Control in Response to Stress: a Norwegian Police Simulator Training Study. *Journal of Police and Criminal Psychology*.  
<https://doi.org/10.1007/s11896-019-09323-8>

Saturday, L., & Selye, H. (1950). *BRITISH MEDICAL JOURNAL STRESS AND THE GENERAL ADAPTATION SYNDROME\**.

Schönfeld, P., Brailovskaia, J., Bieda, A., Zhang, X. C., & Margraf, J. (2016). The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 1–10.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.08.005>

Seaton, E. K., Caldwell, C. H., Sellers, R. M., & Jackson, J. S. (2010). Developmental characteristics of African American and Caribbean Black adolescents'

attributions regarding discrimination. *Journal of Research on Adolescence*, 20(3), 774–788.  
<https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00659.x>

Şenol-Durak, E., Durak, M., & Gençöz, T. (2006). Development of work stress scale for correctional officers. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16(1), 157–168.  
<https://doi.org/10.1007/s10926-005-9006-z>

Seo, H.-J., Jung, Y.-E., Jeong, S., Kim, J.-B., Lee, M.-S., Kim, J.-M., ... Jun, T.-Y. (2014). Persistence and resolution of suicidal ideation during treatment of depression in patients with significant suicidality at the beginning of treatment: the CRESCEND study. *Journal of Affective Disorders*, 155, 208–215.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.002>

Shanahan, L., Schorpp, K. M., Volpe, V. V., Linthicum, K., & Freeman, J. A. (2016). Developmental timing of suicide attempts and cardiovascular risk during young adulthood. *Health Psychology*, 35(10), 1135–1143.  
<https://doi.org/10.1037/hea0000373>

Stanhope, J. (2017). Effort–Reward Imbalance Questionnaire. *Occupational Medicine*, 67(4), 314–315.  
<https://doi.org/10.1093/occmed/kqx023>

Stanley, I. H., Hom, M. A., & Joiner, T. E. (2016). A systematic review of suicidal thoughts and behaviors among police officers, firefighters, EMTs, and paramedics.

*Clinical Psychology Review*, 44, 25–44.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.002>

Stoeber, J., Otto, K., Pescheck, E., Becker, C., & Stoll, O. (2007). Perfectionism and competitive anxiety in athletes: Differentiating striving for perfection and negative reactions to imperfection. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 959–969.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.006>

Talavera-Velasco, B., Luceño-Moreno, L., Martín García, J., & Vázquez-Estévez, D. (2018). DECORE-21: Assessment of occupational stress in police. Confirmatory factor analysis of the original model. *PloS One*, 13(10), e0205028. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205028>

Thoen, M. A., Dodson, L. E., Manzo, G., Piña-Watson, B., & Trejos-Castillo, E. (2019). Agency-Offered and Officer-Utilized Suicide Prevention and Wellness Programs: A National Study. *Psychological Services*.  
<https://doi.org/10.1037/ser0000355>

Tierney, R. J. (1994). Suicide intervention training evaluation: a preliminary report. *Crisis*, 15(2), 69–76.  
Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7988168>

Tiesman, H. M., Konda, S., Hartley, D., Menéndez, C. C., Ridenour, M., & Hendricks, S. (2015). Suicide in U.S. Workplaces, 2003-2010: A comparison with non-workplace

suicides. *American Journal of Preventive Medicine*, 48(6), 674–682. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.12.011>

Tuttle, B. M., Blumberg, D. M., Papazoglou, K., Tuttle, B. M., Blumberg, D. M., & Papazoglou, K. (2019). Critical Challenges to Police Officer Wellness. In *Oxford Research Encyclopedia of Criminology and Criminal Justice*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190264079.013.538>

Vagg, P. R., & Spielberger, C. D. (1999). The Job Stress Survey: assessing perceived severity and frequency of occurrence of generic sources of stress in the workplace. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(3), 288–292. <https://doi.org/10.1037//1076-8998.4.3.288>

Violanti, J. M., Charles, L. E., Hartley, T. A., Mnatsakanova, A., Andrew, M. E., Fekedulegn, D., ... Burchfiel, C. M. (2008). Shift-work and suicide ideation among police officers. *American Journal of Industrial Medicine*, 51(10), 758–768. <https://doi.org/10.1002/ajim.20629>

Violanti, J. M., Owens, S. L., McCanlies, E., Fekedulegn, D., & Andrew, M. E. (2019, April 8). Law enforcement suicide: a review. *Policing*, Vol. 42, pp. 141–164. <https://doi.org/10.1108/PIJPSM-05-2017-0061>

Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*,

53(3), 325–337. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.325>

Weed, N. C., Butcher, J. N., McKenna, T., & Ben-Porath, Y. S. (1992). New Measures for Assessing Alcohol and Drug Abuse With the MMPI-2: The APS and AAS. *Journal of Personality Assessment*, 58(2), 389–404. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5802\\_15](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5802_15)

Wester, S. R., Vogel, D. L., O’Neil, J. M., & Danforth, L. (2012). Development and evaluation of the Gender Role Conflict Scale Short Form (GRCS-SF). *Psychology of Men and Masculinity*, 13(2), 199–210. <https://doi.org/10.1037/a0025550>

Williams, D. R., Yan Yu, Jackson, J. S., & Anderson, N. B. (1997). Racial Differences in Physical and Mental Health: Socio-economic Status, Stress and Discrimination. *Journal of Health Psychology*, 2(3), 335–351. <https://doi.org/10.1177/135910539700200305>

Wray, C. A., & Jarrett, S. B. (2019). The relationship between burnout and suicidal ideations among Jamaican police officers. *International Journal of Police Science & Management*, 21(3), 181–189. <https://doi.org/10.1177/1461355719856026>

Zolotor, A. J., Runyan, D. K., Dunne, M. P., Jain, D., Péturs, H. R., Ramirez, C., ... others. (2009). ISPCAN Child Abuse Screening Tool Children’s Version (ICAST-C): Instrument development and multi-national pilot testing.

*Child Abuse & Neglect*, 33(11), 833–841.

Zung, W. W. K. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 12(1), 63–70.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>



### CAPÍTULO 3.- LA REALIDAD DEL SUICIDIO EN EL ÁMBITO POLICIAL

Un primer acercamiento a las estadísticas de suicidio lo podríamos obtener viendo de forma global los resultados ofrecidos por Google Trends, sobre las tendencias de búsqueda de esta temática, en sus distintas acepciones alrededor del mundo desde el 2004 hasta el 2017, pudiéndose comprobar cómo el primer país más preocupado sobre ello es Corea del Sur, seguido de Paraguay e Irán; quedando en cuarta posición Estados Unidos, y en la posición número 30 España, de los 78 países que componen el resultado de Google, siendo la última posición ocupada por Taiwán.

Esto no refleja el número de casos de suicidio en función del país, si no las veces que este término ha sido buscado, esto es, puede haber un país en donde se dan pocos casos de suicidio, pero la población está muy sensibilizada, con lo que tendrá muchas búsquedas en Google al respecto, o al revés, una población en donde haya una alta tasa de suicidio y en cambio exista una escasa conciencia de este problema, y casi no se produzcan búsquedas. Hay que indicar que de forma global se ha producido un estancamiento del uso de dicho término con los años, observándose un ligero ascenso a partir del 2014 de las

búsquedas que se realizaban.

Por su parte la OMS señala que en el mundo existe una muerte por suicidio cada cuarenta segundos, es decir alrededor de 800.000 personas se quitan la vida al año (O.M.S., 2018), con una tasa ajustada a la edad de 11,4 por cada 100.000 habitantes (Navarrete Betancort, Herrera Rodríguez, & León Pérez, 2019). Aunque estos cálculos hay que matizarlos, ya que se trata de estimaciones, pues según la propia OMS indica, únicamente 60 países mantienen algún tipo de registro sobre el suicidio, es decir dos de cada tres países no tiene identificado el suicidio en sus estadísticas, por lo que es imposible conocer la realidad en esos países.

En el ámbito policial y debido a las peculiaridades de su trabajo, las investigaciones han ido mostrando cómo existe una mayor incidencia del suicidio entre este personal frente a la población general (Berg, Hem, Lau, Loeb, & Ekeberg, 2003), aunque no todos los resultados van en esta línea, así y mediante un meta análisis en donde se analizaron 101 casos de suicidio policial, se obtuvo que las tasas de suicidio en la población general son de 25,2 por cada 100.000 habitantes, mientras que entre la policía dicha tasa se reduce a 19,3 suicidios por cada 100.000 habitantes (Loo, 2003).

Por su parte desde la universidad de Deakin junto con

la universidad de Melbourne (Australia) (LaMontagne et al., 2018) se argumenta que no se puede comparar la tasa de suicidio de la policía con la población general ya que se trata de grupos poblacionales “diferentes” y por tanto no pueden realizarse comparaciones directas entre ellas, proponiendo exclusivamente la comparación de policías varones de mediana edad frente a varones trabajadores de la población general de la misma edad. Tras realizar esta comparación obtuvieron cifras inversas a las que ahora se observaban, es decir, los hombres policía de mediana edad tienen tasas de suicidio inferiores a las del resto de los trabajadores en dicho rango de edad. Estos resultados serían explicados según los autores debido al proceso de selección de los policías, entre aquellos que son psicológicamente más fuertes.

Con esta primera aproximación se quiere dejar claro que no es tan sencillo obtener cifras oficiales sobre el suicidio, además hay que tener en cuenta que en varios foros científicos se ha puesto en evidencia cómo los agentes, a pesar de que en ocasiones era “evidente”, se mostraban reacios a registrar el acto como suicidio, actuación que también afecta a otros estamentos como al médico, aspecto que ya ha sido reportado en la década pasada en EEUU, en donde se llegó a estimar que únicamente el 60% de los casos de suicidio eran reportados como tal, separándolo por

género fue el 51,7% de los casos en mujeres y 64,5% de los hombres, en un análisis realizado con datos del H M Coroner for South Yorkshire (West) desde 1985 a 1991 (Cooper & Milroy, 1995).

Una situación de encubrimiento, en ocasiones dada por una falsa sensación de “proteger” a la familia al no aparecer en el informe la “verdadera” causa de la muerte, con lo que los datos oficiales pueden llegar a reflejar la mitad de los suicidios reales, tal y como lo afirma un estudio presentado en el I simposio brasileiro de criminología forense organizado por la Associação Brasileira de Criminologia celebrado en el 2018. En este estudio realizado desde la Universidad Federal de São João del-Rei (Rodrigues, 2018) se ha llevado a cabo un análisis sobre los casos de suicidio en el departamento 13º de policía durante los años 2014 a 2016, comparando las cifras oficiales presentadas por el Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS) órgano que pertenece a la Secretaría Ejecutiva del Ministerio de Salud de Brasil, con los obtenidos de las certificaciones de defunción realizadas por el citado departamento de policía encontrándose importantes diferencias con respecto a las cifras oficiales.

Así DATASUS informaba de 7 casos en el 2014; 11 en el 2015 y 13 en el 2016; mientras que las cifras reales eran 21 en el 2014; 23 en el 2015; y 21 casos en el 2016, es decir,

en el 2014 y 2015 se informaba oficialmente con menos de la mitad de los casos reales. Situación que también se produce en Europa, tal como lo ha evidenciado una investigación llevada a cabo en Grecia (Tragaki & Lenos, 2017) donde se ha realizado una comparación entre datos de la oficina nacional de estadística de Grecia (Ελληνική Στατιστική Αρχή) con los de la policía publicados en sus anuarios. En esta investigación se realizó una comparación de la tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes, separado por género y por edad (menos de 30 años, entre 30 y 40 años; y más de 40 años) con datos desde 1990 al 2013. Los resultados muestran cómo existe una reducción de registros nacionales de datos de suicidio en comparación con los registros policiales, calculándose que se llega a registrar hasta un 7% menos de los casos reales acontecidos, atribuyéndose dichas diferencias a aspectos como la presión social, siendo mayores estas diferencias en mujeres, con lo que dicha realidad queda aún más oculta tal y como se ha indicado en otras investigaciones (Cooper & Milroy, 1995).

## EL SUICIDIO ENTRE LA POLICÍA EN AMÉRICA

Hablar del continente americano es hacerlo de un crisol de países con idiosincrasia muy diferente, aspectos que va a incidir también en cuanto a la tasa de suicidio entre la policía se refiere, encontrándose países con unas tasas próximas a cero mientras que en otras se hallan datos alarmantes. Sobre la existencia de datos de suicidio en países como en EE. UU. en donde se calcula que fallecen más de 40.000 ciudadanos al año por suicidio, y lo que va desde 1999 hasta el 2017 llevan ya 697,016 casos registrados (ver Tabla II).

Año	Casos	Población	Tasa	Tasa A
1999	29,199	279,040,238	10.46	10.48
2000	29,350	282,171,936	10.40	10.40
2001	30,622	284,968,955	10.75	10.71
2002	31,655	287,625,193	11.01	10.95
2003	31,484	290,107,933	10.85	10.77
2004	32,439	292,805,298	11.08	10.97
2005	32,637	295,516,599	11.04	10.90
2006	33,300	298,379,912	11.16	10.97
2007	34,598	301,231,207	11.49	11.27
2008	36,035	304,093,966	11.85	11.60
2009	36,909	306,771,529	12.03	11.75
2010	38,364	308,758,105	12.43	12.08
2011	39,518	311,644,280	12.68	12.32
2012	40,600	313,993,272	12.93	12.53
2013	41,149	316,234,505	13.01	12.56
2014	42,826	318,622,525	13.44	12.96
2015	44,193	321,039,839	13.77	13.28
2016	44,965	323,405,935	13.90	13.41
2017	47,173	325,719,178	14.48	14.00

Tabla II. Tasa - Tasa de suicidios y Tasa A - Tasa Ajustada a la edad por cada 100.000 habitantes de la población americana desde 1999 a 2007.

Tal y como se puede ver anualmente se ha ido incrementando progresivamente el número de casos de suicidio pasando de 29.199 en 1999 a 47.173, incrementándose la tasa de suicidios por.r. cada 100.000 habitantes ajustada a la edad desde el 10,4 al 14 en el mismo período

En vez de ocultar esta realidad desde 1997 existe una institución denominada National Police Suicide Foundation encargada de velar por las familias de los policías que se han suicidado, además de tratar de dar visibilidad a esta problemática, que lejos de resolverse con el tiempo ha llegado en los últimos años a niveles críticos. De hecho las últimas informaciones señalan que en EEUU se está sufriendo una verdadera epidemia al aumentar las cifras de suicidio entre los cuerpos y fuerzas de seguridad de forma alarmante, así se ha pasado de 142 casos en 2016 a 177 en 2018 y en lo que va de año se han contabilizado 130 casos según información de Blue H.E.L.P. (Honor, Educate, Lead y Prevent) (BlueHelp.org, 2018), organización que trata de concienciar a la sociedad sobre la necesidad de atender la salud mental de los agentes, sobre todo en cuanto a estrés postraumático se refiere.

Según una investigación realizada desde el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional, División de Investigación de Seguridad, Análisis y Subdivisión de

Evaluaciones de Campo de Virginia (EEUU) (Tiesman et al., 2015) la tasa de suicidio entre la policía en dicho país es 3,5 veces más alta que el que pueda sufrir cualquier otro empleado en su puesto de trabajo. Para ello se analizó el número de casos entre el 2003 al 2010 comprobando que los agentes tenían hasta 2,4 veces más posibilidades de fallecer por suicidio que por homicidio según datos extraídos de la base de datos denominada Census of Fatal Occupational Injury.

En otros países en cambio la incidencia es reducida como en el caso de Ecuador, tal y como lo indica D<sup>a</sup> Nathalie López «La verdad el tema de suicidio en miembros policiales es muy bajo el año anterior se reportó a nivel nacional 3 casos».

En el extremo contrario se puede encontrar en algunas regiones de determinados países tal y como se ha presentado en una investigación realizada por el departamento de Salud de la Brigada Militar de Río Grande, junto con la Universidad del Valle de Taquari y la Universidad Pontificia Católica de Río Grande (Brasil) (Gomes, de Araújo, & Gomes, 2018). El estudio analiza las causas de muerte de la policía en el estado de Río Grande durante una década, desde el 2006 al 2016, que conforman un total de 31.100 fallecidos los cuales tenían una media de 19 años en el cuerpo siendo hombres el 90,7%.

Los resultados muestran una tasa anual de suicidio del 12,5 por cada 100.000 habitantes, cuando la media en la población general en Brasil este porcentaje únicamente alcanza al 4,9 por cada 100.000 habitantes. Siendo la tasa de suicidio entre la policía mayor de 40 años de 7,3/100.000 mientras que entre los menores de 40 de 18,5/100.000. En el caso del análisis en función del género las mujeres tuvieron una tasa del 18,8/100.000 mientras que los hombres del 11,9/100.000.

Esta investigación muestra cómo los policías más expuestos al suicidio son las mujeres jóvenes (menores de 40 años), por lo que se deberían de incorporar políticas de prevención en este colectivo.

## EL SUICIDIO ENTRE LA POLICÍA EN EUROPA

Si bien el número de países que integran Europa depende de qué criterio se está empleando, hay un sistema de registro en la mayoría de ellos denominado IRIS, basado en el sistema de clasificación de la CIE (Clasificación Internacional de enfermedades) en su versión décima (O.M.S., 2009), que permite la comparación de las causas de muerte entre países. A pesar de lo anterior, no hay datos a nivel europeo sobre la incidencia de los casos de suicidio entre los agentes de la policía, por lo que tampoco se ha establecido una política común al respecto; así, para conocer la realidad de esta problemática hay que acudir país por país a las publicaciones científicas existentes.

– En Alemania las tasas de suicidio entre 1992 a 1996 entre los agentes de la Policía Federal fue de 20,70 por cada 100.000 habitantes mientras que en la población general fue de 21,78 (Schmidtk, 1999).

– En Austria las tasas de suicidio entre los varones de la Policía Federal durante los años 1996 al 2000 es de 30,2 cada 100.000 habitantes, mientras que en la población general es de 30,5 (Kapusta et al., 2010).

– En Inglaterra, según los datos desde la Office for National Statistics, la tasa de suicidio ha ido fluctuando con valores mínimos de 8 casos en el 2004 hasta los máximos de 23 en el 2010, 2015 y 2016 (ver Tabla III).

Año	Suicidios	Dif
2001	22	
2002	15	68.18
2003	16	106.67
2004	8	50.00
2005	15	187.50
2006	20	133.33
2007	17	85.00
2008	24	141.18
2009	15	62.50
2010	23	153.33
2011	17	73.91
2012	27	158.82
2013	29	107.41
2014	22	75.86
2015	22	100.00
2016	23	104.55
2017	21	91.30

Tabla III. Número de casos de suicidio entre la policía inglesa desde el 2001 al 2017, con indicación del porcentaje de las diferencias con el año precedente.

- En Francia la tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes históricamente ha sido superior entre la policía frente a la población general (ver Tabla IV)

Año	TPG	NEPNF	NSPNF	TPNF	DTas
2008	16.10	194.139	49	25.24	1.57
2009	16.20	191.177	42	21.97	1.36
2010	15.90	187.825	30	15.97	1.00
2011	16.86	184.576	43	23.30	1.38
2012	15.75	185.482	43	23.18	1.47
2013	15.47	185.060	40	21.61	1.40
2014	14.13	209.683	55	26.23	1.86
2015	14.14	209.054	44	21.05	1.49
2016	13.21	213.070	36	16.90	1.28

Tabla IV. Comparación de la Tasa de suicidios en la población general por cada 100.000 habitantes según datos de la ONU para los años comprendidos entre el 2008 al 2010; y de Eurostat entre el 2011 al 2016 (TPG) frente a la Tasa de suicidios en la Policía Nacional de Francia por cada 100.000 policías (TPNF) calculado en función del número de efectivos de la Policía Nacional de Francia (NEPNF) y el Número de Suicidios de la Policía Nacional de Francia (NSPNF) para los años comprendidos entre el 2008 y el 2016; recogiendo su diferencia (DTas).

Los resultados muestran como en toda la serie temporal la tasa de suicidio en la Policía Nacional de Francia es superior al de la población general, siendo el año de mayor diferencia el 2014 con un incremento de 1,86%, y obteniéndose la misma tasa de suicidios en el 2010. A partir de los atentados sufridos y de la elevación del estado de alerta, en donde se ha incrementado la seguridad, se ha experimentado un alarmante aumento de suicidios entre la policía, así en los años 2018 y 2019, se produjeron 35 casos y 24 hasta junio del 2019 según (Le Figaro, 2019a). En cuanto al perfil del agente de policía francés que atenta contra su vida es de un varón con edad comprendida entre los 40 a 45 años, habiéndose calculado que la tasa de suicidio es un 36% superior a la media nacional (Le Figaro, 2019b).

Dos son los principales problemas relacionados con estos datos a la hora de realizar una correcta interpretación, primeramente no se lleva a cabo una

diferenciación en cuanto al género, partiendo del supuesto que la representación femenina es la misma en la Policía Nacional de Francia que en la población general; aspecto que queda evidenciado que no se corresponde con la realidad según el informe de The Female Factor: Gender balance in law enforcement y eso a pesar de que la Comisión Europea adoptó la Carta de Mujeres (European Commission, 2010) por la que se comprometía a la promoción de la igualdad de género en todos los estamentos incluida la policía. A pesar de ello y según datos de Europol la representación de la mujer apenas alcanza un 35% de sus efectivos, y en el caso concreto de los mandos intermedios y superiores esta cifra decae a un 0,5% (Europol, 2013).

La evolución de la representación de la mujer entre la policía ha sido desigual en función del país al que se haga referencia ver Tabla V.

GEO/TI ME	20 08	20 09	20 10	20 11	20 12	20 13	20 14	20 15	20 16	20 17
Bélgica					19. 25	20. 10	20. 92	21. 59	22. 20	22. 68
Bulgaria								79. 11	85. 81	88. 78
Chequia	13. 50	14. 72	15. 11	15. 40	15. 24	15. 11	15. 07	15. 17	15. 18	15. 41
Dinamar ca	11. 49	12. 01	12. 47	12. 80	13. 12	13. 48	13. 95	14. 43	14. 93	15. 66
Aleman a	16. 26	16. 71	17. 28	17. 92	18. 53	19. 22	19. 78	20. 40	21. 12	21. 90

## Suicidio Policial: Guía para una Prevención Eficaz

Estonia						34. 29	34. 56	34. 73	35. 05	35. 20
Irlanda					25. 05					
Grecia							13. 36	13. 42	13. 49	13. 69
España			9.6 4	10. 15	10. 35	10. 53	10. 71	10. 87	11. 20	11. 29
Francia						18. 91	17. 94	18. 57	18. 75	19. 19
Croacia		14. 71	16. 11	16. 40	16. 61	17. 19	17. 42	17. 62	17. 78	17. 98
Italia				6.2 2	6.4 8	6.7 0		7.0 1	7.8 5	
Chipre		21. 89	22. 24	22. 90	23. 66	24. 51	24. 62	24. 66	24. 75	25. 45
Letonia					34. 79	34. 05	35. 21	35. 56	36. 83	
Lituania	25. 20	26. 20	26. 87	28. 79	30. 50	32. 48	34. 54	36. 12	37. 84	38. 63
Luxemburgo		10. 29	10. 82	10. 86	10. 94	10. 95	11. 69	12. 12	12. 49	12. 40
Hungría							22. 43	22. 67	22. 58	22. 85
Malta	16. 77	16. 89	17. 21	17. 47	17. 77	17. 61	18. 47	19. 29	19. 46	20. 23
Holanda	20. 17	28. 26	28. 89	29. 02	29. 44	29. 67	31. 61	31. 81	32. 23	32. 80
Austria	10. 98	11. 90	13. 07	12. 70	13. 31	14. 54	14. 99	15. 67	16. 66	
Polonia	12. 68	12. 97	13. 14	13. 68	14. 33	14. 86	15. 16	15. 40	15. 59	16. 04
Portugal	5.7 6	6.1 7	6.4 2	6.7 6	7.0 3	7.2 7	7.3 5	7.4 7	7.6 5	7.8 1
Romani a	10. 57	11. 35	11. 94	12. 08	13. 40	13. 73	13. 93	14. 05	16. 38	18. 74
Esloveni a	13. 55	14. 55	14. 88	15. 06	15. 30	15. 35	24. 63	16. 95	16. 89	17. 09
Eslovaq uia		14. 24	14. 83	15. 21	16. 27	16. 40	16. 67	16. 99	17. 54	18. 12
Finlandi a	13. 28	13. 89	14. 17	14. 90	15. 11	15. 48	15. 99	16. 29	16. 82	17. 78
Suecia		26. 00	27. 28	21. 56	29. 23	29. 99	31. 00	31. 41	32. 00	32. 00
Inglaterr	25.	25.	26.	26.	27.	27.	28.	28.	29.	

a y Gales	12	73	26	82	32	87	27	61	11	
Escocia	23. 77	25. 18	25. 90	26. 73	27. 30	27. 77	27. 93	28. 48	28. 94	29. 40
Irlanda del Norte	23. 73	25. 18	26. 55	27. 56	27. 97	28. 17	27. 38	27. 98	28. 37	29. 08
Islandia			11. 61	11. 49	11. 85	12. 71	11. 90	14. 53	15. 63	15. 43
Liechtenstein		8.8 9		8.8 9	9.4 1	9.4 1	4.8 2	3.5 7		
Noruega	19. 49	20. 22	21. 57	22. 45	23. 93	24. 98	26. 70			
Suiza										
Montenegro			7.2 5	7.6 1	8.2 4	8.9 2	8.6 5	9.3 4	9.0 6	10. 07
Macedonia del Norte					17. 15	12. 72	10. 55	11. 87	12. 46	13. 13
Albania	8.3 3	8.7 8	9.1 2	9.6 3	10. 46	10. 66	10. 58	9.7 0	14. 11	14. 21
Serbia	9.1 7	9.6 4	10. 46	11. 03	11. 95	12. 30	22. 67	23. 22		
Turquía		3.2 0	3.3 3	3.5 1	3.5 7					
Bosnia y Herzegovina			6.4 4	6.9 9	7.2 9	6.9 9	7.2 6	7.3 1	8.1 2	
Kosovo	13. 42	12. 78	12. 08	11. 73	11. 90	11. 88	11. 32	11. 23	13. 87	14. 08

Tabla V. Sobre la evolución de la representación de la mujer entre los agentes de policía según datos de Eurostat para los años 2008 al 2017

Los resultados de la tabla muestran grandes diferencias entre los países con una mayor representación de la mujer en la policía como en el caso de Bulgaria con un 88,78% de los policías, y en el otro extremo estaría Portugal con un 7,8% de mujeres entre los policías. Hay que destacar que todos los países han ido incrementando la presencia de

la mujer en la policía salvo casos excepcionales como Liechtenstein que pasó desde el 8,89% en 2009 al 3,57% en 2015 o en el caso de Macedonia del Norte que pasó de 17,15% de 2012 a 13,13% el 2017.

Por su parte en Italia, entre los últimos estudios realizados sobre el suicidio en policías destacar el trabajo realizado desde el Centro de Neurología y Psicología Médica, Servicio de Operaciones Centrales de Salud, Dirección Central de Salud, Departamento de Seguridad Pública, Ministerio del Interior italiano, realizado junto con el Departamento de Neurociencia, Salud Mental y Órganos Sensoriales (NESMOS), Facultad de Medicina y Psicología, Universidad Sapienza de Roma; la Unidad de Psiquiatría, Hospital Universitario Sant'Andrea (Italia) y la Universidad Stockton de Nueva Jersey (EEUU) (Grassi et al., 2019). En el mismo se llevó a cabo un análisis longitudinal sobre el suicidio en la policía italiana desde 1995 hasta el 2017, separado por género y edad. Los resultados muestran un total de 271 casos certificados como suicidio, con una media de edad de 39 años, estimándose en promedio de once suicidios al año, siendo la tasa de suicidio entre varones más del doble que entre las mujeres (12,67 y 5,61 por cada 100.000 habitantes respectivamente). Siendo el 87% cometido con arma de fuego, de los cuales únicamente el 5% fue con un arma de

uso privado. Habiéndose atribuido a posibles causas los problemas emocionales en el 39% de los casos; trastornos psiquiátricos el 11%; dificultades económicas el 6% y 2% por problemas físicos.

Sobre los análisis de tendencia se destaca una reducción significativa desde 1995 hasta el 2007 de casi el 6% de casos, iniciando desde entonces un paulatino crecimiento. Al comparar los datos de suicidio de la policía frente a la población general se obtienen diferencias significativas tanto en hombre como en mujeres menores de 65 años pertenecientes al cuerpo policial. Por lo que, sin lugar a duda y a la vista de los resultados presentados, en Italia existe significativamente una mayor prevalencia de suicidios en ambos géneros debido a la labor policial que desempeñan.

Por su parte en el caso de Portugal y en esta línea de comparar la tasa de incidencia del suicidio entre la policía frente a la población general se ha publicado un estudio conjunto realizado desde la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación, Universidad de Oporto junto con la Unidad de Psicología, del Cuerpo de la Policía de Segurança Pública (Portugal), y La Fundación NHS de Northumberland, Tyne and Wear (Inglaterra) (Costa, Passos, & Queiros, 2019). En este estudio se analizaron los casos de suicidio entre los varones desde el 2005 al 2014

tanto entre los agentes de policía como en la población general.

Se contabilizaron 39 casos de suicidio entre la policía durante dicho período de los cuales treinta había sido con armas de fuego, es decir el 76,92% de los casos. Con una tasa promedio cada 100.000 habitantes de 20,6, mientras que en la población general fue de 13,5, a pesar de lo anterior los análisis estadísticos no mostraron diferencias significativas entre la tasa de la policía comparada con la población general, situación que los autores del estudio señalan en la medida en que los agentes de policía gozan de una mayor salud física debido a las exigencias laborales, lo que se esperaría que conllevara una menor tasa, por tanto, al exhibir la misma tasa de la población estaría dando cuenta de un mayor riesgo de suicidio entre el colectivo policial.

## EL SUICIDIO ENTRE LA POLICÍA EN ESPAÑA

Con respecto a esta realidad en España, D. Alberto Martín Ruiz, presidente y Fundador de la Asociación Andaluza Preventiva del Suicidio Policial con número de registro 18744/1 de la Consejería de Justicia e Interior de la Junta de Andalucía indica:

Mencionar que cada año, cerca de 3.700 personas se suicidan en España. Una cifra que duplica la de los fallecidos por accidentes de tráfico y que supone la primera causa de muerte no natural en el país. En el caso de los cuerpos policiales, el suicidio es un 62% más elevado que en el conjunto de la población. El colectivo policial resultante de la suma entre Guardia Civil, Policía Nacional, Ertzaintza, Mossos y Policías Locales ronda los 233.000 efectivos.

Por su parte desde la Agrupación Reformista de Policías se ha realizado un “Estudio y Análisis Complementarios al Plan de Prevención de Suicidios en el ámbito del cuerpo de la Policía Nacional” donde se recogen las estadísticas de la incidencia de suicidios en este cuerpo desde el 2000 al 2017 (A.R.P., 2019). Así los datos facilitados desde la División de Personal indican un total acumulado de 152 suicidios registrados, existiendo un ligero incremento de casos en los últimos 3 años pasando de 6 casos en el 2010 y 2011 a 12 casos en el 2017. Con

respecto a la incidencia por edad más de la mitad de los suicidios en este cuerpo se produce antes de los 40 años, siendo especialmente críticas las edades entre los 30 a 35 años donde se concentra un 21,71% del total de casos.

Sobre el medio empleado, en 132 casos se usó arma de fuego lo que supone el 86.8%, catorce por ahorcamiento que supone el 9,2%, tres por ingesta de fármacos, uno por precipitación y uno por arma blanca. En este mismo estudio se presentan los datos de los suicidios en la Guardia Civil informando que en el mismo período, desde el 2000 al 2017 se registraron 229 casos de suicidio, lo que supone un importante incremento con respecto a los casos de Policías Nacionales (ver Tabla VI).

Año	PG	CPN	GC	%P G
2000	1709	12	16	1.64
2001	1658	8	13	1.27
2002	1790	12	23	1.96
2003	1880	8	8	0.85
2004	1912	3	13	0.84
2005	1829	4	20	1.31
2006	1781	6	11	0.95
2007	1801	11	8	1.05
2008	2002	6	18	1.2
2009	1925	8	10	0.94
2010	1839	6	13	1.03
2011	1838	6	7	0.71
2012	2060	9	12	1.02
2013	2233	10	9	0.85
2014	2254	9	12	0.93
2015	2033	11	8	0.93
2016	1978	11	12	1.16
2017	2110	12	16	1.33

Tabla VI. Comparativa del número de suicidios en la población

general (PG) en las edades entre 24 a 59 años facilitados por el Instituto Nacional de Estadística del Gobierno de España, entre los agentes en activo en el Cuerpo de Policía Nacional (CPN) y en la Guardia Civil (GC), además de presentar el porcentaje de la suma de los dos cuerpos en relación con la población general (%PG).

De la tabla anterior destacar que la media de casos acumulados de suicidio entre el 2000 al 2017 de agentes del Cuerpo de la Policía Nacional sumado al de la Guardia Civil representan el 1,11% de todos los suicidios de España (229 casos de 34.632 con edades comprendidas entre los 24 a 59 años); teniendo en cuenta que no se presentan los datos de todos los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, ya que faltarían los relativos a la Ertzaintza, los Mossos o los Policías Locales entre otros, lo que sumado a la información presentada daría una verdadera visión de la problemática al respecto, que sin llegar a la gravedad de lo acontecido en el 2002 en el que sólo con el número de casos de agentes de la Policía Nacional y de la Guardia Civil representaba el 1,96% de los suicidios de la población general, es decir, que fallecían dos agentes por cada cien casos de suicidio en España, lo ideal sería que no se produjese ninguna defunción o al menos que se mantuviese en los niveles más bajos posibles aproximado a las tasas del 2011 de 0,71% de la población general, por último, destacar la tendencia creciente de los últimos años, en que se ha

pasado de 0,85% en 2013 a 1,33% en 2017.

Estos resultados se pueden comparar para determinar la diferencia de tasas de suicidio por cada 100.000 habitantes entre los agentes de la Policía Nacional frente a la tasa de la Población General (ver Tabla VII).

Año	HE	SE	TasG	NP	N.T.	TasP	DTas
2000	40.470.182	3.393	8.34	47.751	12	25,13	3.01
2001	40.665.545	3.189	7.84	45.899	8	17,43	2.22
2002	41.035.271	3.371	8.21	46.144	12	26,01	3.17
2003	41.827.836	3.478	8.32	45.456	8	17,6	2.12
2004	42.547.454	3.507	8.24	46.811	3	6,41	0.78
2005	43.296.335	3.399	7.85	48.733	4	8,21	1.05
2006	44.009.969	3.246	7.38	50.135	6	11,97	1.62
2007	44.784.659	3.263	7.29	51.948	11	21,18	2.91
2008	45.668.938	3.457	7.57	5.5870	6	10,74	1.42
2009	46.239.271	3.429	7.42	60.172	8	13,3	1.79
2010	46.486.621	3.158	6.79	63.809	6	9,40	1.38
2011	46.667.175	3.180	6.81	67.130	6	8,94	1.31
2012	46.818.216	3.539	7.56	68.124	9	13,21	1.75
2013	46.727.890	3.870	8.28	67.555	10	14,8	1.79
2014	46.512.199	3.910	8.41	66.748	9	13,48	1.60
2015	46.449.565	3.602	7.75	65.813	11	16,71	2.16
2016	46.440.099	3.569	7.69	64.580	11	17,03	2.21
2017	46.527.039	3.679	7.91	63.119	12	19,01	2.40

Tabla VII. Comparación de tasas de suicidio por cada 100.000 habitantes de la población general y la Policía Nacional.

H.E.- Habitantes a 1 de enero de cada año según datos del Instituto Nacional de Estadística de España; SE- Casos de suicidio en la población española; TasG - Tasa de suicidios en la población general; NP -Número de agentes de la Policía Nacional; NT – Número total de casos de suicidio entre agentes de la Policía Nacional; TasP - Tasa de suicidios en la Policía Nacional; DTas - Diferencia de tasas de la población general y el de la Policía Nacional.

Los resultados muestran que salvo en el 2004, la tasa de suicidio entre la Policía Nacional ha estado siempre por

encima de los de la población general, llegando a triplicarse en los años 2000 y 2002, con tasas superiores en 3,01 y 3,17 de la población general; produciéndose un incremento en los tres últimos años, por encima del doble de la tasa de la población general, en concreto del 2,16; 2,21 y 2,40 cada 100.000 habitantes.

Un análisis de tendencias comparado nos permite ver que se trata de poblaciones que se comportan de forma muy diferente, no viéndose afectada la Policía Nacional por las circunstancias económicas que afectaron a la Población General (ver Gráfico 1).

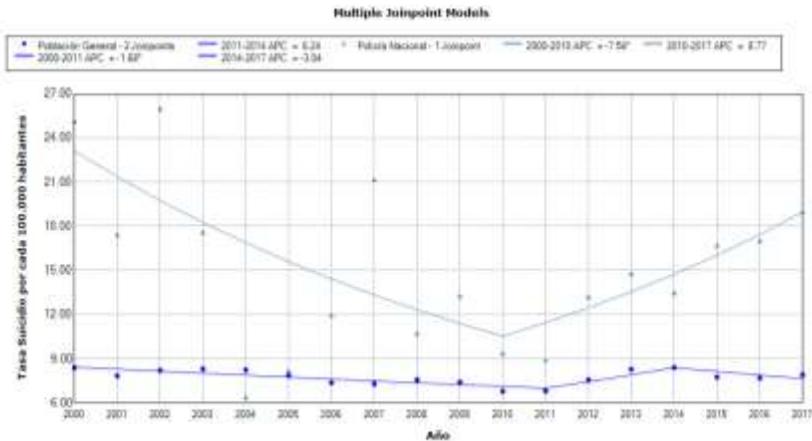


Gráfico 1. Tasa de suicidio de la Población General frente a la Policía Nacional

Como se puede observar en el gráfico, la tasa por cada 100.000 habitantes de suicidios en el caso de la Policía Nacional representada por la línea que queda por encima

sufre un cambio de tendencia en el 2010 en que seguía una tendencia decreciente, a pasar a una pendiente creciente en el número de casos. En cambio, en la población general, con tasas por cada 100.000 habitantes más bajas, existen dos cambios de tendencia, así en el 2011 se incrementa la tasa de suicidio hasta el 2014 donde empieza de nuevo a recaer. A pesar de que en ambos casos parece que los años 2010 y 2011 fueron momentos de cambio hacia un incremento de la tasa de suicidio, en cambio entre la Policía Nacional no se observa la reducción que se da a partir del 2014 en la Población General, fruto de la recuperación económica, por lo que cabría indicar que ambas poblaciones se rigen por variables sociales distintas, de ahí las diferencias en las tendencias halladas.

Sobre si las cifras comentadas sobre la tasa de suicidio entre la Policía Nacional son altas o bajas según lo que cabría esperar, se realiza la comparación frente al cuerpo de policía con mayor índice de suicidio en EEUU, la Guardia Fronteriza (Rohrlich, 2019), la cual tiene una tasa 28% más elevada frente al resto de los cuerpos de policía de dicho país (ver Tabla VIII).

Año	GF	NGF	TasGF	NP	N.T.	TasP	DTas
2007	48.254	6	12,43	51.948	11	21,18	1.70
2008	54.012	7	12,96	5.5870	6	10,74	0.83
2009	58.518	14	23,92	60.172	8	13,3	0.56
2010	58.945	12	20,36	63.809	6	9,40	0.46
2011	60.094	8	13,31	67.130	6	8,94	0.67

2012	60.193	8	13,29	68.124	9	13,21	0.99
2013	59.913	7	11,68	67.555	10	14,8	1.27
2014	59.546	5	8,40	66.748	9	13,48	1.60
2015	59.587	5	8,39	65.813	11	16,71	1.99
2016	59.221	10	16,89	64.580	11	17,03	1.01
2017	59.178	10	16,90	63.119	12	19,01	1.12

Tabla VIII. Comparación de tasas de suicidio por cada 100.000 habitantes de la Guardia de Frontera de EEUU y la Policía Nacional. G.F.- Número de efectivos de la Guardia de Frontera; NGF- Casos de suicidio entre los Guardias de Frontera; TasGF - Tasa de suicidios entre los Guardias de Frontera; NP -Número de agentes de la Policía Nacional; NT – Número total de casos de suicidio entre agentes de la Policía Nacional; TasP - Tasa de suicidios en la Policía Nacional; DTas - Diferencia de tasas de suicidio de la Guardia de Frontera y el de la Policía Nacional.

Los resultados muestran que en seis años la tasa por cada 100.000 habitantes ha sido superior en la Policía Nacional frente a la Guardia de Fronteras de EEUU en concreto en el 2007 con un incremento del 1,70; y desde 2013 al 2017 con incrementos de 1,27; 1,60; 1,99; 1,01 y 1,12 respectivamente; obteniéndose tasas menores en la Policía Nacional frente a la Guardia de Frontera de EEUU entre los años 2008 a 2012.

A destacar que el rango de edad de la Policía Nacional de los que se tienen datos sobre la tasa de suicidio en este colectivo abarca desde los 24 a 65 años, mientras que los datos de la población general presentados abarca toda la vida de los ciudadanos, por lo que para evitar los errores de interpretación que ello pudiese conllevar solicité al Instituto Nacional de Estadística de España los datos de

suicidio únicamente para las edades comprendidas entre los 24 a 59 años, entre los años 2000 a 2017. Aunque el rango de edad de la policía en ejercicio es más amplio, no se tienen datos de los menores de 24 años y a pesar de tener datos de mayores de 59 años se excluye este rango de edad ya que únicamente se ha producido un caso de suicidio de 59 a 65 en la Policía Nacional en los últimos 17 años.

Con lo que manteniendo ese mismo rango de edad de 24 a 65 años se excluyen de la población general los datos de suicidio relativos a la infancia y adolescencia; así como de mayores de 59 años, ello supone un porcentaje máximo de exclusión de casos de 49,63% de los suicidios de la población general en el año 2000; y el mínimo porcentaje de excluidos de 41,77% de casos de suicidio en la población general en el 2010 (ver Tabla IX).

Año	Total	CIn	CEx	%Ex
2000	3.393	1709	1684	49.63
2001	3.189	1658	1531	48.01
2002	3.371	1790	1581	46.90
2003	3.478	1880	1598	45.95
2004	3.507	1912	1595	45.48
2005	3.399	1829	1570	46.19
2006	3.246	1781	1465	45.13
2007	3.263	1801	1462	44.81
2008	3.457	2002	1455	42.09
2009	3.429	1925	1504	43.86
2010	3.158	1839	1319	41.77
2011	3.180	1838	1342	42.20
2012	3.539	2060	1479	41.79
2013	3.870	2233	1637	42.30
2014	3.910	2254	1656	42.35
2015	3.602	2033	1569	43.56

2016	3.569	1978	1591	44.58
2017	3.679	2110	1569	42.65

Tabla IX. Total de casos de suicidio en el rango de edad de los 24 a 59 años de la población general (Total); Casos de suicidios incluidos en el rango de edad (CI); Casos de suicidios excluidos (CEx) y su porcentaje de excluidos (%Ex)

Al seleccionar el mismo rango de edad 24 a 59 años se quedan fuera del análisis casi el 50% de los casos de suicidio entre la población general; a pesar de lo anterior ahora es posible realizar una comparación más ajustada y con ello observar la proporción que representan los casos de suicidio entre la Policía Nacional en la Población General durante los años 2000 a 2017 (ver Tabla X).

Año	PG	CPN	%P G
2000	1709	12	0.70
2001	1658	8	0.48
2002	1790	12	0.67
2003	1880	8	0.43
2004	1912	3	0.16
2005	1829	4	0.22
2006	1781	6	0.34
2007	1801	11	0.61
2008	2002	6	0.30
2009	1925	8	0.42
2010	1839	6	0.33
2011	1838	6	0.33
2012	2060	9	0.44
2013	2233	10	0.45
2014	2254	9	0.40
2015	2033	11	0.54
2016	1978	11	0.56
2017	2110	12	0.57

Tabla X. Proporción de los casos de suicidio de agentes de la Policía Nacional en la población General

## Suicidio Policial: Guía para una Prevención Eficaz

Tal y como se puede observar en la tabla anterior se produjo una mayor proporción de casos de suicidio en la Policía Nacional en la población general en el 2000, 2002 y 2007, que representaban un 0,70%, 0,67 y 0,61% respectivamente, siendo los años en que la proporción fue menor en el 2004 y 2005, con un 0,16% y 0,22% respectivamente.

Igualmente, con estos datos ajustados por el rango de edad se pueden realizar comparaciones entre las tasas de suicidio por cada 100.000 habitantes, para determinar si se produce una mayor o menor incidencia de suicidios frente a la Policía Nacional (ver Tabla XI).

Año	HE	SE	TasG	NP	N.T.	TasP	DTas
2000	20.538.598	1709	8.32	47.751	12	25.13	3.02
2001	20.836.076	1658	7.96	45.899	8	17.43	2.19
2002	21.215.572	1790	8.44	46.144	12	26.01	3.08
2003	21.988.725	1880	8.55	45.456	8	17.60	2.06
2004	22.539.104	1912	8.48	46.811	3	6.41	0.76
2005	23.104.596	1829	7.92	48.733	4	8.21	1.04
2006	23.592.600	1781	7.55	50.135	6	11.97	1.59
2007	24.094.239	1801	7.47	51.948	11	21.18	2.83
2008	24.627.266	2002	8.13	5.5870	6	10.74	1.32
2009	24.888.833	1925	7.73	60.172	8	13.30	1.72
2010	24.957.764	1839	7.37	63.809	6	9.40	1.28
2011	24.987.407	1838	7.36	67.130	6	8.94	1.22
2012	24.976.954	2060	8.25	68.124	9	13.21	1.60
2013	24.780.947	2233	9.01	67.555	10	14.80	1.64
2014	24.495.753	2254	9.20	66.748	9	13.48	1.46
2015	24.311.790	2033	8.36	65.813	11	16.71	2.00
2016	24.162.700	1978	8.19	64.580	11	17.03	2.08
2017	24.060.127	2110	8.77	63.119	12	19.01	2.17

Tabla XI. Comparación de tasas de suicidio por cada 100.000 habitantes entre los 24 a 59 años de la población general y la Policía Nacional. H.E.- Habitantes a 1 de enero de cada año

según datos del INE; SE- Casos de suicidio en la población española; TasG - Tasa de suicidios en la población general; NP - Número de agentes de la Policía Nacional; NT – Número total de casos de suicidio entre agentes de la Policía Nacional; TasP - Tasa de suicidios en la Policía Nacional; DTas - Diferencia de tasas de la población general y el de la Policía Nacional.

A pesar del ajuste en cuanto a excluir del análisis los datos de la población menor a 24 años y mayor a 59 años, lo que supone en algunos casos cerca del 50% de los casos de suicidio a analizar únicamente, a pesar de ello las tasas obtenidas antes y después de dicho ajuste son muy similares, produciéndose las mayores diferencias en el 2017 pasando de 7,91 en la Población General a 8,77 en la Población Ajustada.

Los resultados de las diferencias entre la tasa de suicidio de la población ajustada frente a la de la Policía Nacional no discrepa mucho a lo hallado al analizar frente a la población general, siendo los años de mayores diferencias entre el 2000 al 2002; y el de menor el 2004; observándose igualmente la tendencia de diferencia creciente de los tres últimos años.

Con un nuevo análisis de tendencia se puede observar cómo ambas poblaciones se comportan de la misma forma, y que es en el 2010 en donde se produce en ambos casos un cambio de tendencia en cuanto a la incidencia del suicidio se refiere, aumentando progresivamente aunque a

## Suicidio Policial: Guía para una Prevención Eficaz

velocidades diferentes la tasa de suicidio, aún a pesar de comportarse de forma similar, la tasa de suicidio entre la Policía Nacional está por encima de la tasa ajustada de la población (ver Gráfico 2).

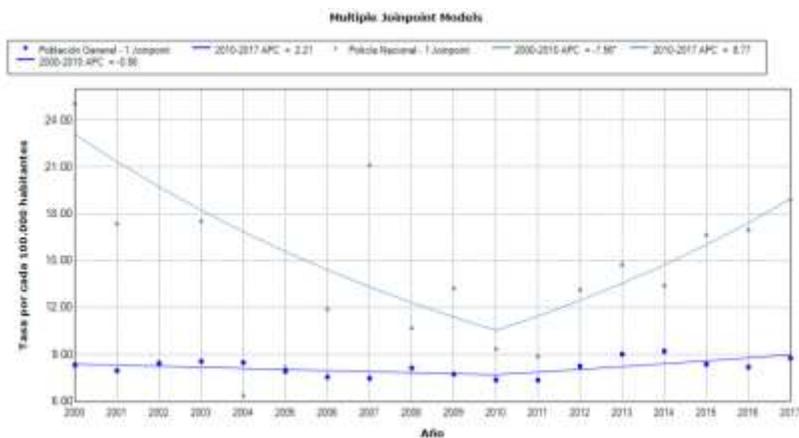


Gráfico 2. Tasa de suicidio de la Población General Ajustada frente a la Policía Nacional

## REFERENCIAS

A.R.P. (2019). *Estudio y análisis complementarios al plan de prevención de suicidios en el ámbito del cuerpo de la policía nacional.*

Berg, A. M., Hem, E., Lau, B., Loeb, M., & Ekeberg, O. (2003). Suicidal ideation and attempts in Norwegian police. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 33*(3), 302–312. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14582840>

BlueHelp.org. (2018). 167 AMERICAN POLICE OFFICERS DIED BY SUICIDE IN 2018 - Blue H.E.L.P. Retrieved August 29, 2019, from <https://bluehelp.org/158-american-police-officers-died-by-suicide-in-2018/>

Cooper, P. N., & Milroy, C. M. (1995). The coroner's system and under-reporting of suicide. *Medicine, Science, and the Law, 35*(4), 319–326. <https://doi.org/10.1177/002580249503500409>

Costa, T., Passos, F., & Queiros, C. (2019). Suicides of Male Portuguese Police Officers--10 years of National Data. *Crisis.*

European Commission. (2010). EUR-Lex - 52010DC0078 - EN - EUR-Lex. Retrieved October 12, 2019, from <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/ALL/?uri=CELEX:52010DC0078>

Europol. (2013). *The Female Factor: Gender balance in*

*law enforcement.* Retrieved from [https://www.europol.europa.eu/sites/default/files/documents/thefemalefactor\\_0.pdf](https://www.europol.europa.eu/sites/default/files/documents/thefemalefactor_0.pdf)

Gomes, D. A. R., de Araújo, R. M. F., & Gomes, M. S. (2018). Incidence of suicide among military police officers in South Brazil: An 11-year retrospective cohort study. *Comprehensive Psychiatry*, *85*, 61–66. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.06.006>

Grassi, C., Del Casale, A., Cucè, P., Kotzalidis, G. D., Pelliccione, A., Marconi, W., ... Pompili, M. (2019). Suicide among Italian police officers from 1995 to 2017. *Rivista Di Psichiatria*, *54*(1), 18–23. <https://doi.org/10.1708/3104.30936>

Kapusta, N. D., Voracek, M., Etzersdorfer, E., Niederkrotenthaler, T., Dervic, K., Plener, P. L., ... Sonneck, G. (2010). Characteristics of police officer suicides in the federal Austrian police corps. *Crisis*, *31*(5), 265–271. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000033>

LaMontagne, T., Milner, A., Papas, A., West, A., Maheen, H., & Witt, K. (2018). Police Suicide: Implications for policy and practice. *Australian Police Journal*, 128–133. Retrieved from <https://apjl.com.au/issues/year/2018>

Le Figaro. (2019a). Deux syndicats de police alertent sur le nombre élevé de suicides dans leurs rangs. Retrieved August 29, 2019, from <http://www.lefigaro.fr/actualite->

france/deux-syndicats-de-police-alertent-sur-le-nombre-eleve-de-suicides-dans-leurs-rangs-20190407

Le Figaro. (2019b). Suicides dans la police: Castaner concrétise un plan de lutte. Retrieved August 29, 2019, from <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/suicides-dans-la-police-castaner-concretise-un-plan-de-lutte-20190412>

Loo, R. (2003). A meta-analysis of police suicide rates: findings and issues. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 33(3), 313–325. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14582841>

Navarrete Betancort, E., Herrera Rodríguez, J., & León Pérez, P. (2019). Los límites de la prevención del suicidio. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 39(135), 193–214. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352019000100011>

O.M.S. (2009). Prevención del suicidio, un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea. *Asociación Internacional Para La Prevención Del Suicidio IASP. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias.*, p. 25.

O.M.S. (2018). Suicidio. Retrieved August 29, 2019, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Rodrigues, R. K. P. (2018). SUBREGISTRO DE SUICIDIOS EN EL 13 DEPARTAMENTO DE POLICÍA–

MINAS GERAIS, BRASIL (2014-2016). *Olhar Criminológico: I Simpósio Brasileiro de Criminologia Forense / Associação Brasileira de Criminologia, 1*, 18–26.

Rohrlich, J. (2019). US border officers die by suicide 30% more often than other cops. Retrieved November 8, 2019, from Quartz website: <https://qz.com/1738901/us-border-officers-die-by-suicide-30-percent-more-often-than-other-cops/>

Schmidtk, A. (1999). SUICIDE AMONG GERMAN FEDERAL AND STATE POLICE OFFICERS. *Psychological Reports, 84*(1), 157. <https://doi.org/10.2466/PR.84.1.157-166>

Tiesman, H. M., Konda, S., Hartley, D., Menéndez, C. C., Ridenour, M., & Hendricks, S. (2015). Suicide in U.S. Workplaces, 2003-2010: A comparison with non-workplace suicides. *American Journal of Preventive Medicine, 48*(6), 674–682. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.12.011>

Tragaki, A., & Lenos, K. (2017). Suicide Rates in Greece: Comparing Mortality Data with Police Reporting Statistics and Investigating Recent Trends. *Finnish Yearbook of Population Research, 51*, 61. <https://doi.org/10.23979/fypr.58961>

## CAPÍTULO 4.- MEDIDAS QUE DEBERÍA DE CONTENER LOS PLANES DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LA POLICÍA

Lo primero que hay que indicar y tal y como reitera la OMS, es que el suicidio se puede evitar (O.M.S., 2009), es decir se pueden implementar acciones concretas conducentes a detener la ideación o los intentos suicidas. El problema en muchos casos, tal y como se ha comentado es que no existe una suficiente toma de conciencia por parte de los países sobre esta realidad, donde dos de cada tres no tiene identificado el suicidio en sus estadísticas, por lo que es imposible conocer la realidad en esos países, y por tanto no figura en ninguna estadística (O.M.S., 2018).

En la medida en que un país registra los casos de suicidio y toma conciencia de la dimensión del problema de salud pública que implica, puede adoptar planes de prevención, aspecto que queda evidenciado por el informe de la OMS donde destaca, por ejemplo que en Europa únicamente 13 países han adoptado una estrategia o plan nacional (O.M.S., 2014).

Respecto a la ideación suicida, esta puede llegar a consumarse mediante los intentos suicidas, de los cuales escasamente hay estadísticas más allá de estimaciones, tal y como calcula la propia OMS (O.M.S., 2009), desde donde

se indica que hay entre 10 a 20 intentos por cada suicidio consumado; es decir, si se mantienen estas estimaciones entre la policía, existen 20 “avisos” de que un agente necesita atención de un especialista que pasa totalmente desapercibido para el resto de sus compañeros y superiores que no ven las “señales”, y por tanto no inician ningún protocolo.

Sabiendo que cada uno de estos intentos es una “oportunidad” de intervención para evitar que se repita, y con ello prevenir su consecuencia más grave, el fallecimiento; pero no sólo basta con estar concienciado sobre esta problemática, sino que además hay que estar preparado, ya que en muchos casos existen “señales” que pueden hacer pensar que el agente puede estar pasando un “mal momento” y que eso puede conducirle a una situación “extrema”. Es en estos casos en donde la prevención adquiere su valor, si la persona que requiere ayuda sabe dónde acudir, o los de su alrededor son capaces de detectar las “señales” es posible evitar futuros intentos de suicidio o la consumación del mismo (O.M.S., 2009). Según indica D<sup>a</sup> Laura Tormo quien es psicóloga especializada en la temática de Suicidio y Medios de Comunicación:

Si una persona sospecha que alguien de su entorno está pensando en el suicidio, lo primero que tiene que hacer es no quedarse con la duda y preguntar, aunque le dé reparo.

No es perjudicial. Da igual si se pregunta directamente por los pensamientos suicidas o si se da un rodeo. Eso sí, mejor no formular la pregunta con una negación del tipo “¿no estarás pensando en el suicidio?” para no inducir a dar una respuesta negativa.

Si las sospechas se confirman, hay que seguir conversando con la persona calmadamente, para que pueda desahogarse y valorar su situación antes de tomar alguna medida, intentando no juzgar ni dar falsas esperanzas del estilo “seguro que se soluciona”.

Si la persona no solo piensa en el suicidio, sino que tiene un plan y está buscando los medios, si amenaza con hacerlo o si se cree que el peligro es inminente, hay que avisar al 112 o acompañarlo a urgencias y no dejarle a solas en ningún momento. Si el riesgo no es tan alto, pueden tomarse medidas para limitar el acceso a medios potencialmente lesivos, como pastillas o cuerdas, e instarle a que acuda a un especialista.

Aunque una de las barreras más importantes en cuanto a la prevención se refiere es que escasamente se habla de ello, existiendo cierto nivel de ocultamiento e incluso tabú para tratar el tema del suicidio tal y como recuerda D<sup>a</sup> Laura Tormo:

El suicidio es un problema que puede ser prevenido no solamente por psicólogos o médicos sino también por

docentes, periodistas, sacerdotes y profesionales que no tienen mucho que ver con la salud mental. Algunos de ellos desconocen el potencial de sus trabajos en este asunto; otros sí son conscientes de ello, pero están un poco perdidos. Algo parecido pasa fuera del ámbito laboral. ¿Y si a nuestro alrededor hubiese alguien con intención de poner fin a sus días? No todo el mundo sabe cómo actuar en estos casos. Además de para tomar conciencia e informarse, es necesario tratar este tema abiertamente para combatir el estigma asociado al suicidio y favorecer que las personas con pensamientos suicidas se expresen sin temor a ser juzgadas. Lo que no se habla, permanece oculto y corre el riesgo de no ser detectado.

Los planes de prevención por su parte tratan de reducir las tasas de suicidio con la implementación de distintas políticas utilizando para ello el mayor número de recursos disponibles, ya sea poniendo a disposición del cuerpo a profesionales de la salud mental, o formando a los propios agentes para que sepan detectar las “señales” e iniciar protocolos de intervención adecuados.

A pesar de que pueda parecer un encomiable objetivo alejado de la “realidad”, precisamente es en esta premisa, en la detección temprana entre compañeros y por parte de los superiores, es en donde se ha centrado uno de los planes de prevención más exitosos entre los cuerpos de la policía,

en este caso en Montreal (Canadá), cuyo programa es elogiado y recomendado por la propia OMS debido al alto nivel de éxito, que se calcula con una reducción del 79% de casos de suicidio entre sus agentes (O.M.S., 2014).

Según establece la OMS (O.M.S., 2018) el suicidio se puede prevenir, aunque para ello propone adoptar seis medidas encaminadas a la población en general para reducir el número de casos:

a) Restricción del acceso a los medios de suicidio (por ejemplo, plaguicidas, armas de fuego y ciertos medicamentos).

b) Información responsable por parte de los medios de comunicación.

c) Introducción de políticas orientadas a reducir el consumo nocivo de alcohol.

d) Identificación temprana, tratamiento y atención de personas con problemas de salud mental y abuso de sustancias, dolores crónicos y trastorno emocional agudo.

e) Capacitación de personal sanitario no especializado, en la evaluación y gestión de conductas suicidas.

f) Seguimiento de la atención dispensada a personas que intentaron suicidarse y prestación de apoyo comunitario.

Dependiendo de qué país se hable se han implementado o no alguna de estas medidas, por ejemplo

en Francia donde en el 2018 se obtuvieron tasas de suicidio entre la policía un 36% por encima de la tasa de la población general, así y según información del canal de noticias alemán DW (DW, 2018), en sólo ese año los suicidios entre agentes ascendieron a 50 policías. Para paliar esta alarmante situación desde el gobierno de Francia, en mayo del 2018 se ha aprobado un programa a nivel nacional denominado Programme de Mobilisation contre les Suicides dans la Pólice (Ministère de l'Intérieur (France), 2018), donde las iniciativas propuestas desde el Ministerio del Interior del gobierno francés han sido las siguientes:

1) Dar una mejor respuesta a los casos urgentes, para ello:

a) identificar a los agentes que atraviesan una crisis suicida.

b) asegurar un intercambio de información efectivo entre las redes de apoyo, incluyendo la medicina preventiva y la medicina legal.

c) realizar un seguimiento y guía a las personas en situaciones de emergencia.

d) apoyar de manera efectiva a los agentes que han tenido intentos de suicidio.

2) Prevenir situaciones de fragilidad, para lo cual se ha de:

a) objetivar el análisis de suicidios, pero también los intentos de suicidio.

b) evaluar mejor los riesgos en el proceso de reclutamiento.

c) fortalecer el papel de los Comités de Seguridad e Higiene en el Trabajo y las redes de apoyo del personal.

d) acompañar a los agentes que presentan dificultades personales a largo plazo, creando un único punto de contacto para ellos.

3) Actuar sobre el colectivo en el trabajo:

a) desarrollar momentos de convivencia y compartir

b) facilitar el diálogo

c) organizar la gestión local

d) promover la cohesión.

Además, desde la Dirección general de la Policía Nacional francesa se ha creado un grupo de trabajo para evaluar el tema del retiro de las armas de fuego del personal que experimenta dificultades como medida preventiva. Por su parte desde una comisión de investigación cuyo informe denominado *Vaincre le malaise des forces de sécurité intérieure: une exigence républicaine* (Boutant & Grosdidier, 2018), ha sido presentado en junio del 2018 al Senado de Francia donde se han realizado 32 propuestas para acometer esta problemática (Ver Anexo 1). Pudiendo ser considerado como un plan ambicioso que va

encaminado a mejorar las condiciones laborales de los cuerpos y fuerzas de seguridad abordando distintas temáticas desde la vivienda, traslados, formación, equipamiento... El problema de estos planes es que, si bien consiguen reducir momentáneamente las tasas de suicidio, no se conoce cuál de todas las medidas ha sido la que ha dado resultado, o si ha sido la combinación de varias de ellas. Políticas que son tan dispares que es difícil de comparar incluso en cuanto a eficacia se refiere al analizar el panorama internacional tal y como comenta D. Alberto Martín Ruiz:

Lamentablemente nuestros encuentros e informaciones nos dejan un bagaje preocupante respecto a la prevención en materia de Salud Mental en el ámbito Policial.

Para que se hagan una idea recientemente nuestra Asociación ha recibido tres invitaciones de Argentina, Portugal y Francia para colaborar en un estudio de planificación y desarrollo, ya que no dan con la metodología de prevención deseada.

Como conclusión base en todas las reuniones y encuentros esto serían unos ítems para tener en cuenta: Factores como la organización del trabajo, clima laboral, liderazgo, percepción sobre el trabajo, exigencias emocionales, estado de salud asociado al trabajo,

conciliación de la vida, familiar y social, el trabajo a turnos y nocturno, son variables propias de la profesión policial que causan graves trastornos psicosociológicos.

Es decir, y tal como se ha evidenciado, no sólo existe una escasa regulación, sino que en algunas comunidades son la propia sociedad mediante sus asociaciones la que trata de dar respuesta a una demanda importante como es el suicidio dentro de los cuerpos y fuerzas de seguridad.

Por su parte, con una tasa de 13 suicidios por día, desde el gobierno de Inglaterra se ha aprobado el Cross-Government Suicide Prevention Workplan (HM Government, 2019), creando distintas comisiones de investigación como la dedicada a la prevención del suicidio entre la policía denominado National Suicide Prevention Strategy Delivery Group (NSPSDG) de cuya resolución se espera implementar un ambicioso plan para el 2020 denominado Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio que se coordinará con planes de actuación en 150 localidades. A pesar de los ejemplos presentados, la propia OMS informa que únicamente 38 países tienen algún tipo de política de prevención del suicidio, esto es uno de cada cinco países en el mundo (O.M.S., 2018).

El gobierno local de Victoria (Australia) ha implementado en el 2017 un plan de prevención del suicidio entre los agentes de policía. Victoria Police Mental Health

Action Plan (Victoria Police (Australia), 2017) basado en prevención de la ideación suicida promoviendo la información y formación sobre la salud mental, además de intervenir a nivel organizativo capacitando a los responsables del cuerpo en liderazgo (ver Anexo 2).

Por su parte en EEUU y dado el alto índice de suicidio entre sus agentes, que en el 2018 ascendió a 167 agentes a nivel nacional, en agosto del 2019 desde el gobierno local de New Jersey se ha implementado su primer plan de prevención del suicidio denominado New Jersey Resilience Program for Law Enforcement (“New Jersey program to prevent police officer suicide first in U.S.,” 2019) centrado en el entrenamiento en la resiliencia, en el cual se introduce dos días de formación específica sobre el suicidio para todos los agentes donde se incluyen lecturas y ejercicios prácticos al respecto, con lo que aprender a detectar la sintomatología asociada al estrés y cómo actuar en caso de verlo en sí mismo o en otro agente, es decir este plan se orienta a la detección y reducción del estrés, con lo que evitar las consecuencias físicas y psicológicas y con ello disminuir las tasas de suicidio entre sus agentes (ver Anexo 3).

Con respecto a la resiliencia hay que indicar que se ha convertido en un concepto clave en los últimos años en la psicología como modo de afrontamiento de la vida. Si bien

el concepto de resiliencia surgió del testimonio de los supervivientes de los casos más extremos a los que se puede someter a una persona, tal y como fueron los supervivientes de los campos de concentración nazi en la Segunda Guerra Mundial. En donde se analizó, por qué unos habían sobrevivido y otros no, y de los supervivientes, por qué unos conseguían "rehacer su vida" y otros estaban sumidos en la desesperación; y eso que ambos habían vivido los mismos horrores de la guerra.

De este análisis y de testimonios como el de Viktor Frankl, quien desarrolló la logoterapia como método de afrontamiento de estas situaciones; es de donde surgió esta especie de "fórmula" para sobreponerse a cualquier adversidad en la vida; algo que parece estar ligado con el carácter de la persona, pero también con su forma de pensar y de ver la vida.

Actualmente este concepto se emplea en terapia, no sólo para atender a las personas que han sobrevivido a situaciones extremas, si no para ayudar a las personas a superar las dificultades diarias de la vida, encaminadas a reforzar esa resiliencia que todos tenemos dentro, pero ¿cuál es el papel de la familia en la resiliencia?

Esto es lo que se trata de averiguar en la Escuela universitaria Duke-NUS, la Universidad tecnológica de Nanyang, y el Instituto de Salud Mental (Singapur)

(Chang, Neo, & Fung, 2015). Para ello buscaron una situación extrema donde analizarlo y lo encontraron en el personal sanitario encargado de atender a los pacientes más contagiosos, y cuya enfermedad por su virulencia ponían en peligro la vida de cualquiera que estuviese próximo y sin la protección adecuada. Tal fue el caso de las enfermeras que trabajan en la atención sanitaria en los casos de epidemia, es por ello por lo que el estudio se realizó con 30 enfermeras y sus familiares. Se realizaron dos estudios, en el primero participaron treinta enfermeras con una media de 10 años de servicio, y edades comprendidas entre los 30 a 56 años. Se les pasó una entrevista semiestructurada para comprobar su nivel de estrés y su experiencia al trabajar con el síndrome respiratorio agudo grave (SARS). Las respuestas fueron categorizadas en función de los términos más empleados por las enfermeras, las cuales intentaban definir su forma de pensar.

En el segundo estudio participaron 111 enfermeras y 78 de sus familiares. A todos ellos se les administraron tres pruebas, una escala de resiliencia familiar, una de resiliencia personal, y una tercera sobre su propio estado de la salud percibida. Los resultados muestran en el experimento primero, que estas enfermeras se definían por un espíritu de sacrificio para con su familia, con una buena capacidad de gestión emocional, y unas fuertes

convicciones religiosas; factores todos ellos incluidos en la resiliencia.

Con respecto al segundo estudio, se analizaron los resultados obtenidos, con lo que se pudo extraer factores que estaban implicados en la resiliencia a nivel familiar, el valor de la solidaridad en la familia, la capacidad de regulación emocional, las habilidades de manejo de la situación, y las creencias religiosas. Comparando estos resultados con los anteriores, se puede concluir que la resiliencia individual puede ser predicha en función de la resiliencia familiar, es decir, la persona es capaz de superar hasta las más duras dificultades, si así se lo han enseñado en el ámbito familiar desde pequeño.

La aportación del estudio es que incide en que la resiliencia se aprende en el ámbito familiar, no es que esta te prepare para "lo peor", pero sí que en este ámbito se desarrollan las habilidades necesarias para afrontar las dificultades de la vida. Una educación en donde se desarrolle la inteligencia emocional, se refuerce la autoestima, e incluso se cultiven valores espirituales, parecen estar en la base de un futuro adulto preparado para superar hasta las situaciones más difíciles que se pueden ir presentando en la vida. Pero sin llegar a los extremos, estos pequeños, que crecen en una familia resiliente, van a estar mejor preparados para superar la

frustración del fracaso, viéndolo como una oportunidad de aprender y crecer, y con ello facilitándole el camino hacia el éxito en aquello que se proponga. De ahí la importancia de que los padres, primero aprendan qué es la resiliencia y cómo se cultiva, para luego poderlo expresar y compartir con sus hijos, para facilitarles de esa forma un mejor futuro para ello.

Pero si de recursos psicológicos se habla hay que destacar los beneficios de intervenir desde la psicología positiva, a veces el término positivo se suele confundir con el de optimista, aunque el primero hace referencia a un tipo de pensamiento y el segundo a una característica de la personalidad. Los pensamientos positivos son aquellos que nos hacen apreciar lo que tenemos alrededor, pensar que todo va a salir bien y que el esfuerzo se verá recompensado. Igualmente, el pensamiento positivo permite creer que los demás van a ser congruentes y justos en sus valoraciones. Estos pensamientos se contraponen a los negativos, donde todo es injusto, feo, inadecuado; primando sentimientos de envidia, autocrítica y falta de valoración de uno mismo. Un tipo de pensamiento u otro van a jugar un papel fundamental en cómo nos perciben los otros y reaccionan al respecto. Así, a las personas positivas se las suele tener en estima, mientras que a las negativas se las suele ir "marginando" y dejando de lado, pero ¿los pensamientos

positivos previenen las enfermedades?

Esto es lo que ha tratado de responderse con una investigación desde el Departamento de Educación Especial, Universidad de Tesalia (Grecia) (Karampas, Michael, & Stalikas, 2016). En el estudio participaron 395 cadetes de la academia del ejército griego, con edades comprendidas entre los 18 a 22 años, de los cuales 123 eran mujeres. Todos ellos rellenaron un cuestionario estandarizado para evaluar la resiliencia denominado Connors-Davidson Resilience Scale (Connor & Davidson, 2003); otro para evaluar los pensamientos positivos a través del Positive and Negative Affect Scale (Watson, Clark, & Tellegen, 1988); y la salud general a través del The General Health Questionnaire-28 (Goldberg & Hillier, 1979). Los resultados informan de una correlación significativa entre los pensamientos positivos y la resiliencia. Esto, a mayores pensamientos positivos, la persona se siente más capaz de superar cualquier dificultad en la vida. Igualmente se obtuvieron correlaciones significativas entre los pensamientos positivos y la salud general del participante, esto es, las personas positivas estaban más sanas que las que tenían pensamientos negativos.

Hay que tener en cuenta que el estudio se ha realizado con una población muy específica, cadetes militares, los

cuales están sometidos a un nivel de exigencia y estrés muy superior al del resto de la población. Igualmente, los datos obtenidos se refieren únicamente a sus respuestas a cuestionarios, no contemplando otro tipo de recogida de datos como el observacional, el historial clínico, red social de contactos,... A pesar de las limitaciones comentadas, parecen claros los beneficios de los pensamientos positivos. Falta analizar si estos beneficios se mantienen en el tiempo, es decir, si los pensamientos positivos se comportan como un factor de prevención de enfermedades futuras.

En el caso de España todavía no existe un plan de prevención a nivel nacional, dejando su regulación a las comunidades autónomas, de las que no en todas se ha desarrollado, y en el caso de hacerlo, escasamente se ha atendido a las características específicas de los cuerpos y fuerzas de seguridad, tal y como lo indica D. Alberto Martín Ruiz con relación a si existe una política nacional al respecto «No, la reclamación Real es que se implemente un plan de prevención del suicidio policial. Desde el Ministerio del Interior subrayan su preocupación por esta lacra y aseguran que están trabajando en ello, pero en noviembre de 2018 ya manifestaron que ultimaban un mecanismo que, hoy por hoy, continúa sin implementarse».

Dada la peculiaridad del sistema de competencias de España, las comunidades autónomas pueden legislar en

materia de salud, donde se podrían enmarcar las políticas de prevención en suicidios ofreciendo una protección diferente en función del desarrollo legislativo de cada comunidad, al respecto D. Alberto Martín Ruiz indica:

De los encuentros mantenidos hasta la fecha por la AAPSP, basándonos en la metodología y resultados, Madrid y País Vasco son las dos autonomías que más invierten en prevención y planificación. Desgraciadamente el asociacionismo, las plataformas y sindicatos policiales son los que realizan la labor que debiera asumir la Junta de Andalucía en materia de prevención y formación policial.

Si bien cuando hablamos de planes de prevención estos suelen estar encaminadas a la población general, en ocasiones reservando un apartado orientando a los cuerpos y fuerzas de seguridad, en atención a sus especiales características, esto no se contempla en todos los casos. Así D. Rafael Sotoca, Director General de Asistencia Sanitaria en la Consellería de Sanitat Universal y Salut Publica Valenciana desde Julio de 2015 a junio de 2018 y responsable del Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida 2016-2020 de la Comunidad Valenciana, indica sobre si en dicho plan se contemplan medidas orientadas a los cuerpos y fuerzas de seguridad (FFYCCSS):

No de forma específica. Las FFYCCSS son mayoritariamente población asegurada a través de entidades estatales con escasa coordinación con los servicios de salud de la CCAA. Esto lejos de ser una ventaja los mantiene alejados de la normalización de las mejoras asistenciales de las que disfrutaban el resto de los ciudadanos. Al margen del plan, la tasa de suicidios en personas con acceso directo a armas es alto y las medidas a tomar, claras.

En primer lugar, las estructuras responsables del cuidado de estos grupos deben analizar, cuantificar y estudiar el problema con profundidad y rigor. Estudiar causas, riesgos y variables que permitan mejorar los resultados de la intervención que surja de este análisis. La mejora en el registro de casos e intentos, incluido el registro de situaciones predisponentes y desencadenantes como problemas de salud mental y/o adicciones o condiciones laborales y de manejo de estrés.

En segundo lugar, proponer y poner en marcha medidas de prevención de estas conductas. Las medidas tienen que estar relacionadas con el manejo y control de las causas que aumentan el riesgo (mejora de las condiciones laborales, manejo adecuado de los problemas de salud mental...) como el ofrecer a las personas que lo sufren apoyo social, laboral y personal para la gestión de estas

causas.

Junto al manejo preventivo, hay que poner en marcha acciones de mejora de la atención de las personas que realizan tentativas, así como de sus familias y entornos personales y profesionales que van desde el seguimiento y control exhaustivo para evitar reincidencias como el apoyo al duelo de familiares en caso de suicidios consumados.

Sin duda el manejo de la prevención y la atención de la conducta suicida en las personas que forman los CCYFFSS, es de especial complejidad y no se pueden obviar elementos culturales de estigma incluso mayores al de la población general, de acceso a medios como las armas a la hora de poner en marcha acciones de mejora. Pero esas mismas características hacen que la realidad de alta tasa de suicidios y tentativas deba ser una prioridad en la gestión para sus responsables.

Quiero insistir que es precisamente esa complejidad la que obliga a que las medidas trasciendan las propuestas asistenciales simples o mecanismos de mejora asistencial como podría ser el aumento de profesionales para el manejo o la velocidad de la atención, las medidas de base, de cambio cultural en la organización, de prevención y de mejora de la capacidad individual para la gestión son las que verdaderamente cambiarán el perfil epidemiológico del grupo respecto al suicidio.

Del hecho de que a nivel nacional no exista un plan orientado a los cuerpos y fuerzas de seguridad es de donde surgen iniciativas como las planteadas desde la Agrupación Reformista de Policías en su Propuesta de Plan de Prevención de Suicidios en el ámbito del Cuerpo de la Policía Nacional (A.R.P., 2018), en donde en el apartado séptimo se recogen tres tipos de medidas preventivas, asistenciales y formativas (ver Anexo 4).

A destacar en esta propuesta como innovación en cuanto a otros planes de prevención del suicidio es el “Registro exhaustivo de suicidios y tentativas de suicidio policiales, así como de antecedentes familiares, pareja, amigos y compañeros de trabajo”; y la “Institucionalización de la autopsia psicológica, para tratar de averiguar las causas y poder evitarlas si se diera un caso similar”.

- La primera de ella en cuanto a contemplar un registro de intentos de suicidio y no sólo del acto suicida, lo que facilitaría detectar aquellos agentes que requieren de una mayor atención, debido a que desde la OMS se informa de una mayor probabilidad de que se cometa un intento suicida en los dos años siguientes a haberlo intentado con anterioridad.

- La segunda medida en el sentido de tratar de averiguar la casuística “desencadenante” del acto suicida de los agentes, para con ello “comprender” mejor el

fenómeno y poder intervenir de manera preventiva en aquellas situaciones “parecidas” en cuanto a la problemática que conlleva.

Es escasa la información que se tiene sobre programas a nivel nacional específicos para afrontar esta problemática, en este apartado quiero destacar el trabajo que desde el gobierno de Colombia se está realizando mediante un ambicioso programa dedicado específicamente a la Policía Nacional que abarca todos y cada uno de los puntos que debe de contener un programa de esta envergadura (ver Anexo 5), sobre ello el coronel D. Luis Humberto Barrera comenta:

El Plan de Prevención del Suicidio de la Policía Nacional de Colombia, es específico para dar cobertura a toda la población usuaria del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, no obstante, focaliza sus acciones en el personal policial uniformado activo, dado el nivel de riesgo inherente a la labor policial y las condiciones que laboran en el quehacer cotidiano (actividades rutinarias y no rutinarias), que demanda en ellos la inmediata toma de decisiones, resolución de conflictos y manejo de crisis en sus roles de agentes de cambio social y seres humanos.

La Dirección de Sanidad, en atención a los devastadores efectos individuales, familiares y sociales de la conducta suicida, durante los años 2005 y 2006. realizó

dos estudios para analizar este fenómeno en la comunidad policial, obteniendo como resultado que en el 54% de los casos analizados se emitieron señales de aviso pre-suicida, que no fueron reconocidas por sus familiares, amigos y/o comandantes, lo cual deriva en una línea de acción de importancia para acometer su prevención en la Institución.

Las iniciativas para la prevención del suicidio en la Policía Nacional de Colombia priorizan el identificar las señales presuicidas del personal policial, para hacer la intervención oportuna de los casos identificados, de tal manera que se contribuya a disminuir la incidencia del suicidio en la Institución y, por consiguiente, las consecuencias negativas ya mencionadas. Estas iniciativas, incluyen estrategias de coordinación, para posibilitar que las diferentes dependencias institucionales, trabajen conjuntamente en la prevención, manejo, intervención y acompañamiento del personal con ideación suicida o tentativa de suicidio, así como de sus familias.

A continuación se describen cómo aplicar cada una de las medidas propuestas por la OMS (O.M.S., 2018), que debería incluir un plan de prevención del suicidio policial.

MEDIDA 1. RESTRICCIÓN DEL ACCESO A LOS MEDIOS DE SUICIDIO (POR EJEMPLO, PLAGUICIDAS, ARMAS DE FUEGO Y CIERTOS MEDICAMENTOS)

Parece lógico pensar que aquellas personas que por su profesión tienen facilidad en el acceso a las armas de fuego van a tener mayores posibilidades de usar estas para atentar contra la propia vida, de ahí que la recomendación de la OMS (O.M.S., 2009) vaya en la línea de limitar la posibilidad del acto suicida al restringir el medio empleado, abogando por limitar que las personas tengan en su casa armas de fuego. Al respecto hay que indicar que algunos gobiernos e instituciones públicas, tratan de detener la aparición de conductas suicidas en la población general mediante la implementación de políticas preventivas como el control de armas, basado en que únicamente aquellas personas que superan la "idoneidad psicológica", pueden ser los que porten y usen las armas. De forma que aquella que no resulte adecuada por algún motivo, se le impide el acceso a las mismas, como medida preventiva para evitar la violencia contra los demás o contra uno mismo, pero ¿son efectivas las políticas contra el suicidio mediante el control de armas?

Esto es lo que se ha tratado de averiguar mediante una investigación realizada desde la International Coalition for Women in Shooting and Hunting (Baker & McPhedran,

2015), donde se han analizado los datos de suicidio con armas de fuego en comparación con el resto de los suicidios. El análisis se ha realizado con datos desde 1979 a 2012, usando para ello el modelo matemático AutoRegressive Integrated Moving Average (ARIMA), que permite comparar los resultados esperables con los reales, para observar si existen discrepancias o no. Teniendo en cuenta que en 1996 se realizó el mayor cambio legislativo de la historia de Australia, con el National Firearms Agreement (NFA) que prohibía la tenencia y uso de explosivos y armas semiautomáticas sin licencia.

Los datos informan, que, a pesar de la progresiva reducción de casos de suicidio con armas de fuego, este no es lo suficientemente significativo, con respecto a lo que se esperaba con la implantación de la N.F.A., no mostrando cambios significativos en cuanto al número de casos de suicidio, entre los que no usan armas de fuego. Aunque los resultados parecen claros en cuanto a la limitación de la eficacia de las políticas del gobierno a la hora de controlar el uso de armas, falta en el diseño un análisis comparativo con los de otros países que no hayan incorporado estas políticas, con lo que poder concluir si realmente fueron efectivas o no.

Hay que tener en cuenta que la incidencia de los suicidios debido a armas de fuego en el 2012 en Australia

fue de 1 caso cada 100.000 habitantes lo que está muy por debajo de la de otras causas de suicidio que fue de 8 casos cada 100.000 habitantes en ese mismo año, por lo que intervenir únicamente en este aspecto no va a ser suficiente para combatir las conductas de suicidio entre esta población. Igualmente, el suicidio no siempre tiene que ser algo premeditado, si no que puede ser "explosivo", por lo que la eficacia de políticas preventivas puede tener un efecto más limitado para las personas que no planean, ni buscan "el medio" para hacerlo, sino que simplemente lo hacen.

Tal y como los autores del estudio indican, existen otros muchos factores sociales que parecen estar implicados en la limitación de los efectos de las políticas públicas a la hora de controlar el uso de las armas. Lo que hace necesario replantearse, no tanto la eficacia de estas medidas legislativas, como la necesidad de incorporar además otras de tipo social, como la reeducación con respecto a la violencia, el control del estrés o la tolerancia a la frustración entre los ciudadanos. Sobre los cuerpos y fuerzas de seguridad, recuperando los datos del análisis de casos de suicidio en la policía italiana entre 1995 a 2017 (Grassi et al., 2019), se destaca que en el 87% de los casos se cometió por arma de fuego, de los cuales únicamente el 5% fue con un arma de uso privado.

En el caso de la investigación presentada con respecto a la Policía de Segurança Pública (PSP) de Portugal durante el período del 2005 al 2014 (Costa, Passos, & Queiros, 2019), en donde se contabilizaron 39 casos de suicidio entre los agentes, de los cuales 30 había sido con armas de fuego, es decir el 76,92% de los casos. En Alemania se estimó que entre el 66 al 71% de los atentados contra la propia vida de la Policía Federal fue con arma de fuego (Schmidtk, 1999); en Austria el 77% de los casos de suicidio entre los agentes de la Policía Federal fue con arma de fuego (Kapusta et al., 2010); por su parte en la Policía Nacional de Francia se emplea el arma de servicio en el 58% de los casos (Le Figaro, 2019b).

En España los datos de la División de Personal de la Policía Nacional presentados por la Agrupación Reformista de Policías en su Estudio y Análisis Complementarios al Plan de Prevención de Suicidios en el ámbito del cuerpo de la Policía Nacional (A.R.P., 2019), informan con respecto al medio empleado, que de los 152 casos registrados entre el 2000 al 2017, en 132 se empleó arma de fuego lo que supone el 86,8%, catorce por ahorcamiento que supone el 9,2%, tres por ingesta de fármacos, uno por precipitación y uno por arma blanca.

Por su parte D. Alberto Martín Ruiz informa sobre los principales factores asociados al acto suicida entre los

agentes de policía en España: «Al estrés y las situaciones de riesgo que viven los agentes a diario se suma la tenencia de armas de fuego, que han utilizado para ello el 71% de los que se han quitado la vida».

Por tanto, desde distintas fuentes se está informando de que la principal causa de muerte entre los policías mediante el acto suicida se produce con armas de fuego, siendo esta en su mayoría su propia arma reglamentaria. Hay que indicar que para tener licencia de manejo de estas armas de fuego los agentes han de completar su etapa formativa tal y como señala D. Alberto Martín Ruiz:

Mencionar que la condición inherente al cargo policial, una vez superados los tres procesos que son proceso selectivo; periodo académico policial y año de prácticas.

Una vez superados todos los ítems establecidos por las Instituciones Públicas para ostentar el rango de agente de la autoridad, trae consigo la licencia tipo A, asociada a los cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.

Es decir, todos los agentes, una vez completada su formación van a estar cualificados para el manejo y uso de armas de fuego, pudiendo incluso disponer de armas de fuego particulares tal y como comenta D. Alberto Martín Ruiz: «Los policías por ley, tiene dependiendo de la escala a cuál representen, armas particulares para poder adquirir sin necesidad de tener que portar la de servicio. Estas se

solicitan por peligrosidad del puesto, amenazas recibidas y prevención por la función tan compleja que se desarrolla».

Por tanto, estamos ante un colectivo que a diario maneja armas de fuego y además también pueden poseerlas de forma privada, no limitando su tenencia a la jornada de trabajo según aclara D. Alberto Martín Ruiz: «El Funcionario Policial en el ejercicio de sus funciones, que la ley de Policía determina, debe aun habiendo terminado la jornada laboral, seguir siendo policía 24 horas, 365 días al año, y en muchos casos influyendo el factor de la movilidad geográfica se porta el arma de servicio. Así como que la posibilidad de portar un arma particular, dependiendo de factores y amenazas».

Con lo que el agente de policía en cumplimiento de sus funciones tiene acceso a un arma de fuego en cualquier momento ya sea la reglamentaria para su puesto o de forma privada, a pesar de lo cual D. Alberto Martín Ruiz señala: «El 99 por ciento de los suicidios se produce fuera de la jornada laboral».

Es decir, el agente aun teniendo la misma disponibilidad de armas de fuego durante su jornada laboral o fuera de esta, elige cometer el acto suicida alejado de su ámbito de trabajo. En el caso de Francia, el porcentaje de suicidios que se produce en el puesto de trabajo asciende al 16%, produciéndose la mayoría (62%) en su domicilio (Le

Figaro, 2019a). Por lo anterior no sería factible el control de las armas de fuego como medida preventiva de su uso como medio para acometer el suicidio, aunque sí cabría pensar llevar a cabo una limitación temporal en atención a circunstancias personales como en el caso de problemas relacionados con la salud mental, tal y como señala D. Alberto Martín Ruiz: «Hoy en día casi todos los protocolos internos de salud mental de los diferentes cuerpos policiales traen consigo el ítem de retirada inmediata de armas. Por lo que podemos afirmar que mediante la prevención de la salud y formación podemos evitar llegar a extremos indeseados».

Ahondando en esta idea de la prevención D. Alberto Martín Ruiz aboga por:

Lo realmente deseado es que una vez alcanzado la condición de funcionario público cada administración debiera de contar con un protocolo de administración y prevención tanto de los reciclajes con armas oficiales como un control de salud pública. Ambos a nuestro juicio debieran aumentarse por personal cualificado, siendo este una mezcla de personas externo e interno.

Además, las medidas deberían de ir encaminadas en cuanto a la formación y reciclaje de los agentes se refiere tal como señala D. Alberto Martín Ruiz más que abogar por la restricción del uso de armas por parte de los agentes:

Actualmente sería una complicación ya que quien maneja un arma son las personas y no las propias herramientas. Es algo educativo y preventivo, no de prohibición o regulación. Ciertamente desde nuestro servicio de AAPSP FORMACIÓN, fomentamos los talleres de prevención y reciclaje continuo policial.

Respecto al desarrollo de la formación continua es básica en toda su extensión, ya que nuestro trabajo está ligado permanentemente a cambios jurídicos y logísticos. Desde la AAPSP su equipo de estudios técnico / tácticos, abogamos por tener una máxima: "Quien no planifica, planifica fallar". Esto sólo se consigue entrenando para minimizar riesgos y maximizar en efectividad y prevención.

Por tanto, en el caso de los cuerpos y fuerzas de seguridad la recomendación de la OMS con respecto a la restricción del acceso a los medios de suicidio tiene que ser matizada por las propias características del trabajo que se desempeña en donde el arma de fuego es parte fundamental, tanto dentro como fuera de la jornada de trabajo. Adoptando medidas de tipo temporal para aquellos agentes que se vean incursos en tratamiento psicológico como medida preventiva, pero sobre todo apostando por una formación continua de los agentes.

## MEDIDA 2. INFORMACIÓN RESPONSABLE POR PARTE DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Un tema escasamente abordado por los medios de comunicación es sobre el suicidio, así de vez en cuando se trata, pero sin entrar en profundidad sobre las causas o cómo prevenirlo. En julio del 2019 salió la noticia de que Netflix había eliminado algunas escenas donde se mostraba específicamente el tema del suicidio en la serie 13 Reasons Why (Por trece razones), como forma de prevenir o al menos no incentivar entre la población más joven este tipo de actos. Hasta donde conozco Netflix no ha dado más explicaciones al respecto sobre las motivaciones que le ha llevado a este cambio de política al censurar parte de una serie sea como fuere, va en la línea general de no hablar de ello para evitar que se le dé "publicidad". Esta creencia surge de un efecto "contagio" de las conductas que se exhiben mediante los medios de comunicación, así es frecuente que después del estreno de alguna película en donde se enseña un nuevo "estilo" o forma de actuar este se vea repetido por algunos espectadores. Este simple mecanismo es el que se utiliza desde la publicidad para poder poner "de moda" y con ello vender más cualquier bien, producto o servicio empleando estos medios.

Aspecto explicado desde la psicología por lo que se conoce como aprendizaje vicario donde se aprende a actuar

visionando cómo lo hacen los demás; e igualmente la presión del grupo influye en la medida en que uno quiere estar “a la moda” para no destacar y ser rechazado por el grupo. Esto da cuenta de la gran influencia de estos medios sobre el cambio de hábitos de los ciudadanos, pero conlleva también cierto riesgo, como es el mostrar escenas de conductas inadecuadas o antisociales.

Al respecto se ha realizado una investigación desde el Centro de Salud Mental, Facultad de Población y Salud Global, Universidad de Melbourne y la Facultad de Psiquiatría, Universidad de Nueva Gales del Sur (Australia) junto con la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación, Universidad de Leuven (Bélgica) (Andriessen & Krysinska, 2019), donde se analiza el modo en que se muestran los actos suicidas en las series policíacas de la televisión. Para ello se analizaron todos los capítulos de cuatro series policíacas belgas de donde se extrajeron aquellos que trataban específicamente el tema del suicidio, en concreto fueron 87 episodios, 20 con ideaciones suicidas, 13 con amenazas de suicidio, 13 con intentos de suicidio no consumados y 54 consumados.

El estudio muestra cómo se presenta el suicidio, en concreto se ha comprobado cómo estas series lo han centrado en tres motivaciones, la justicia, la venganza y el salir de la situación, asociado principalmente a eventos

devastadores de los cuales la persona no sabe encontrar salida. Por tanto, en la medida en que se presenten este tipo de modelos, los individuos desesperados por una situación personal de la que no ven solución, podrán buscar la misma “salida” que han visto en la serie televisiva. Si bien es cierto que la opinión generalizada es no hablar del suicidio para “no dar ideas” a la persona, no todos los profesionales de la salud lo comparten entendiendo que no se debe de ocultar la realidad ya que ello conlleva una menor toma de conciencia por parte de la población sobre dicha problemática, y con ello menos políticas de prevención. Sobre los peligros de hablar del suicidio en los medios de comunicación D<sup>a</sup> Laura Tormo comenta:

Hay una parte de verdad y otra de tabú. Los medios de comunicación pueden influir tanto positiva como negativamente en la prevención del suicidio. Es recomendable no informar sobre el método utilizado en un suicidio ni entrar en muchos detalles para evitar un posible incremento de los suicidios producidos por ese método, como se ha visto en varios casos de personas famosas.

Con esto no quiero decir que lo mejor es no hablar del suicidio. De hecho, hay evidencias que apuntan a un efecto protector de aquellos artículos que presentan a individuos enfrentándose a situaciones adversas sin recurrir a las conductas suicidas.

En esta misma línea se ha pronunciado la asociación de psiquiatría de Canadá emitiendo una guía en el 2017 sobre buenas prácticas en los medios de comunicación para el abordaje del suicidio (Sinyor et al., 2018). En la guía se refleja la evidencia científica que avala el peligro del contagio con respecto al suicidio, conocido como el efecto Werther, que afecta a personas especialmente vulnerables a la identificación con el fallecido y del cual imita la forma de llevar a cabo el acto suicida. Igualmente se señalan los beneficios de los medios de comunicación cuando abordan de forma responsable esta temática en lo que se conoce como efecto Papageno con consecuencias contrarias, es decir, los medios de comunicación pueden ayudar a informar y formar, y con ello incrementar la prevención reduciendo las tasas de suicidio entre la población, en concreto se propone:

- Hablar del suicidio desde una perspectiva de salud y no tanto desde el ámbito criminal.
- Omitir detalles sobre el acto suicida o nuevas formas de llevarlo a cabo.
- Incluir en todas las publicaciones sobre el suicidio links a recursos para la atención de emergencias, facilitando así encontrarlo a la persona que “necesita ayuda”.

Esta guía sorprende por que únicamente ofrece tres

recomendaciones con el objetivo de reducir con ello hasta un 10% las más de 3.000 muertes anuales en Canadá por suicidio al año. Por su parte la OMS ese mismo año realizó una actualización de su guía para el tratamiento del suicidio en los medios de comunicación (O.M.S., 2017a), donde las separa en recomendaciones de hacer y de no hacer, estando en el primer caso:

- Proporcionar información precisa sobre dónde buscar ayuda
- Educar al público sobre el suicidio y su prevención, sin difundir mitos
- Informar sobre historias de superación de los estresores de la vida o de pensamientos suicidas y de cómo obtener ayuda
- Tener especial delicadeza con informar sobre suicidios de famosos
- Tener especial delicadeza al entrevistar a familiares o amigos de la víctima.
- Prestar atención a los periodistas que cubren este tipo de noticias para que no se vean afectados

Sobre las recomendaciones por parte de la OMS sobre lo que no es conveniente realizar sería:

- Repetir una y otra vez historias de suicidio
- Usar lenguaje sensacionalista o que lo muestra como una “solución” a la situación de la persona

- Describir explícitamente el método empleado
- Proporcionar detalles sobre la ubicación del acto suicida
- Usar titulares sensacionalistas
- Usar fotografías, videos o enlaces de redes sociales sobre esta temática.

Si bien estas serían recomendaciones generales para los medios de comunicación, igualmente pueden quedar plasmadas dentro de las políticas de prevención mediante la inclusión de información útil sobre esta temática en los distintos boletines y revistas que se distribuyen entre la policía, de forma que se dé visibilidad a la problemática, pero sobre todo se informe de cómo, dónde y cuándo buscar ayuda. Igualmente, dentro de esta temática estarían las jornadas de sensibilización sobre esta problemática donde acuden agentes que han tenido intentos de suicidio y han conseguido superar su situación, así como familias y allegados de agentes que han fallecido por esta causa, de forma que compartan su experiencia sobre sus vivencias y lo que han tenido que afrontar con lo que incrementar la conciencia sobre la problemática que queda tras la muerte del agente.

En esta misma línea se pueden proponer cursos de formación mediante capacitación individualizada en línea donde cada agente de forma obligatoria deba de realizar

una serie de cursos orientados a la prevención de suicidio, manejo responsable del arma de fuego, manejo del estrés, y sobre todo cómo, dónde y cuándo solicitar ayuda. Si bien estas políticas relacionadas con la información deben de estar principalmente encaminadas a los agentes, es también importante sensibilizar a la población general sobre la labor que se lleva a cabo, esto es acercar la ciudadanía a la policía y viceversa, de forma que se rompa esa separación que en muchos casos existen entre ambos, facilitando con ello la integración de los agentes en la vida “civil”. Esta medida va encaminada a aumentar su red de apoyo social y reducir los niveles de estrés social, aspectos que se han comprobado que van en la línea de reducción de las tasas de suicidio (Mental Health Commission of Canada, 2018). Para lo cual se proponen una serie de medidas como es la de incrementar la presencia de la policía en los medios de comunicación, desvinculándolo de su labor contra el crimen, como habitualmente se le presenta.

Al respecto en algunos países se está empezando a profesionalizar al agente de la policía que va a tratar con los medios de comunicación, de forma que sepa dar respuesta a las demandas de cada momento con un lenguaje accesible al público en general, lo que se ha visto que confiere a la profesión de legitimidad y aumenta la

confianza de los ciudadanos con respecto a la labor policial (McGovern & Phillips, 2017). Algo que en España puede sonar novedoso, por ejemplo, ver a un agente de policía hablando o comentando algo que no sean casos abiertos sobre crímenes u otros delitos, pero que mejora considerablemente la imagen de la policía y lo desvincula de su papel en el ámbito criminal.

Una experiencia positiva en este aspecto ha sido la participación de agentes de policía en programas de ámbito nacional que nada tenían que ver con su labor, como en el caso del programa culinario Máster chef, lo que ayuda a normalizar la imagen de la policía en la sociedad.

Una de las ideas que parecen claras en cuanto a las políticas públicas en prevención del suicidio, es que a pesar de que este pueda ser en la mayoría de los casos un acto individual, la “salida” de dicha situación no va a ser posible realizarlo en solitario. Muchas veces se tiene la idea de que con un correcto apoyo familiar e incluso por parte de los compañeros de trabajo es suficiente para prevenir el suicidio, aspecto que no hace sino demostrar el escaso conocimiento en cuanto a salud mental se refiere, igual que la depresión no es algo pasajero que se supera con “reposo”, existen creencias erróneas alrededor del suicidio. De hecho, los planes de prevención van encaminados a proporcionar información sobre estos errores más comunes, para tratar

de formar a la población en la detección de síntomas, pero sobre todo en educarla a que este problema no se puede superar sin la intervención de un especialista. En esta línea desde el “Programa Nacional de Prevención del Suicidio - Orientaciones para su Implementación” (Ministerio de Salud - Gobierno de Chile, 2013) se presentan una serie de ideas erróneas muy extendidas con respecto al suicidio entre la población (ver Anexo 6):

- El que se quiere matar no lo dice.
- El que lo dice no lo hace.
- Los que intentan el suicidio no desean morir, sólo hacen el alarde.
- Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren.
- El sujeto que se repone de una crisis suicida no corre peligro alguno de recaer.
- Todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida.
- El acercarse a una persona en crisis suicida sin la debida preparación para ello, sólo mediante el sentido común, es perjudicial y se pierde el tiempo para su abordaje adecuado.
- Todo el que se suicida está deprimido.
- Todo el que se suicida es un enfermo mental.

- El suicidio se hereda.
- El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso.
  - Al hablar sobre el suicidio con una persona que esté en riesgo se le puede incitar a que lo realice.
  - Sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio.
  - Los que intentan el suicidio y los que se suicidan son individuos peligrosos, pues igual que intentan contra sí mismo pueden intentar contra los demás.
  - El tema del suicidio debe ser tratado con cautela por los problemas sociopolíticos que ocasiona.
  - Una persona que se va a suicidar no emite señales de lo que va a hacer.
    - El suicida desea morir.
    - El que intenta el suicidio es un cobarde.
    - El que intenta el suicidio es un valiente.
    - Sólo los pobres se suicidan.
    - Sólo los ricos se suicidan.
    - Sólo los viejos se suicidan.
    - Los niños no se suicidan.
    - Si se reta un suicida no lo realiza.
    - Cuando una depresión grave mejora ya no hay riesgo de suicidio.
  - Los medios de comunicación no pueden contribuir

a la prevención del suicidio.

Para comprobar si los medios de comunicación están integrando dentro de su trabajo las recomendaciones de la OMS sobre el tratamiento de la temática del suicidio se ha realizado una investigación desde el departamento de Periodismo y Comunicación Audiovisual junto con el departamento de Biblioteconomía y Documentación de la Universidad Carlos III de Madrid; junto con el Instituto Interuniversitario “Investigación Avanzada sobre Evaluación de la Ciencia y la Universidad” (INAECU) y el Grupo de Investigación Ciencias de la Salud CTS-451 de la Universidad de Almería (España) donde se analiza las publicaciones del diario de tirada nacional ABC en los años 1995, 2000 y 2005 (González-Garrido et al., 2008). En el estudio se analizaron 5216 menciones a la temática del suicidio, observándose un incremento en cada período analizado, llegando casi al doble de menciones en el 2005 frente a 1995. Con respecto al análisis de seguimiento de las siete recomendaciones de la OMS propuestas en el año 2000.

- 1) no realizar referencias a problemas de salud mental.
- 2) evitar descripciones del método utilizado.
- 3) no presentarlo como inexplicable o de manera simplista.

4) no describirlo como método para enfrentar problemas.

5) mencionar el impacto sobre las familias.

6) no glorificar a las víctimas como mártires.

7) describir las consecuencias físicas de los intentos de suicidio.

Se observó un aumento significativo en la proporción de artículos que cumplieron con las recomendaciones de evitar incluir descripciones del método utilizado, así como de no presentar al suicidio como algo inexplicable o de forma simplista y no describir al suicidio como una vía de solución de problemas. En cambio, no se encontraron mejoras en cuanto a las referencias a los problemas de salud mental, o a exponer a las víctimas como mártires. Reduciéndose, en contra de la recomendación de la OMS, la mención al impacto del suicidio en las familias. Este es un ejemplo de cómo a pesar del esfuerzo realizado por algunos medios todavía se debe de trabajar para que los profesionales de la información comenten sobre el suicidio ajustándose a las recomendaciones de la OMS (O.M.S., 2017b).

### MEDIDA 3. INTRODUCCIÓN DE POLÍTICAS ORIENTADAS A REDUCIR EL CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL

Las estadísticas a nivel internacional muestran cómo existe una relación significativa entre el abuso de sustancias en hombres y el riesgo de suicidio, en cambio en mujeres está más relacionado con trastornos de depresión mayor (O.M.S., 2009). Este aspecto se podría pensar que no sería demasiado aplicable a los cuerpos y fuerzas de seguridad debido a que estos por su trabajo deben de mantener cierto nivel de disciplina lo que implica que no pueden consumir alcohol durante su jornada de trabajo ni acudir al mismo bajo los efectos del alcohol, por lo que se supone que la incidencia de esta problemática y su asociación con el suicidio es reducida.

Otra cosa es en aquellos agentes de baja, separados o jubilados, donde ya no existe esa obligación con el cuerpo, donde la incidencia de consumo nocivo de alcohol no tiene porqué ser diferente al que lo sufre la población general, pero de estos no se llevan un seguimiento por lo que las tasas de suicidio registradas entre la policía no los incluye, eso no quiere decir que no se presenten casos incluso por encima de la tasa de la población general, pero al no existir registro no se conoce la realidad de esta problemática. Para comprobar este aspecto se ha llevado a cabo una investigación por parte del departamento de Epidemiología

y Salud Ambiental, Facultad de Salud Pública y Profesiones de la Salud, Universidad de Búfalo; junto con el Instituto Dartmouth de Políticas de Salud y Práctica Clínica, Escuela de Medicina Geisel en Dartmouth; la Subdirección de Bioestadística y Epidemiología, División de Laboratorio de Efectos de Salud, Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, Morgantown; la Rama de Bioestadística y Epidemiología, División de Laboratorio de Efectos de Salud, Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades; la Subdirección de Bioestadística y Epidemiología, División de Laboratorio de Efectos de Salud, Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EEUU) (Violanti, Owens, McCanlies, Fekedulegn, & Andrew, 2019).

La investigación realizó una revisión de las publicaciones científicas que abordan esta temática usando para ello la base de datos SCOPUS encontrando 97 artículos publicados entre 1997 y el 2016, tras aplicarle algunos criterios de exclusión se quedaron con 44 estudios que analizaban la relación entre el consumo de alcohol entre la policía y el acto suicida. Los resultados informan de evidencias científicas entre ambos, debido a que el

consumo de alcohol está aceptado en momentos sociales dentro de este colectivo, siendo a veces usado para afrontar las actividades diarias, por lo que en ocasiones se produce una ingesta de grandes cantidades o con gran frecuencia.

Estas publicaciones indican que existe cuatro veces más probabilidades de tener ideaciones suicidas ante un mayor consumo de alcohol. Por todo lo anterior se debería de prestar especial atención a esta problemática, e incorporar en las medidas de prevención el control del consumo, para bajarlo a unas tasas moderadas, y con ello reducir la ideación y el acto suicida. Por su parte desde el departamento de Ciencias Políticas de la Universidad Estatal de Bowling Green (EEUU) (Walterhouse, 2019), se ha analizado el consumo de alcohol entre los agentes de policía encontrando que no sólo se trata de una práctica habitual y socialmente aceptada dentro de este cuerpo, sino que en ocasiones llega a presentarse como un problema de adicción al alcohol en algunos agentes. Así sea observado cómo los policías varones entre los 24 a 36 años son los que tienen mayor probabilidad de mostrar problemas relacionados con el alcohol, en comparación con las mujeres policías de la misma edad, y frente a los varones policías de mayor edad.

Por su parte desde el Equipo de Enlace y Atención en Adictología; el centro de cuidado y readaptación en

adictología 'Le Courbat'; el Centro Universitario de Gran Nancy; la Universidad de Tours; el Departamento de Adicción y Psiquiatría de Nantes y la Clínica Psiquiátrica Universitaria (Francia) (Brunault et al., 2019) se ha tratado de analizar cuáles podían ser las causas del alcoholismo entre la policía francesa. En el estudio participaron 133 agentes usuario del centro de desintoxicación de 'Le Courbat' a los cuales se les solicitó que respondiesen a un cuestionario sobre eventos traumáticos denominado Life Events Checklist for DSM-5 (Gray, Litz, Hsu, & Lombardo, 2004); además de evaluar la presencia y gravedad de síntomas del estrés postraumático mediante el Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (Blevins, Weathers, Davis, Witte, & Domino, 2015); además de evaluar la adicción al alcohol, tabaco, cannabis y juego.

Los resultados indican que aquellos agentes que sufren de estrés postraumático además están incursos en abuso de alcohol en un 66,2% de los casos; al consumo de tabaco en un 68,4%; al consumo de cannabis en un 3,8%.; y al juego en un 3%, por tanto y según los autores del estudio el haber vivido situaciones traumáticas en donde se pone en peligro la propia vida o la de otras personas incrementa la probabilidad de que los policías puedan verse incursos en determinados procesos de adicción, que no hacen sino

Juan Moisés de la Serna

agravar el deterioro físico y mental del agente.

MEDIDA 4. IDENTIFICACIÓN TEMPRANA, TRATAMIENTO Y ATENCIÓN DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS, DOLORES CRÓNICOS Y TRASTORNO EMOCIONAL AGUDO

Recuperando el trabajo presentado sobre las estadísticas halladas en el caso del suicidio entre la policía italiana desde 1995 a 2017 (Grassi et al., 2019), destacar entre las posibles causas los problemas que condujeron al acto suicida se atribuye el 39% de los casos a problemas emocionales; el 11% a trastornos psiquiátricos; el 6% a dificultades económicas y el 2% por problemas físicos. Es decir, la prevalencia de problemas emocionales y psiquiátricos explicarían la mitad de los casos de suicidio policial en esta población. Si en algo destaca el papel del psicólogo es en la prevención del suicidio desde el ámbito clínico, en donde trabajar con los estados emocionales, el estrés y otra problemática que puede presentar cualquier agente.

La dificultad en este caso es que, si el cuerpo correspondiente no dispone de un servicio de atención psicológica, debe acudir a la “lista de espera” para ser atendido por el sistema de salud público, o pagarse de su bolsillo esta atención, como si de un “lujo” se tratase cuando en realidad es una necesidad laboral. A lo que hay que añadir la reticencia a acudir a este tipo de servicio por el

estigma que conlleva, así D<sup>a</sup> Laura Tormo informa: «Desgraciadamente, a este tipo de personas les cuesta ir a un especialista. Es posible que recurran a amigos o familiares, y que sean estos los que busquen ayuda, o que se lo callen y que el problema pase desapercibido para la gente de su entorno. Por eso, es necesario estar atentos a las señales de alerta».

Aunque hay excepciones al respecto, al menos así se recoge en el diario El Mundo en un artículo de 24 de febrero del 2019 titulado “Gobierno y casi todos los partidos plantan a expertos y familias en una jornada en el Congreso sobre suicidio” (El Mundo, 2019), donde se informa por parte de D. Mariano Salido, psicólogo y agente de la Policía Municipal de Madrid: «Los miembros de las Fuerzas de Seguridad se suicidan nueve veces más que el resto de la población. Tenemos un compañero que ha recibido cita con el psicólogo para dentro de un año. Hemos creado un gabinete psicológico y hemos bajado la ratio de suicidios».

Es decir, mediante una “simple” intervención acercando al policía al psicólogo cuando este lo necesita se redujo el número de casos de suicidio, por lo que una posible medida a adoptar en otros cuerpos y comunidades autónomas sería la de colaborar estrechamente con el Colegio Oficial de Psicólogos correspondiente para dar

prioridad a los casos de los agentes por psicólogos especializados. Pero si bien se está hablando de intervención todavía queda por dilucidar si es posible predecir qué personas son más sensibles a sufrir intentos de suicidio, ya que deberían de ser estas el principal objetivo de los planes de prevención.

## MEDIDA 5. CAPACITACIÓN DE PERSONAL SANITARIO NO ESPECIALIZADO, EN LA EVALUACIÓN Y GESTIÓN DE CONDUCTAS SUICIDAS

Existen algunos trabajos orientados para los profesionales de la salud ya que son ellos quienes en mayor medida van a detectar los intentos de suicidio, con lo que poder derivarlos al especialista. Destacar al respecto el trabajo realizado desde la comunidad valenciana con su “Prevención del Suicidio: Guía informativa para profesionales de sanidad” (Conselleria de Sanitat - Generalitat Valenciana, 2018), donde se abordan las señales de alarma, la detección temprana, así como la intervención y los recursos disponibles para ello. Además y específicamente en atención a las condiciones particulares de los cuerpos y fuerzas de seguridad la OMS ha editado una guía de formación denominada “Prevención del suicidio, un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea” (O.M.S., 2009), dentro de la iniciativa SUPRE en el cual establece un programa marco a nivel mundial para la prevención del suicidio.

En dicha guía se trata de ofrecer una visión amplia sobre el suicidio para que sea conocido por los agentes y puedan aplicarlo en sus puestos con la población con la que trabajan. Pero la formación no sólo debe de ir orientada al personal sanitario si no que se puede intervenir en los

propios agentes, por ejemplo en los niveles de ansiedad y estrés o de estados depresivos mediante el correcto desarrollo de la inteligencia emocional, que en principio puede sonar algo alejada de una institución como es la policial pero que se ha visto útil y necesaria, tanto que en agosto del 2019 desde el gobierno de Panamá han incorporado una política de prevención del suicidio basada precisamente en la inteligencia emocional, denominado “Campaña de Fortalecimiento Emocional”, dirigida a los 28.000 miembros del cuerpo de seguridad del citado país.

Este plan recién inaugurado cuenta con dos fases, la primera en el que se va a tratar de identificar a los agentes con un mayor riesgo de sufrir suicidio para darles una respuesta inmediata, y una segunda más de tipo preventivo en cuanto a facilitar que no se llegue a esta situación. Para ello se han habilitado teléfonos de contacto y e-mails las 24 horas los siete días de la semana, atendidos por profesionales, psicólogos capacitados en la atención de suicidio, de forma que cualquier agente, en el momento en que lo necesite puede solicitar ayuda profesional al respecto. Este es un primer contacto, en el cual el psicólogo debe de atender y evaluar la situación y derivarlo en caso de estar en riesgo la vida del agente. Igualmente, dentro de este equipo de profesionales se cuenta con la colaboración de los trabajadores sociales para atender los casos cuando

así se les requiera.

Entre los objetivos de este proyecto además de la atención psicológica especializada en el mismo momento en que se precise y demande, se establecen medidas para el fortalecimiento de los vínculos sociales y familiares del agente, además de incrementar sus habilidades emocionales, con lo que se espera que se reduzcan las tasas de suicidio entre su personal.

Destacar por su alto nivel de eficacia el plan de prevención implementado en Canadá denominado “Together for Life” centrado en la formación y aplicado a 4.178 miembros de la policía de Montreal, cuya tasa de suicidio en 12 años se redujo en un 79% (Mishara & Martin, 2012). Este plan está puesto por la OMS como ejemplo a seguir (O.M.S., 2014), siendo las líneas programáticas las siguientes:

- Formación de todos los agentes sobre el suicidio centrado en los riesgos y la forma de intervenir.
- Formación en profundidad a supervisores y representantes sindicales, sobre evaluación y ayuda.
- Línea telefónica a cargo de oficiales especializados.
- Campaña de concienciación sobre recursos e importancia de colaborar en la prevención.

Si bien puede parecer que no es una gran aportación debido al “reducido” número de líneas de intervención, dos

destacan desde el ámbito de la capacitación.

El primero de ellos es orientado a los agentes, donde mediante un curso breve se les instruye sobre la sintomatología que pueden experimentar ellos mismos o detectar en otros compañeros, y la forma “correcta” de intervenir. Es decir, se trata de que tanto uno pueda conocer qué le pasa y a dónde acudir debido a su sintomatología; como si observa alguna de estas “señales” en un compañero le sepa derivar para que reciba la ayuda oportuna.

La segunda línea de intervención y para mí la más novedosa es implicar a los mandos jerárquicamente superiores y a los representantes de la policía, sus sindicatos, en una formación intensiva en prevención de suicidio.

Ya no se trata de un curso breve como el que recibe cada uno de los agentes o más específicos correspondiente a su cargo de responsabilidad como se lleva a cabo en Italia con los curso sobre el “Bienestar del personal: prevención, reconocimiento y gestión de la incomodidad de los operadores de la policía estatal” (Grassi et al., 2018), sino de una formación amplia específica como primer punto de contacto para aquellos agentes que así lo requieran, de forma que cuando un agente tiene ideaciones suicidas sabe que puede ir a contárselo a su superior o al sindicato y que

allí le sabrán orientar adecuadamente, y todo ello dentro del ámbito policial. Una medida muy diferente, a la de llamar anónimamente a un profesional de la salud que puede o no estar familiarizado con las exigencias y peculiaridades del cuerpo, o acudir al despacho de un profesional, que a pesar de ser especialista en suicidiología puede que nunca haya atendido a un agente de policía. En cambio, con esta medida implantada en Montreal, el agente “con problemas” sabe que la persona que le va a escuchar es un compañero y que conoce perfectamente la situación del trabajo y sus implicaciones, y además está especializado y capacitado en poderle ofrecer la primera ayuda. Todo un avance, no sólo en cuanto a la toma de conciencia de la problemática por parte de los superiores, sino por la implicación de estos en la prevención, convirtiéndose en agentes activos de dicha prevención.

**MEDIDA 6. SEGUIMIENTO DE LA ATENCIÓN DISPENSADA A PERSONAS QUE INTENTARON SUICIDARSE Y PRESTACIÓN DE APOYO COMUNITARIO.**

Cuando uno piensa en la prevención del suicidio lo suele hacer en cuanto a procedimientos que se han de implementar antes de que se produzca el acto suicida, y no tanto contemplando medidas a posteriori para evitar que se vuelva a repetir, habiéndose demostrado cómo la aplicación combinada de un Plan de Prevención del suicidio junto con un seguimiento de la intervención puede llegar a reducir hasta un 36% los intentos suicidas (Brodsky, Spruch-Feiner, & Stanley, 2018). El problema es que en muchos casos no existe un plan de intervención para su aplicación, así según D. Alberto Martín Ruiz informa: «Ningún cuerpo de policía cuenta con un protocolo de prevención estandarizado y consensuado por profesionales policiales y de salud mental. Aun así, hay cuerpos policiales que dentro de sus protocolos de control propios realizan estudios y estadísticas a través de las áreas de salud y prevención laboral».

Uno de los aspectos más desconocidos y desconcertantes con respecto a la atención a la persona que ha tenido intentos de suicidio es en relación con el tiempo que requiere de supervisión por parte del especialista, donde existe una alta probabilidad de repetirlo en los

siguientes tres meses, y que esta probabilidad sigue elevada hasta el año siguiente al intento de suicidio (O.M.S., 2009), igualmente se indica que entre las personas que se suicidan, una cuarta parte lo habían intentado en el año anterior a su muerte, dado esta mayor prevalencia es necesario que durante este período el agente cuente también con el apoyo de los compañeros y familiares para evitar que se repita el intento de suicidio. A pesar de ello es recomendable realizar un seguimiento del agente de al menos dos años desde el intento de suicidio, con visitas al especialista cada vez más distanciadas en el tiempo, tal y como se establece en el programa Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP) gracias al cual se puede llegar reducir en un 80% el riesgo suicida (Brodsky et al., 2018). Medida que en ocasiones “cansa” a familiares y compañeros, o que incluso lo ven “innecesario”, entendiendo que si “se ve bien” es porque “está bien”, siendo esta una de las muchas creencias erróneas con respecto al suicidio.

Por lo que sería necesario reforzar el apoyo social en la medida en que este facilita la reducción del riesgo de cometer un acto suicida (Grassi et al., 2018), destacándose la importancia de la integración social, el cual está íntimamente relacionado con el estigma asociado al suicidio, es decir, en la medida en que exista una mayor

conciencia sobre el problema, pero sobre todo de cómo poder apoyar a la persona que ha sufrido un intento de suicidio, esta conducta se verá retrasada. Y al contrario si socialmente está “mal visto” el intento de suicidio, se produce un fenómeno de estigmatización, que, no sólo evita que la persona perciba y reciba el apoyo social, sino que además se ve él mismo “rechazado”.

## REFERENCIAS

- A.R.P. (2018). *Propuesta de Plan de Prevención de Suicidios en el ámbito del Cuerpo de la Policía Nacional*. 1–39.
- A.R.P. (2019). *Estudio y análisis complementarios al plan de prevención de suicidios en el ámbito del cuerpo de la policía nacional*.
- Andriessen, K., & Kryszynska, K. (2019). The Portrayal of Suicidal Behavior in Police Television Series. *Archives of Suicide Research*.  
<https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1586609>
- Baker, J., & McPhedran, S. (2015). Australian Firearm Related Deaths: New Findings and Implications for Crime Prevention and Health Policies Following Revisions to Official Death Count Data. *International Journal of Criminal Justice Sciences*, 10(1), 1.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498.  
<https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Boutant, M., & Grosdidier, F. *Vaincre le malaise des forces de sécurité intérieure: une exigence républicaine*. , (2018).

- Brodsky, B. S., Spruch-Feiner, A., & Stanley, B. (2018). The zero suicide model: Applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. *Frontiers in Psychiatry*, 9(FEB). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00033>
- Brunault, P., Lebigre, K., Idbrik, F., Maugé, D., Adam, P., El Ayoubi, H., ... El-Hage, W. (2019). Posttraumatic stress disorder is a risk factor for multiple addictions in police officers hospitalized for alcohol. *European Addiction Research*, 25(4), 198–206. <https://doi.org/10.1159/000499936>
- Chang, W. C., Neo, A. H. C., & Fung, D. (2015). In Search of Family Resilience. *Psychology*, 06(13), 1594–1607. <https://doi.org/10.4236/psych.2015.613157>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new Resilience scale: The Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Conselleria de Sanitat - Generalitat Valenciana. *Prevención del Suicidio: Guía informativa para profesionales de sanidad.* , (2018).
- Costa, T., Passos, F., & Queiros, C. (2019). Suicides of Male Portuguese Police Officers--10 years of National Data. *Crisis*.
- DW. (2018). Immer mehr Selbstmorde unter französischen

- Polizisten | Aktuell Europa | DW | 19.12.2018.  
Retrieved August 29, 2019, from  
<https://www.dw.com/de/immer-mehr-selbstmorde-unter-französischen-polizisten/a-46783080>
- El Mundo. (2019). *Gobierno y casi todos los partidos plantan a expertos y familias en una jornada en el Congreso sobre suicidio.*
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139–145.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291700021644>
- González-Garrido, A. A., Gómez-Velázquez, F. R., Zarabozo, D., López-Elizalde, R., Ontiveros, A., Madera-Carrillo, H., ... Tuya, J. M. (2008). *Time reproduction disturbances in ADHD children: an ERP study.* <https://doi.org/10.1080/00207450601042177>
- Grassi, C., Del Casale, A., Cucè, P., Kotzalidis, G. D., Pelliccione, A., Marconi, W., ... Pompili, M. (2019). Suicide among Italian police officers from 1995 to 2017. *Rivista Di Psichiatria*, 54(1), 18–23.  
<https://doi.org/10.1708/3104.30936>
- Grassi, C., Del Casale, A., Ferracuti, S., Cucè, P., Santorsa, R., Pelliccione, A., ... others. (2018). How do recruits and superintendents perceive the problem of suicide in the Italian State Police? *Annali Dell'Istituto Superiore*

*Di Sanità*, 54(2), 82–89.

- Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L., & Lombardo, T. W. (2004). Psychometric properties of the life events checklist. *Assessment*, 11(4), 330–341. <https://doi.org/10.1177/1073191104269954>
- HM Government. (2019). *Cross-Government Suicide Prevention Workplan*.
- Kapusta, N. D., Voracek, M., Etzersdorfer, E., Niederkrotenthaler, T., Dervic, K., Plener, P. L., ... Sonneck, G. (2010). Characteristics of police officer suicides in the federal Austrian police corps. *Crisis*, 31(5), 265–271. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000033>
- Karampas, K., Michael, G., & Stalikas, A. (2016). Positive Emotions, Resilience and Psychosomatic Health: Focus on Hellenic Army NCO Cadets. *Psychology*, 07(13), 1727–1740. <https://doi.org/10.4236/psych.2016.713162>
- Le Figaro. (2019a). Deux syndicats de police alertent sur le nombre élevé de suicides dans leurs rangs. Retrieved August 29, 2019, from <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/deux-syndicats-de-police-alertent-sur-le-nombre-eleve-de-suicides-dans-leurs-rangs-20190407>
- Le Figaro. (2019b). Suicides dans la police: Castaner concrétise un plan de lutte. Retrieved August 29, 2019, from <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/suicides->

dans-la-police-castaner-concretise-un-plan-de-lutte-  
20190412

McGovern, A., & Phillips, N. D. (2017). Police , Media , and Popular Culture The Police-Media Relationship. *Oxford Research Encyclopedia of Criminology*, (April 2018), 1–28. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190264079.013.279>

Mental Health Commission of Canada. (2018). *RESEARCH ON SUICIDE AND ITS PREVENTION: What the current evidence reveals and topics for future research*. Retrieved from [www.mentalhealthcommission.ca](http://www.mentalhealthcommission.ca)

Ministère de l'Intérieur (France). (2018). *Communiqué du 29 mai 2018 - Plan de mobilisation contre les suicides dans la police*.

Ministerio de Salud - Gobierno de Chile. (2013). *PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO-Orientaciones para su Implementación*. 1–72.

Mishara, B. L., & Martin, N. (2012). Effects of a comprehensive police suicide prevention program. *Crisis*, 33(3), 162–168. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000125>

New Jersey program to prevent police officer suicide first

in U.S. (2019, August 12). *Mental Health Weekly*, pp. 8–8. <https://doi.org/10.1002/mhw.32019>

O.M.S. (2009). Prevención del suicidio, un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea. *Asociación Internacional Para La Prevención Del Suicidio IASP. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias.*, p. 25.

O.M.S. (2014). *Prevención del suicidio un imperativo global*. Retrieved from [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508\\_spa.pdf;jsessionid=3449688B7BB864F3D4D35DCB65E13970?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf;jsessionid=3449688B7BB864F3D4D35DCB65E13970?sequence=1)

O.M.S. (2017a). Depression and other common mental disorders: global health estimates. *World Health Organization*, 1–24. <https://doi.org/CC BY-NC-SA 3.0 IGO>

O.M.S. (2017b). *Mental Health Atlas*.

O.M.S. (2018). Suicidio. Retrieved August 29, 2019, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Schmidtk, A. (1999). SUICIDE AMONG GERMAN FEDERAL AND STATE POLICE OFFICERS. *Psychological Reports*, 84(1), 157. <https://doi.org/10.2466/PR0.84.1.157-166>

Sinyor, M., Schaffer, A., Heisel, M. J., Picard, A., Adamson,

- G., Cheung, C. P., ... Sareen, J. (2018). Media Guidelines for Reporting on Suicide: 2017 Update of the Canadian Psychiatric Association Policy Paper. *Canadian Journal of Psychiatry, 63*(3), 182–196. <https://doi.org/10.1177/0706743717753147>
- Victoria Police (Australia). (2017). *Mental Health Strategy and Wellbeing Action Plan 2017–2020*.
- Violanti, J. M., Owens, S. L., McCanlies, E., Fekedulegn, D., & Andrew, M. E. (2019, April 8). Law enforcement suicide: a review. *Policing, Vol. 42*, pp. 141–164. <https://doi.org/10.1108/PIJPSM-05-2017-0061>
- Walterhouse, G. (2019). Alcohol Abuse among Police Officers and Firefighters. Retrieved September 14, 2019, from International Public Safety Association Journal website: [https://www.researchgate.net/publication/331261556\\_Alcohol\\_Abuse\\_among\\_Police\\_Officers\\_and\\_Firefighters](https://www.researchgate.net/publication/331261556_Alcohol_Abuse_among_Police_Officers_and_Firefighters)
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>



## CAPÍTULO 5. ERRORES HABITUALES EN LOS PLANES DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LA POLICÍA

Es importante destacar que la prevención del suicidio no se puede dejar al entendimiento de cada agente, sino que debe de existir un plan por el que guiar su actuación en caso de observar en sí mismo o en otros agentes sintomatología que le pudiese hacer sospechar de ideaciones o intentos suicidas. El problema es que no existe un único modelo de intervención, así cada cuerpo y dentro de este casi cada centro establece sus propias reglas de funcionamiento en cuanto a la prevención del suicidio se refiere, y eso es cuando existe un plan ya que en ocasiones ni siquiera se ha establecido. Estos planes de prevención del suicidio entre agentes pueden estar estructurados de formas muy diversas, a continuación se presentan las líneas programáticas de planes de prevención para la población general en el caso de Madrid se especifican seis objetivos (Comunidad de Madrid, 2015):

- Implantación y evaluación protocolos prevención del suicidio.
- Implantación protocolos prevención del suicidio para Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.
- Implantación y evaluación protocolos prevención

del suicidio para Urgencias.

- Programas formativos de depresión y prevención del suicidio

- Programas clínicos piloto de Prevención del Suicidio

- CAMPAÑA de edición y difusión de Material informativo sobre prevención del suicidio para familiares, afectados y profesionales.

Por su parte desde Galicia se plantean siete líneas estratégicas (Xunta de Galicia, 2017), concretado en 37 medidas:

- Línea Estratégica 1: Coordinación Interinstitucional ante la conducta suicida.

- Línea Estratégica 2: Sensibilización, concienciación y disminución del estigma social asociado a la conducta suicida.

- Línea Estratégica 3: Prevención y abordaje de la conducta suicida

- Línea Estratégica 4: Limitación a medios letales.

- Línea Estratégica 5: Formación de profesionales en prevención e intervención en la conducta suicida.

- Línea Estratégica 6: Postvención en supervivientes.

- Línea Estratégica 7: Investigación y alerta

epidemiológica sobre la conducta suicida.

A pesar de la existencia de estos planes, hay que indicar que no son específicos para los cuerpos y fuerzas de seguridad, lo que reduce su eficacia. Por lo que una vez que se tiene un plan de prevención queda implementarlo entre las comisarías de policía para que puedan facilitar los efectos deseados, en este caso que se reduzca la tasa de intentos de suicidio entre los agentes.

Si bien es habitual que exista una aprobación por parte de los estamentos superiores y que con posterioridad se difunda mediante comunicado interno a los responsables de cada centro, esto no siempre va a garantizar el éxito de su aplicación, tal y como se indica desde el departamento de Psiquiatría de la Universidad de Columbia junto con el Instituto de Psiquiatría del estado de New York (EEUU) en que diseñaron un plan de implementación denominado Assess, Intervene and Monitor for Suicide Prevention model (AIM-SP) para garantizar la eficacia de la implementación (Brodsky, Spruch-Feiner, & Stanley, 2018).

Este plan está basado en siete componentes, cuatro de ellos orientados a la aplicación de aspectos clínicos (Identificar, Involucrar, Tratar y Realizar la transición) y tres de aspectos administrativos (Dirigir, Capacitar y Mejorar), a su vez está separada su intervención en diez

pasos:

Paso 1: Investigar explícitamente sobre la ideación y el comportamiento suicida, pasado y presente.

Paso 2: Identificar los factores de riesgo además de la ideación y el comportamiento suicidas.

Paso 3: Implementar y mantener un enfoque continuo desde la seguridad.

Paso 4: Aplicar acciones de intervención para manejar las tendencias suicidas, incluida la reducción de medios letales.

Paso 5: Iniciar estrategias de afrontamiento y de apoyo.

Paso 6: Integrar objetivos de tratamiento específicos de suicidio suicida.

Paso 7: Aumentar la flexibilidad y la disponibilidad de contacto.

Paso 8: Iniciar un mayor monitoreo durante los períodos de mayor riesgo.

Paso 9: Involucrar a la familia y otros apoyos sociales.

Paso 10: Solicitar el apoyo y la consulta de pares clínicos.

Entre los planes de prevención del suicidio específicos para la policía estos se pueden dividir en dos grupos, según se informa en una investigación realizada desde la Universidad Técnica de Texas, junto con el Instituto de Ciencias Forense y el departamento de Toxicología

Ambiental (EEUU) (M. A. Thoen, Dodson, Manzo, Piña-Watson, & Trejos-Castillo, 2019), donde se analizaron los planes aplicados entre el 2015 al 2018 dividiendo estos en planes orientados a la salud del policía (85 planes) y los orientados a incrementar la seguridad del agente (27 planes).

- En el primero se incluyen acciones orientadas a aspectos físicos de fitness (52%); salud mental general (42%) y de apoyo a los compañeros (25%); encontrándose implantado principalmente en California, Florida y Wisconsin.

- En el segundo tipo, se orienta hacia la seguridad del agente (63%) y a la salud general (44%); implantado principalmente en Texas, Nueva York y Oregón.

Con respecto a la eficacia de los planes de intervención estos han sido variados según la propia característica del plan de prevención y el objetivo que se fije, a continuación, se describe un listado de los instrumentos más habituales y eficaces empleados en la prevención:

- Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage (SAFE-T) es instrumento incorporado en la práctica de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) para la evaluación del riesgo de suicidio, empleado para identificar factores precipitantes y protectores, así como la presencia de pensamientos, planes, conductas e intentos suicidas,

evaluando el riesgo suicida de la persona.

- Access to Lethal Means (CALM) encaminado a la intervención para la reducción del manejo de armas de fuego y con ello para reducir las posibles consecuencias de su uso.

Hay que indicar que estos planes suelen ser elaborados por especialistas en la materia, los cuales realizan una labor de revisión bibliográfica, consultan los planes que existen en otros cuerpos y localizaciones, y además disponen de información interna, que les ayuda a establecer un mejor diseño en cuanto a planes de intervención se refiere, por ello lo que voy a expresar a continuación no es más que mi opinión como analista y especialista en el ámbito de la salud. Realizada la puntualización anterior quisiera plantear los errores más habituales en los planes de prevención en la policía.

## ERROR 1. NO SE APLICA UN PLAN ESPECÍFICO PARA LA POLICÍA

El primer punto y para mí más grave es cuando no se realiza un plan específico para el cuerpo de policía al que va dirigido, esto puede ser debido a diversas causas:

1) Porque ni siquiera se llega a implementar un plan de prevención, aplicando (si es que lo hay) las políticas previstas en un plan establecido por parte del ministerio de salud pública del país orientados a la población general.

2) Por que el plan que se implementa es “copia” de un plan de prevención de suicidio orientado a la población general.

3) Se “copia” un plan que se aplica en otro cuerpo, o que siendo del mismo cuerpo es de otro país, sin atender a las peculiaridades propias de la policía.

4) Se aplica un plan que fue aprobado en su momento y que se mantiene sin ser revisado durante años.

Por poner un ejemplo, y según se afirma en la publicación PoliceOne (PoliceOne.com, 2019), en EEUU únicamente un 10% de los departamentos de policía cuenta con algún tipo de plan de prevención del suicidio, con respecto a los motivos que pueden haber detrás de esta falta de aplicación serían causas económicas, geográficas y barreras culturales (Mishara & Martin, 2012).

En una investigación realizada por el Instituto de Ciencias Forenses, el departamento de Ciencias

Psicológicas y el departamento de Desarrollo Humano y Estudios de la Familia de la Universidad Tecnológica de Texas (EEUU) (M. Thoen et al., 2019), se analizaron 55 agencias del gobierno relacionada con las fuerzas y cuerpos de seguridad encontrando que los programas implantados, cuando los había eran inconsistentes y no estaban correctamente implementados. Tal es así que, preguntando mediante encuesta anónima a 144 agentes de policía, el 25% de ellos no sabía si su centro tenía o no un plan de prevención del suicidio, y el 35% pensaba que en los casos que sí lo tenía estos no se preocupaban de la salud mental de los agentes.

Al respecto hay que comentar que algunos cuerpos y fuerzas de seguridad sí cuentan con planes de prevención, pero tal y como lo constatan los datos, estos no están dando los resultados esperables, por lo que se precisaría de una revisión y actualización. Por tanto, y tal y como se menciona, tener un plan de prevención no es suficiente, este tiene que ser eficaz, y para ello debe de estar actualizado, revisado y modificado tantas veces como haga falta para conseguir reducir las tasas de suicidio por lo menos al mismo nivel que en la población general, al respecto D. Alberto Martín Ruiz indica:

Si se refiere a la diferencia entre un deseado Plan de Prevención de la Conducta Suicida entre sociedad en

General y Policía, los estándares de procedimientos deben de sumar una serie de factores que según la AAPSP serían los siguientes:

\*La propia naturaleza del trabajo y la aceptación de situaciones difíciles de esta profesión.

\*La dificultad para conciliar una vida de estabilidad familiar. Los horarios y los calendarios no son estándares, sino infinidad de ocasiones marcados por el desarrollo de las funciones.

\*El geográfico y movilidad. Consistente en cambio permanente de residencia por cualquier autonomía del territorio debido a las tareas asignadas o las comisiones de servicios en función de las necesidades de prevención y planificación.

\*El estigma. El ocultar y padecimiento de este la verdadera naturaleza del trabajo en una sociedad que reconoce la labor policial sólo cuando lo precisan.

\*El porte de una herramienta de trabajo como un arma de fuego, sin las suficientes herramientas puntuales de estudios psicológicos y talleres de prevención.

## ERROR 2. NO SE PRIORIZAN LOS DESTINATARIOS DEL PLAN DE PREVENCIÓN

Si bien todos los agentes están expuestos a sufrir este tipo de actos contra su propia vida existen determinados perfiles donde es más probable que ocurra, bien porque históricamente ha sido así, o porque ha surgido una tendencia nueva en los últimos años. El problema en este caso es que la información que trasciende es escasa, más allá de ofrecer aproximaciones globales, que a pesar de ello evidencian significativas diferencias en función del cuerpo, e incluso del país del que estemos hablando. Así, en el caso de la Policía Nacional en España el perfil más frecuente en cuanto a los agentes durante los últimos diez años es entre los que tienen 30 a 35 años con una incidencia del 21,71% (A.R.P., 2019); en cuanto al perfil del policía en Francia que atenta contra su vida este se sitúa entre los 40 a 45 años (Le Figaro, 2019) y en el caso de la policía italiana la edad media de casos de suicidio entre los agentes fue de 39 años (Grassi et al., 2019).

Al respecto en España D. Alberto Martín Ruiz, indica: «Aunque las estadísticas nos dan un patrón de análisis de varón, de unos 40 años aproximadamente, al tratarse de un colectivo tan amplio, los talleres de prevención de las conductas de ideación suicida nos proporcionan que la aplicación de las terapias de readaptación debe de ser

personalizadas y con un estudio individualizado en cada caso».

Efectivamente algunos planes de prevención en los cuerpos y fuerzas de seguridad abogan por un tratamiento personalizado, el problema de estas políticas es que muchas veces se enfrentan a la realidad de una asignación escasa en cuanto a recursos se refiere, por lo que materialmente no es posible su aplicación tal y como sería deseable, y se llega a la situación de tener un “buen plan de prevención” pero sin ninguna eficacia práctica. En vistas a optimizar esos limitados recursos y conseguir reducir las tasas de suicidio se debería de incrementar la dotación de presupuesto y esfuerzo disponibles en el rango de edad donde más hace falta, y no como actualmente se procede, donde en muchos casos se centran los esfuerzos en los “nuevos” para evitar que en 20 años de servicio tengan casos de suicidio, que es cuando tendrán la edad donde es más frecuente.

Partiendo de la premisa de que no todo suicidio se va a poder evitar, tal y como se comentará posteriormente, hay que priorizar las medidas con lo que se conseguirá una mayor reducción de dichas tasas. Así y observando la distribución de los casos de suicidio en función del puesto que ocupan basado en los datos de la Agrupación Reformista de Policías en su “Estudio y Análisis

Complementarios al Plan de Prevención de Suicidios en el ámbito del cuerpo de la Policía Nacional” donde se recogen las estadísticas de la incidencia de suicidios en este cuerpo desde el 2000 al 2017 (A.R.P., 2019); entre los años 2000 a 2017 únicamente se ha producido un caso de suicidio de un Comisario, de 6 Inspectores Jefes, de 7 Inspectores, de 11 Subinspectores, de 14 Oficiales de Policía y 113 Policías.

A este respecto se ha de determinar a qué colectivo se quiere priorizar, si a aquellos de mayor rango o al colectivo que tiene un mayor número de bajas, es decir a los policías. Si lo que se quiere es obtener “mejores” reducciones en las tasas de suicidio se habría de dedicar los recursos a los policías con edades comprendidas entre los 30 a 35 años. Pero hay que recordar que se está hablando de datos acumulados en 17 años, que pueden estar “desfasados”, pues al respecto faltan datos para decir, por ejemplo, que en los últimos cinco años la tasa de suicidio entre los agentes entre los 30 a 35 años ha estado dentro de lo “esperable” pero en cambio se ha disparado la tasa entre los 35 a 45 años. Esta afirmación únicamente se puede realizar con los datos año a año, aspecto que no es accesible, eso hace que si no se tienen en cuenta a la hora de elaborar los planes de prevención estos tengan una menor eficacia de partida, ya que está incidiendo en aspectos “no actuales”. Sobre el género, habitualmente se ha entendido

que el menor número de casos de mujeres hace que sea un “problema de hombres”, al respecto no se tiene en cuenta dos detalles:

- Primeramente, que el número de mujeres entre los cuerpos y fuerzas de seguridad suele ser proporcionalmente muy reducido, por lo que no pueden establecerse comparaciones directas entre hombres y mujeres, sino en la medida de la representación que estos tienen en cada cuerpo.

- Segundo es relativo al desconocimiento implícito del suicidio, ya que todas las estadísticas señalan que a pesar de que a nivel global se producen tres veces más casos de suicidio entre hombres frente a mujeres, dicha proporción se reduce a 1,5 casos en hombres frente a mujeres en países de ingreso medio-bajo (O.M.S., 2014), incluso en las regiones del pacífico oriental la tasa de suicidio entre mujeres supera a la de los hombres (Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia), 2017).

En España, en el caso de la Policía Nacional entre el 2000 y el 2018 el número de hombres fallecidos por suicidio fue de 179 mientras que de mujeres fue de 9 (H50 Digital Policia, 2019)h5, cifra que hay que contextualizar con la diferencia de la presencia de mujeres, que a pesar de irse incrementando cada año, en el 2019 únicamente representa el 14,5% de los miembros del cuerpo, es decir

9.063 mujeres de 62.953 agentes (El Plural, 2019). Este desconocimiento sobre la realidad del suicidio lleva a que las mujeres sean escasamente contempladas en las políticas de suicidio no prestándose una atención especial como correspondería y según D. Alberto Martín Ruiz: «Aunque actualmente existen dentro de determinados cuerpos policiales áreas de igualdad y desarrollo, es cierto que al tratarse de un problema de salud mental por el desarrollo de las propias y complejas funciones policiales, el tratamiento es el mismo».

### ERROR 3. NO REALIZAR UNA INVESTIGACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN

Si bien el término Investigación de la Implantación está ampliamente extendido entre los organismos internacionales como la OMS, no es igualmente conocido en otros ámbitos. Este término hace referencia a las dificultades que se presentan a la hora de implementar un determinado programa o plan en una población específica para dar respuesta a un problema puntual o crónico. Mecanismo que ha sido ampliamente empleado con eficacia en las zonas más pobres de África para la erradicación en unos casos y el control en otras de enfermedades pandémicas.

El modelo consiste en asumir que existe una solución óptima, validada con suficiente evidencia científica y una población diseminada territorialmente que hace que tengas su propia idiosincrasia en donde se quiere incorporar esa solución para la erradicación de un problema de salud. Lo que la experiencia de organismos como la OMS han encontrado es que lo que teóricamente debería de funcionar “sobre el papel” cuando se lleva a la realidad de cada pueblo en ocasiones funciona y en otras no. La investigación de la implantación trata de optimizar este proceso de incorporación de medidas validadas científicamente para aumentar su eficacia en la población de destino. Por poner

un ejemplo, una medida validada como efectiva en el ámbito de la prevención del suicidio entre la policía es la difusión de información útil al respecto, ya sea a través de octavillas o guías, por lo que se imprimen y reparten mil de estas octavillas por las distintas comisarías por todo el país.

Hasta ahí se esperaría que dicho documento tuviese el mismo efecto positivo en todos los lugares a los que se ha distribuido, el problema es que en ocasiones estas nunca salen de sus cajas y quedan arrinconadas, o se exponen en un lugar donde ningún agente mira, o ni siquiera se informa al personal sobre la disponibilidad de esta información. Es decir, actuaciones específicas de cada comisaría que provocan que en ese centro no se esté llevando adecuadamente esta política de prevención y con ello reduciendo la eficacia de esta. Para evitar estos problemas territoriales, desde la OMS se están formando a los distintos países y agentes internacionales relacionados con la salud para aprender y aplicar la investigación de la implantación. Esta consiste en un procedimiento intermedio entre el problema y la solución, que busca solventar las dificultades locales para aumentar la eficacia de los programas de prevención.

A diferencia de los planes de prevención que son elaborados por académicos, investigadores, responsables y políticos, buscando la mejor solución al problema que

tratan de erradicar, en el caso de la investigación de la implantación se compone de especialistas de distintas índoles, como economistas, representantes de trabajadores, expertos en comportamiento social, ... con la idea de buscar una solución a cómo hacer llegar de modo eficaz a cada una de las poblaciones las medidas científicamente validadas. Es decir, a través de la investigación de la implantación se diseñarían soluciones aplicables atendiendo a las peculiaridades de las comisarías que permitirían superar las dificultades más frecuentes, y con ello aumentaría la eficacia del plan de prevención.

En definitiva, la investigación de la implantación reduciría costes en la medida en que previene el desaprovechamiento de las medidas incorporadas en el plan de prevención, garantizando así que el objetivo buscado con este plan, la reducción del número de casos de suicidio entre la policía se alcance con mayor facilidad y eficacia.

En esta línea destacar la investigación planteada por la universidad Stockton (EEUU) (Ramos & Lester, 2009) en donde se analiza la percepción sobre el suicidio de 150 agentes, de los cuales 40 eran mujeres, con edad media de 52 años, siendo el 75% de origen blanco. De ellos, 75 eran agentes de policía de la Costa Este, mientras que el resto lo eran de la Costa Oeste de EEUU, a todos ellos dentro de

una jornada de formación sobre el suicidio policial, se les pasó el Suicide Attitude Questionnaire (Diekstra & Kerkhof, 1988), igualmente se recogieron datos sociodemográficos, experiencia sobre el suicidio policial y programas de prevención del suicidio en sus departamentos. Con respecto al análisis poblacional no se encontraron diferencias entre el género o la edad, aunque sí en cuanto a la procedencia (blanca) y el nivel educativo entre los agentes de la Costa Este y la Costa Oeste.

Los datos informan que los agentes de la Costa Este muestran actitudes más “positivas” frente al suicidio que los agentes de la Costa Oeste, atribuyéndolo a causas genéticas; en cambio los de la Costa Oeste lo asociaban con un acto de cobardía, motivado por la impulsividad y con negativas consecuencias para el resto, a pesar de lo cual eran más receptivos a recibir cursos de formación en prevención del suicidio policial.

Tal y como se muestra en esta investigación existen distintas percepciones sobre el suicidio en función de la población de la que se trate, incluso entre los agentes de policía, es por ello que a la hora de implementar un plan de prevención se ha de realizar una análisis previo de las características e idiosincrasia de la población a la que se dirige, más allá del cuerpo al que pertenecen, con lo que se podrán realizar ajustes al plan de prevención que

Juan Moisés de la Serna

aumenten su eficacia entre dicha población.

#### ERROR 4. NO SE LLEVA A CABO LA EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN

Si bien el plan de prevención del suicidio en la policía ha sido una demanda “tradicional” de este colectivo, no ha sido hasta que no ha habido un número alarmante de casos cuando algunos gobiernos no han intervenido, en ocasiones más por “calmar” una demanda social que por querer implementar realmente un plan al respecto. Así en determinados países se han llegado a suceder los ministros del interior de un gobierno, y aún a pesar de tener un plan nacional aprobado, no han tomado ninguna medida, con lo que no existe nada qué evaluar, ni que informar sobre la buena marcha o no del plan.

En otras ocasiones se implementan algunas políticas, pero no se establece la forma de financiación o esta no es realista con los objetivos planteados, por lo que está abocado a fracasar dicho plan ya desde su origen. De entre aquellos casos en que los planes conllevan una adecuada financiación, escasamente se evalúa su eficacia, ya sea porque se han implementado tantas medidas a la vez que alguna está funcionando sin poder determinar cuál, o simplemente porque se piensa que se “ha cumplido” con ello, sin necesidad de evaluar su eficacia.

Una realidad más frecuente de lo que se pudiese pensar tal y como indica la Dra. Megan Thoen, profesora del

departamento de Toxicología Ambiental del Instituto de Ciencias Forenses, de la Universidad Tecnológica de Texas quien ha analizado los planes de prevención de suicidio en la policía en EEUU:

He encontrado que muchos programas para la prevención del suicidio o la promoción del bienestar implementados no se basan en evidencia, lo que significa que la efectividad de esos programas nunca se ha probado. Desafortunadamente, en mi experiencia, dado que en muy pocos de estos programas se registran sus resultados no hay manera de determinar su efectividad. A menos que, por supuesto, se haya realizado de forma interna una evaluación completa del programa, lo que ocurre muy rara y generalmente no se publica.

Por último, los programas financiados, implementados y evaluados, pueden informar si efectivamente son efectivos o no y en qué medida, a este nivel de concreción llegan pocos, lo que limita en gran medida que pueda ser “copiado” por otros gobiernos para implementarlo entre sus cuerpos y fuerzas de seguridad.

A destacar, en cuanto a la eficacia en la planificación e implementación de planes de prevención el caso de la policía de Montreal en Canadá, cuya tasa de suicidio se redujo en un 79% (O.M.S., 2014). Pero si bien pueden ofrecerse porcentajes de éxito de forma general, también se

pueden objetivar en metas alcanzadas por los planes de prevención tal y como comparte el coronel D. Luis Humberto Barrera con respecto a los éxitos de la implementación del plan de prevención en la policía en Colombia:

- La tasa de suicidio en la Institución tiene una clara tendencia a la baja en los últimos años (2009-2018).

- Sensibilización del personal con mando, compañeros, familiares y profesionales de la salud a nivel país, frente a los mitos y estigmas culturales e institucionales, en torno a la enfermedad mental y al suicidio

- Cultura institucional en el reporte oportuno y activación inmediata de servicios en salud médica y mental, al personal identificado en riesgo de conducta suicida (gesto, ideación e intento de suicidio) y problemas asociados.

- Permanente vigilancia epidemiológica de los casos de conducta suicida al interior de la comunidad policial, a través de la cual se realiza verificación y seguimiento de la atención integral, oportuna e inmediata de todos los casos, así como de los tratamientos en salud mental a los que da lugar la clínica psicológica de la conducta identificada.

- Posicionamiento y ampliación de la cobertura de la Línea de Apoyo Emocional, como estrategia de atención primaria en salud mental de la Dirección de Sanidad para

toda la Institución.

- Estrategia de desestigmatización de la búsqueda de ayuda profesional (psicológica), por parte de la comunidad policial.

- Realización de mesas de trabajo periódicas entre las diferentes unidades policiales, para la perfilación, monitoreo, identificación, caracterización, intervención y evaluación la conducta suicida y a partir de esto el mejoramiento del plan de prevención del suicidio.

En la medida que se establezcan los objetivos generales y específicos, se fijen los recursos disponibles y la calendarización para el cumplimiento de cada objetivo es posible conocer si la implementación va avanzando según lo esperable y obteniéndose los resultados deseables. Si el plan adolece de problemas metodológicos en su diseño, con objetivos poco realistas, falta de asignación de recursos o ni siquiera tiene un calendario de implementación difícilmente se va a poder evaluar y comprobar su efectividad. Por tanto, lo primer es diseñar un buen programa de prevención del suicidio en la policía, donde además se incorporen aspectos relacionados con la evaluación, qué se va a medir, con qué instrumento, cuándo, y sobre todo cuál es el criterio de éxito que se quiere comprobar si efectivamente se ha alcanzado o no.

Destacar la investigación realizada desde la

universidad de Deakin, junto con la universidad de Melbourne (Australia) (Witt, Milner, Allisey, Davenport, & LaMontagne, 2017) donde se analiza la eficacia de 13 programas de prevención implantados en Australia, de los cuales únicamente 6 recogían datos sobre su efectividad, donde se informaba de forma secundaria sobre el suicidio y su sintomatología así como la forma de intervenir ante síntomas de enfermedad por parte de algún compañero, es decir, estas investigaciones no abordaban de forma directa el problema del suicidio o la promoción de la salud mental como eje central de la prevención,

## ERROR 5. SE ESTABLECE EL OBJETIVO DE SUICIDIOS CERO

Si bien es deseable que se llegue a la situación en que el suicidio no se produzca entre los cuerpos y fuerzas de seguridad este es un objetivo poco realista, ya sea por los medios disponibles como por obviar que al fin y al cabo se trata de personas desempeñando una labor, por tanto, no cabría esperarse que se comportase en relación con el suicidio de forma diferente a como lo hace la población general. Es decir, si en una población existe un mayor porcentaje de suicidios, en un género y un rango de edad cabría esperarse que incluso entre la policía se mantuviese esa tendencia, ya que las personas que trabajan como policía no son ajenas a la realidad social en la que viven.

Teniendo en cuenta que en cada país existe una incidencia diferente en cuanto a casos de suicidio se refiere y que incluso estos porcentajes fluctúan en función de características globales tal y como se muestra en la investigación realizada por el departamento de Ciencias Clínicas y Salud Comunitaria Universidad de los Estudios de Milán, junto con el departamento de Ciencias de Salud Ambiental Instituto de Investigaciones Farmacológicas Mario Negri IRCCS y el departamento de Ciencias Biomédicas y Clínicas de la Universidad de Milán (Italia) (Alicandro et al., 2019).

En esta investigación se analiza la influencia de la

crisis económica del 2008 en relación con los porcentajes de suicidio entre la población general, encontrando cómo se han producido importantes incrementos en algunos países, mientras que otros no han sido afectados. Además, el estudio señala cómo esta influencia afecta de forma diferente en los países en función del género, así donde se ha producido un incremento porcentual en cuanto a suicidios se refiere ha sido en Grecia de 11,8% en mujeres y 6% en hombres, aunque no en todos los países se ha observado diferencias de género, como en los Países Bajos donde el incremento ha sido muy parecido entre hombres y mujeres (de 4,2% y 4,0% respectivamente). De ahí la importancia de establecer objetivos reales en función de la población donde se quiere incorporar los planes de prevención del suicidio, sabiendo que como “mínimo” se va a producir un número similar de casos entre la policía que en la población general.

Para ejemplificar con datos esta idea, si tenemos en cuenta que el número de casos de suicidio en España fue de 3.679 personas en el 2017 con una población a 1 de enero del 2017 de 46.527.039 habitantes según datos del Instituto Nacional de Estadística, esto indicaría un porcentaje de 7,9 suicidios por cada 100.000 habitantes. Si trasladamos ese porcentaje a la población de cuerpos y fuerzas de seguridad, cuyos datos han sido presentados en la comisión titulada

“Para el Estudio del Modelo Policial del Siglo XXI” de las Cortes Generales, según el diario de sesiones número 600 del Congreso de Diputados de España de 19 de septiembre del 2018 (CONGRESO DE LOS DIPUTADOS, 2018), D. Moreno Catena, catedrático de Derecho Procesal Universidad Carlos III indica:

La plantilla de la Guardia Civil es de 85.000 efectivos y la del Cuerpo Nacional de Policía de 78.000 efectivos; en definitiva, 143.000 policías y guardias civiles en activo que prestan servicio a la sociedad española... de Policía judicial con 1.800 personas; 5.000 miembros del CNI que de algún modo también ejercen en materia de protección de la seguridad pública; 26.200 policías autonómicos, de las cuatro Policías, las tres reconocidas desde el inicio más la Policía de Canarias; y unos 70.000 policías locales; en total, 246.000 policías.

Si bien estos resultados son tanto para ambos géneros, la representación de la mujer dentro de la Policía Nacional es muy inferior a la proporción de mujeres que existe en la población general. Así la mujer en la Policía Nacional ha pasado de representar el 4,49% en el año 2000, a representar el 13,86% en el 2017; en cambio en la población general y según el I.N.E. las mujeres representaban el 50,92% en el 2000 y en el 2017 el 51,01% de la población total de España. Para ajustar los resultados anteriores a

## Suicidio Policial: Guía para una Prevención Eficaz

estar realidad y que no haya errores de interpretación se van a separar los casos de la Policía Nacional entre hombres agentes (ver Tabla XII) y mujeres agentes (ver Tabla XIV) con el rango de edad de 24 a 59 años desde el año 2000 hasta el 2017.

Año	HEV	SEV	TasGV	N.PV	NTV	TasPV	DIV
2000	10.244.477	1709	16.68	45.605	12	26.31	1.58
2001	10.387.038	1658	15.96	43.627	7	16.05	1.01
2002	10.607.786	1790	16.87	43.546	11	25.26	1.50
2003	11.071.271	1880	16.98	42.654	8	18.76	1.10
2004	11.371.593	1912	16.81	43.648	3	6.87	0.41
2005	11.691.862	1829	15.64	45.058	4	8.88	0.57
2006	11.966.671	1781	14.88	45.909	6	13.07	0.88
2007	12.234.591	1801	14.72	47.224	10	21.18	1.44
2008	12.530.391	2002	15.98	50.485	6	11.88	0.74
2009	12.665.402	1925	15.20	53.758	8	14.88	0.98
2010	12.682.574	1839	14.50	56.322	5	8.88	0.61
2011	12.675.925	1838	14.50	58.811	6	10.20	0.70
2012	12.646.523	2060	16.29	59.408	9	15.15	0.93
2013	12.512.479	2233	17.85	58.776	10	17.01	0.95
2014	12.340.087	2254	18.27	57.949	7	12.08	0.66
2015	12.230.176	2033	16.62	57.024	9	15.78	0.95
2016	12.141.378	1978	16.29	55.816	11	19.71	1.21
2017	12.076.467	2110	17.47	54.366	12	22.07	1.26

Tabla XII. Comparación de tasas de suicidio en varones por cada 100.000 habitantes entre los 24 a 59 años de la población general y la Policía Nacional. HEV.- Habitantes varones a 1 de enero de cada año según datos del INE; SEV- Casos de suicidio en la población española en varones; TasGV - Tasa de suicidios en la población general en varones; NPV -Número de agentes de la Policía Nacional en varones; TasPV - Tasa de suicidios en la Policía Nacional en varones; NTV – Número total de casos de suicidio entre agentes de la Policía Nacional de varones: DTasV - Diferencia de tasas de la población general y el de la Policía Nacional en varones.

A diferencia de lo mostrado en la Tabla XI en varones únicamente se ha producido una mayor tasa de suicidio

entre los agentes de la Policía Nacional frente a los varones de la población general en los años 2000, 2001, 2003, 2007, 2016 y 2017, siendo la reducción más significativa en el 2004 y 2005 con 0,41 y 0,57 cada 100.000 habitantes.

Por tanto, el objetivo para los agentes varones sería mantener las tasas de suicidio por debajo de la población general evitando los incrementos paulatinos como los registrados desde el 2014 al 2017.

Al realizar un análisis comparativo entre la tasa de suicidios entre varones y mujeres en la población general entre los 24 a 59 años se puede observar cómo los varones cuaduplican la tasa de suicidio de las mujeres cada año de la serie salvo en los años 2015 y 2017 donde se alcanzan incrementos de 3,94 y 3,93 respectivamente (ver Tabla XIII).

Año	HEM	SEM	TasGM	HEV	SEV	TasGV	DI
2000	10.294.121	383	3.74	10.244.477	1709	16.68	4.46
2001	10.449.038	375	3.61	10.387.038	1658	15.96	4.42
2002	10.607.786	412	3.88	10.607.786	1790	16.87	4.35
2003	10.917.454	431	3.89	11.071.271	1880	16.98	4.37
2004	11.167.511	424	3.73	11.371.593	1912	16.81	4.51
2005	11.412.734	416	3.56	11.691.862	1829	15.64	4.39
2006	11.625.929	388	3.24	11.966.671	1781	14.88	4.59
2007	11.859.648	443	3.62	12.234.591	1801	14.72	4.07
2008	12.096.875	424	3.38	12.530.391	2002	15.98	4.73
2009	12.223.431	415	3.28	12.665.402	1925	15.2	4.63
2010	12.27.5190	401	3.16	12.682.574	1839	14.5	4.59

## Suicidio Policial: Guía para una Prevención Eficaz

2011	12.311.482	420	3.31	12.675.925	1838	14.5	4.38
2012	12.330.431	472	3.73	12.646.523	2060	16.29	4.37
2013	12.268.468	545	4.36	12.512.479	2233	17.85	4.09
2014	12.155.666	546	4.42	12.340.087	2254	18.27	4.13
2015	12.081.614	516	4.22	12.230.176	2033	16.62	3.94
2016	12.021.322	473	3.9	12.141.378	1978	16.29	4.18
2017	11.983.660	537	4.45	12.076.467	2110	17.47	3.93

Tabla XIII. Comparación de tasas de suicidio por cada 100.000 habitantes entre los 24 a 59 años de varones frente a mujeres de la población general. HEM.- Habitantes mujeres a 1 de enero de cada año según datos del INE; SEM Casos de suicidio en la población española en mujeres; TasGM - Tasa de suicidios en la población general en mujeres; HEV.- Habitantes varones a 1 de enero de cada año según datos del INE; SEV- Casos de suicidio en la población española en varones; TasGV - Tasa de suicidios en la población general en varones; DI - Diferencia de tasas de la población general entre varones y mujeres.

Con respecto al análisis comparativo entre mujeres, hay que indicar que el número de casos de suicidio en el cuerpo de la Policía Nacional es en muchos años cero por lo que no permite establecer una comparación con la tasa de suicidios en mujeres en la población general de 24 a 59 años (Ver Tabla XIV).

Año	HEM	SEM	TasG M	N.PM	NTM
2000	10.294.121	383	3.74	2146	0
2001	10.449.038	375	3.61	2272	1
2002	10.607.786	412	3.88	2598	1
2003	10.917.454	431	3.89	2802	0
2004	11.167.511	424	3.73	3163	0
2005	11.412.734	416	3.56	3675	0
2006	11.625.929	388	3.24	4226	0
2007	11.859.648	443	3.62	4724	1
2008	12.096.875	424	3.38	5385	0
2009	12.223.431	415	3.28	6414	0

2010	12.27.5190	401	3.16	7487	1
2011	12.311.482	420	3.31	8319	0
2012	12.330.431	472	3.73	8716	0
2013	12.268.468	545	4.36	8779	0
2014	12.155.666	546	4.42	8799	2
2015	12.081.614	516	4.22	8789	2
2016	12.021.322	473	3.90	8764	0
2017	11.983.660	537	4.45	8753	0

Tabla XIV. Datos relativos al suicidio femenino entre los 24 a 59 años de la población general. HEM- Habitantes mujeres a 1 de enero de cada año según datos del INE; SEM- Casos de suicidio en mujeres en la población española; TasGM - Tasa de suicidios en mujeres en la población general por cada 100.000 habitantes; NP -Número de agentes mujeres de la Policía Nacional; NTM – Número total de casos de suicidio entre agentes mujeres de la Policía Nacional.

Los resultados no permiten realizar comparaciones, más allá de indicar que en los años 2014 y 2015 se produjeron dos casos de suicidio, y uno en los años 2001, 2002, 2007 y 2010, es decir de la serie que va desde el 2000 al 2017 únicamente se produjeron casos de fallecimiento de mujeres agentes de la Policía Nacional en seis años.

Hay que indicar que la tasa más baja de suicidios en mujeres con edades comprendidas entre los 24 a 59 entre la población general fue en el 2006, con 3,34 casos cada 100.000 mujeres, por lo que se podría decir que, manteniendo la proporción, hubo un caso de suicidio por cada 29.940 mujeres.

En el caso de la Policía Nacional el número máximo de mujeres en el cuerpo ha sido en el 2017 con 8.753, por lo que, de mantenerse la misma tasa de la población general,

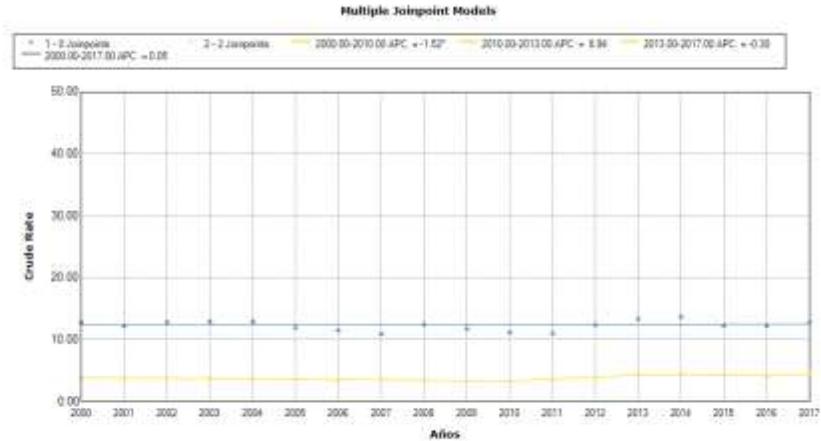
no cabría esperar ningún suicidio en toda la serie histórica del 2000 al 2017, y menos dos casos en el mismo año, tal y como sucedió en los años 2014 y 2015.

Estos resultados son diferentes a los encontrados en otros países con respecto al fallecimiento entre mujeres policías donde se ha observado cómo son superiores al de los hombres policías, según muestran los datos históricos de la ciudad de Nueva York que abarcan desde 1977 hasta 1996; o los de la National Occupational Mortality Surveillance (NOMS) con datos desde 1984 a 1998 donde la tasa de suicidio entre mujeres policías es el doble que el de hombres, y si además la mujer policía es afroamericana la tasa es de tres mujeres policía fallecidas por cada hombre en EEUU (Violanti, Owens, McCanlies, Fekedulegn, & Andrew, 2019).

Basado en los resultados anteriores, no es realista establecer un objetivo de cero suicidio entre los hombres policías a pesar de que en EEUU el programa más empleado en las comisarías se denomina precisamente “Zero Suicide” (Brodsky et al., 2018), siendo en cambio un objetivo realista el mantenerlo por debajo de los niveles de la población general; en el caso de las mujeres policía debido al escaso número de ellas que hay en el cuerpo.

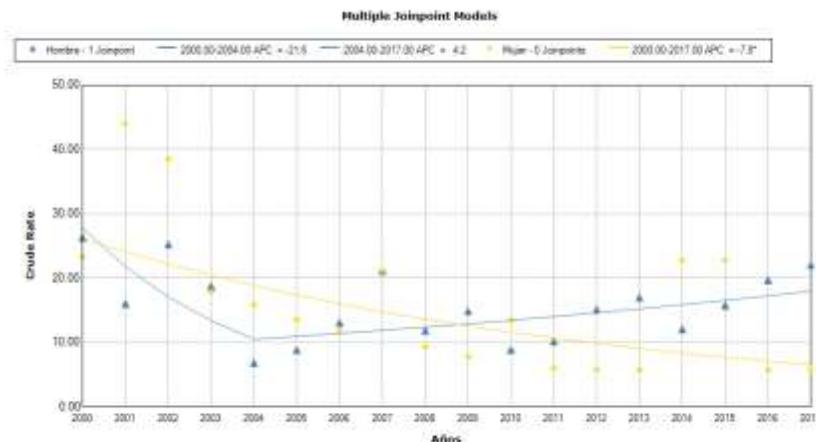
Un análisis de regresión joinpoint permite conocer los puntos de cambio de tendencias, en este caso de las tasas

de suicidio por cada 100.000 habitantes entre hombres y mujeres tanto para la población general con edades comprendidas entre los 24 a 59 años y la población de la Policía Nacional (ver Gráfica 1).



Así si se comparan los datos hombre-mujer en la población general se observa una evolución constante en la tasa de suicidio cada 100.000 habitantes, estando por debajo la tasa de mujeres frente a hombres. En cambio, con respecto a la Policía Nacional se puede observar en hombres cómo la tasa ha ido reduciéndose en el caso de los hombres hasta el 2004, desde donde paulatinamente se ha ido incrementando a medida que pasan los años. Por su parte las mujeres partiendo de una tasa similar al de los hombres en el año 2000 ha ido progresivamente reduciendo la tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes (ver Gráfica

2).



A pesar de la separación en cuanto al género y la selección del mismo grupo de edad, desde Australia se indica que la comparación de la tasa de suicidio de la población general con la de la policía entraña que se comparen grupos poblacionales diferentes (LaMontagne et al., 2018), donde por ejemplo en el primero se incluyen a los desempleados, los cuales tienen una mayor tasa de suicidio frente a los trabajadores (Milner, Witt, Maheen, & Lamontagne, 2017).

Igualmente y desde la OMS se recuerda que los planes de prevención del suicidio no se deben de dirigir exclusivamente a prevenir el acto suicida sino también la ideación suicida, como paso previo para el atentado contra la propia vida (O.M.S., 2009).

## ERROR 6. NO SE DOTA DE PERSONAL SUFICIENTE PARA SU EFICACIA

Si bien una de las medidas “estrella” más extendida y aceptada en cuanto a políticas de prevención del suicidio se refiere es la de incrementar el número de psicólogos que atienden la salud mental de los agentes, así como en el tratamiento en prevención del suicidio cuando se les requiere, según información de DW (DW, 2018), el problema es que si bien en Francia se ha incrementado significativamente su número pasando de 59 a 89 psicólogos dedicados a estas labores en lo que se conoce como Service de Soutien Psychologique Opérationnel (SSPO) de la Policía Nacional, a pesar de ello el número sigue siendo totalmente insuficiente ya que la población de agentes que han de atender es aproximadamente de 120.000 policías, es decir 74,16 por cada 100.000 agentes.

Aun mostrándose insuficiente es de destacar el esfuerzo por parte del gobierno francés, ya que estas cifras duplican el porcentaje medio de psicólogos en la unión europea de 38 por cada 100.000 habitantes, según el informe de la OMS denominado Mental Health Atlas actualizado con datos del 2017 (O.M.S., 2017), incluso ligeramente por encima de la atención de la salud mental disponible para la población francesa con 69,61 por cada 100.000 habitantes entre psiquiatras y psicólogos, con

## Suicidio Policial: Guía para una Prevención Eficaz

20,91 y 48,70 por cada 100.000 respectivamente;, muy por detrás de Finlandia con 133,08 por cada 100.000 habitantes entre psiquiatras y psicólogos con 23,59 y 109,49 por cada 100.000 respectivamente (ver Tabla XV) con datos del Mental Health Atlas (O.M.S., 2017), en combinación con los datos poblacionales de Eurostat a fecha de 1 de enero del 2017.

Países	PEU	PPQ	PPS
Alemania	82521653	13,20	49,55
Armenia	2986151	3,84	0,79
Azerbaiyán	9809981	3,45	1,16
Bélgica	11351727	20,06	10,46
Bosnia y Herzegovina	3509728	8,03	1,53
Bulgaria	7101859	7,20	1,87
Chequia	10578820	12,36	2,52
Croacia	4154213	11,10	4,37
Eslovenia	2065895	11,95	9,30
España	46528024	9,69	
Estonia	1315635	16,19	6,46
Finlandia	5503297	23,59	109,49
Francia	66804121	20,91	48,70
Georgia	3726374	6,71	2,33
Grecia	10768193	5,80	8,78
Hungría	9797561	11,08	2,48
Italia	60589445	5,98	3,80
Letonia	1950116	9,99	
Lituania	2847904	18,45	15,86
Luxemburgo	590667	17,82	
Macedonia	2073702	14,43	2,40
Moldavia	3550852	4,55	0,91
Montenegro	622387	8,28	
Polonia	37972964	24,18	16,35
Rumania	19644350	5,66	1,48
Serbia	7040272	8,64	4,55

Suecia	9995153	19,12	
Ucrania	42414905	6,93	

Tabla XV. Proporción de psiquiatras (PPQ) y psicólogos (PPS) por cada 100.000 habitantes en Europa; siendo PEU (Población europea).

Con respecto al papel del psicólogo dentro de un Plan de prevención según informa el coronel D. Luis Humberto Barrera, jefe del Área de Gestión de Servicios en Salud del Ministerio de Defensa Nacional del Gobierno de Colombia las tareas encomendadas a este colectivo abarcarían:

- Facilitar herramientas conceptuales y prácticas a personal uniformado (en todos los niveles de mando), profesionales de la salud, docentes y familiares, en la identificación de factores de riesgo, precipitantes y señales de alerta del riesgo de conducta suicida.

- Capacitar al personal uniformado en el manejo de situaciones de riesgo de conducta suicida y primeros auxilios psicológicos, en tanto personal de primera línea de atención e intervención de situaciones de emergencia y/o riesgo suicida presentadas tanto en compañeros, superiores, subalternos, familiares y comunidad civil.

- Capacitar a los otros profesionales en salud, en la detección y seguimiento de personas en riesgo de suicidio, conforme a las directivas e instructivos institucionales contemplados en el Plan de Prevención del Suicidio.

- Brindar atención oportuna y eficaz al personal con

ideación suicida y/o tentativa de suicidio, coordinando de manera conjunta con las otras especialidades de atención en salud (médico, enfermero, trabajador social, psiquiatría) los tiempos de derivación entre servicios, conforme las características de la conducta emitida.

- Garantizar el seguimiento por salud mental, a los casos identificados en riesgo suicida.

Por tanto, a pesar de que la faceta más conocida del psicólogo en la policía pueda ser con respecto a la intervención clínica esta no es exclusiva. Aspecto, el de la atención a los casos de ideación e intento suicida que requiere de una formación especializada por parte del profesional de la salud, tal y como lo ha puesto de manifiesto una investigación realizada desde la Facultad de Psicología y el Centro de Neurociencia Traslacional y de la Salud Mental, de la Universidad de Newcastle junto con la oficina del Distrito Local de Salud de Nueva Inglaterra (Australia) (Ross, Sankaranarayanan, Lewin, & Hunter, 2016). En el estudio participaron 135 trabajadores de la salud, con edades entre los 21 a 64 años, de los cuales el 65,9% eran mujeres, entre los profesionales estaban psicólogos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales. Todos ellos contestaron a un cuestionario por vía telemática sobre sus niveles de ansiedad a través de la escala State version of the State-

Trait Anxiety Inventory (Iwata et al., 1998), sus niveles de Burnout a través del Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (Maslach & Jackson, 1981) y sus creencias sobre el suicidio y su prevención a través de un cuestionario ad-hoc.

Los resultados indican que el 70,4% de los participantes habían perdido a un paciente por suicidio, e igualmente en el ámbito de su vida privada el 50,4% habían tenido una experiencia relacionada con el suicidio. A pesar de ello el 71,9% afirmaron nunca haber recibido ningún tipo de formación para afrontar el suicidio dentro de su contexto laboral. Entre las consecuencias de haber vivido un episodio de suicidio en el trabajo, los participantes mostraron mayores niveles de ansiedad, con una mayor sensación de burnout (estar quemados). Un aspecto por destacar es que se solicitó la participación de 500 trabajadores de la salud mental y únicamente respondieron 135 de ellos, lo que puede estar indicando un cierto “tabú” dentro de la profesión a hablar abiertamente sobre esta problemática del suicidio en el puesto de trabajo.

Tal y como señalan los autores del estudio, los resultados indican una clara necesidad de una formación especializada entre el personal sanitario para el manejo de las situaciones de suicidio, tanto en la detección de síntomas que ayuden a la prevención como a la hora de

afrontar la pérdida del paciente. Ya que, de no producirse esta formación, ni se cuente con acceso a algún tipo de intervención paliativa posterior sobre este personal, el trabajador va a sentirse desapegado de aquello que hace, perdiendo el sentido por su profesión, vivenciando altos niveles de ansiedad en el puesto, todo ello unido a una sensación de burnout. Una situación que de mantenerse puede llevar al profesional a plantearse el abandono de su puesto de trabajo, y de su profesión, y todo porque no se han establecido los mecanismos necesarios para la formación previa y para el apoyo posterior en dicho puesto de trabajo. Por su parte D<sup>a</sup> Laura Tormo informa sobre el papel del especialista ante el suicidio:

Resulta complicado establecer unas pautas generales de actuación. No es lo mismo dar una primera respuesta en situaciones de emergencia que abordar este problema en una consulta o como orientador en un colegio. En este sentido, la OMS dispone de guías dirigidas a diferentes profesionales. Para los psicólogos clínicos, una lectura recomendable es el protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida desarrollado por el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid.

## REFERENCIAS

- A.R.P. (2019). *Estudio y análisis complementarios al plan de prevención de suicidios en el ámbito del cuerpo de la policía nacional.*
- Alicandro, G., Malvezzi, M., Gallus, S., La Vecchia, C., Negri, E., & Bertuccio, P. (2019). Worldwide trends in suicide mortality from 1990 to 2015 with a focus on the global recession time frame. *International Journal of Public Health*, 64(5), 785–795. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01219-y>
- Brodsky, B. S., Spruch-Feiner, A., & Stanley, B. (2018). The zero suicide model: Applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. *Frontiers in Psychiatry*, 9(FEB). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00033>
- Comunidad de Madrid. (2015). Programa de Prevención del Suicidio. Retrieved September 13, 2019, from <http://www.madrid.org/es/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/programa-prevencion-del-suicidio>
- CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. (2018). *DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS COMISIONES XII LEGISLATURA PARA EL ESTUDIO DEL MODELO POLICIAL DEL SIGLO XXI PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. JAIME*

*MIGUEL MATEU ISTÚRIZ.*

- Diekstra, R. F. W., & Kerkhof, A. J. F. M. (1988). Attitudes Toward Suicide: Development of a Suicide Attitude Questionnaire (SUIATT). In *Current Issues of Suicidology* (pp. 462–476). [https://doi.org/10.1007/978-3-642-73358-1\\_63](https://doi.org/10.1007/978-3-642-73358-1_63)
- DW. (2018). Immer mehr Selbstmorde unter französischen Polizisten | Aktuell Europa | DW | 19.12.2018. Retrieved August 29, 2019, from <https://www.dw.com/de/immer-mehr-selbstmorde-unter-franzoesischen-polizisten/a-46783080>
- El Plural. (2019). Mónica Gracia: “Hay 31 comisarias frente a 366 hombres en el cargo.” Retrieved September 7, 2019, from [https://www.elplural.com/sociedad/8-de-marzo-mujeres-policia-nacional-sup-monica-gracia\\_212280102](https://www.elplural.com/sociedad/8-de-marzo-mujeres-policia-nacional-sup-monica-gracia_212280102)
- Grassi, C., Del Casale, A., Cucè, P., Kotzalidis, G. D., Pelliccione, A., Marconi, W., ... Pompili, M. (2019). Suicide among Italian police officers from 1995 to 2017. *Rivista Di Psichiatria*, 54(1), 18–23. <https://doi.org/10.1708/3104.30936>
- H50 Digital Policia. (2019). El suicidio en la Policía Nacional: Una realidad silenciada - PoliciaH50. Retrieved September 7, 2019, from <https://www.policiah50.com/el-suicidio-en-la-policia->

nacional-una-realidad-silenciada/

- Iwata, N., Mishima, N., Shimizu, T., Mizoue, T., Fukuhara, M., Hidano, T., & Spielberger, C. D. (1998). Positive and negative affect in the factor structure of the State-Trait Anxiety Inventory for Japanese workers. *Psychological Reports*, 82(2), 651–656. <https://doi.org/10.2466/pr0.1998.82.2.651>
- LaMontagne, T., Milner, A., Papas, A., West, A., Maheen, H., & Witt, K. (2018). Police Suicide: Implications for policy and practice. *Australian Police Journal*, 128–133. Retrieved from <https://apjl.com.au/issues/year/2018>
- Le Figaro. (2019). Suicides dans la police: Castaner concrétise un plan de lutte. Retrieved August 29, 2019, from <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/suicides-dans-la-police-castaner-concretise-un-plan-de-lutte-20190412>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Milner, A., Witt, K., Maheen, H., & Lamontagne, A. D. (2017). Suicide among emergency and protective service workers: A retrospective mortality study in Australia, 2001 to 2012. *Work*, 57(2), 281–287.

<https://doi.org/10.3233/WOR-172554>

- Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). (2017). *Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*.
- Mishara, B. L., & Martin, N. (2012). Effects of a comprehensive police suicide prevention program. *Crisis*, 33(3), 162–168. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000125>
- O.M.S. (2009). Prevención del suicidio, un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea. *Asociación Internacional Para La Prevención Del Suicidio IASP. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias.*, p. 25.
- O.M.S. (2014). *Prevención del suicidio un imperativo global*. Retrieved from [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508\\_spa.pdf;jsessionid=3449688B7BB864F3D4D35DCB65E13970?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf;jsessionid=3449688B7BB864F3D4D35DCB65E13970?sequence=1)
- O.M.S. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. *World Health Organization*, 1–24. <https://doi.org/CC BY-NC-SA 3.0 IGO>
- PoliceOne.com. (2019). Report: More cops died by suicide than in line of duty in 2018. Retrieved August 29, 2019, from

<https://www.policeone.com/lodd/articles/482561006-Report-More-cops-died-by-suicide-than-in-line-of-duty-in-2018/>

- Ramos, O., & Lester, D. (2009). Attitudes of police toward suicide: east coast versus west coast. *Perceptual and Motor Skills*, 109(3), 649–650. <https://doi.org/10.2466/pms.109.3.649-650>
- Ross, V., Sankaranarayanan, A., Lewin, T. J., & Hunter, M. (2016). Mental health workers' views about their suicide prevention role. *Psychology, Community & Health*, 5(1), 1–15. <https://doi.org/10.5964/pch.v5i1.174>
- Thoen, M. A., Dodson, L. E., Manzo, G., Piña-Watson, B., & Trejos-Castillo, E. (2019). Agency-Offered and Officer-Utilized Suicide Prevention and Wellness Programs: A National Study. *Psychological Services*. <https://doi.org/10.1037/ser0000355>
- Thoen, M., Scotch, M., Ganley, K., Evans, K., Tran, N., McCullough, P., & Harwood, C. (2019). Analysis of Submissions to Destination Zero: Wellness Programs of Law Enforcement Agencies. *Conference: American Psychological Association Annual Convention*. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/335368676\\_Analysis\\_of\\_Submissions\\_to\\_Destination\\_Zero\\_Wellness\\_Programs\\_of\\_Law\\_Enforcement\\_Agencies](https://www.researchgate.net/publication/335368676_Analysis_of_Submissions_to_Destination_Zero_Wellness_Programs_of_Law_Enforcement_Agencies)

- Violanti, J. M., Owens, S. L., McCanlies, E., Fekedulegn, D., & Andrew, M. E. (2019, April 8). Law enforcement suicide: a review. *Policing*, Vol. 42, pp. 141–164. <https://doi.org/10.1108/PIJPSM-05-2017-0061>
- Witt, K., Milner, A., Allisey, A., Davenport, L., & LaMontagne, A. D. (2017). Effectiveness of suicide prevention programs for emergency and protective services employees: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Industrial Medicine*, 60(4), 394–407. <https://doi.org/10.1002/ajim.22676>
- Xunta de Galicia. (2017). *LÍNEAS ESTRATÉGICAS - Plan de Prevención del Suicidio en Galicia*. 12.

## CAPÍTULO 6. MEJORAS PARA INCORPORAR EN LOS PLANES DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LA POLICÍA

En este capítulo se incluyen las propuestas de elaboración propias que sería conveniente que se recogiesen en los planes de prevención del suicidio en aras de optimizar su implantación y con ello reducir las tasas de atentados contra la propia vida por parte de los agentes. Estas propuestas han sido elaboradas atendiendo a las deficiencias detectadas en los distintos planes revisados y en las demandas de los propios investigadores que han analizado los factores protectores y “facilitadores” del acto suicida.

De ello se presentan mejoras en aras de incrementar la efectividad de los planes de prevención de la policía en donde intervenir ya desde la fase de selección del personal, tal y como se recoge en la Mejora 1; así como a la hora de priorizar recursos recogido en la Mejora 2; creando mecanismos de comunicación especializada sobre el suicidio y los recursos para su prevención recogido en la Mejora 3; atendiendo a las peculiaridades de los agentes femeninos debido a su mayor incidencia en cuanto a intentos de suicidio recogido en la Mejora 4; formación de los propios agentes según la Mejora 5; fomentando hábitos

de salud mental recogido en la mejora 6; y prohibiendo el suicidio de la mejora 7.

## MEJORA 1. REGISTRO DE LA HISTORIA EN LA SELECCIÓN

- **Antecedentes:** Uno de los factores asociados con una mayor probabilidad de atentar contra su propia vida es que con anterioridad se tenga ideación u otros intentos de suicidio, igualmente que en la historia familiar se hayan producido suicidios incrementa esta probabilidad (Mental Health Commission of Canada, 2018).

- **Problema:** No existe información recogida sobre este aspecto por lo que es imposible tenerlo en cuenta en cuanto a la incorporación de medidas de prevención entre los agentes más vulnerables, en este caso con antecedentes propios o familiares de ideación o intentos de suicidio (O.M.S., 2009).

- **Propuesta:** En la fase de selección del personal recoger información de ideación e intentos de suicidio de los candidatos, así como de antecedentes familiares de suicidio. Aunque dicha información puede ser recogida mediante preguntas incluidas en un cuestionario se sugiere el modelo de entrevista semiestructurada realizada de forma individual por la naturaleza sensible de su contenido, la cual sería conveniente que se llevase a cabo por personal clínico especialmente entrenado en la detección de las señales asociadas al suicidio, que explorará la información más relevante al respecto para elaborar un informe sobre el nivel de vulnerabilidad.

- **Aplicación:** en la misma ficha del agente, en donde se va recogiendo su historial de actuación, se puede mantener de forma confidencial un apartado relativo a los antecedentes de suicidio propios o de su familia, así como recoger las ideaciones e intentos de suicidio cuando estas hayan sido comunicadas a un superior.

El acceso a esta información deberá de estar restringido al personal especializado en la salud mental, que evaluará los antecedentes para determinar si se requiere de una atención pormenorizada del agente o no. Igualmente, estos datos podrán emplearse de forma anónima para mejorar los planes de prevención en aras de detectar posibles casos antes de que se produzcan, e incluso para evitar que aquellos agentes más “sensibles” dada su historia previa se vean expuestos a situaciones altamente estresantes, más allá de las labores diarias.

Es decir, sin que se llegue a adoptar ninguna medida de tipo preventivo como la retirada de armas, sí se puede limitar las actividades del agente a aquellas situaciones menos estresantes y con ello prevenir los efectos sobre la salud de este. Por último, este historial permitirá conocer la incidencia real de los antecedentes, ideaciones e intentos suicidas entre la policía para comprobar si estos son los desencadenantes de los actos suicidas y poder prevenirlo.

## MEJORA 2. DETERMINAR LA POBLACIÓN TOTAL A PREVENIR

- **Antecedentes:** Una de las dificultades con respecto a las políticas de prevención es determinar el número de usuarios finales que abarca, así si sólo se tienen en cuenta los agentes en activo, se dejan fuera a aquellos apartados del servicio, jubilados e incluso familiares que conviven con el agente, de los cuales se carece de información sobre la tasa de suicidio (Costa, Passos, & Queiros, 2019).

- **Problema:** Si no se tienen datos fidedignos de la población que requiere la intervención está no podrá considerarse efectiva, ya que estará dejando a colectivos desprotegidos y por tanto su tasa de incidencia no se reducirá.

- **Propuesta:** Incorporar un sistema de seguimiento de los agentes tanto en activo como a aquellos cadetes que no fueron admitidos, los agentes apartados del servicio o que hayan abandonado el cuerpo de forma voluntaria, así como los jubilados y las familias directas, pareja e hijos de los agentes. Todo ello permitirá tener una visión real de la problemática del suicidio en la policía, con lo que identificar prioridades y designar recursos de forma que se reduzcan las tasas de suicidio.

- **Aplicación:** crear un fichero de personal asociado al cuerpo de policía que incluya tanto a agentes en activo, como a los que han pretendido acceder, los que han

abandonado el cuerpo, o se les ha separado del mismo, los jubilados, y los familiares directos pareja e hijos de los anteriores, todo ello en aras de proteger a estas personas, ya sean agentes o no, que la bibliografía científica señalan como más expuestos al suicidio frente a la población general (Costa et al., 2019), para ello se habrá de concienciar a los responsables sobre la necesidad de hacer seguimiento incluso al personal no activo, en aras de prevenir el suicidio ofertándole la misma atención especializada cuando así lo requieran.

Aspecto que lejos de poder crear ciertas reticencias entre los agentes, estos lo pueden valorar de forma positiva, dado que se está permitiendo que tengan acceso a la salud psicológica y emocional de familiares y agentes que no están en activo. Es decir, los planes de prevención de la policía se extenderán a las personas allegadas, que sirven de vínculo y soporte de los agentes con lo que se intervenga también de forma indirecta en la estabilidad emocional de los mismos y con ello en la prevención de las ideaciones y actos suicidas.

### MEJORA 3. CREACIÓN DE REDES PRIVADAS DE INFORMACIÓN

- **Antecedentes:** cuando un agente, al igual que cualquier persona tiene “inquietudes” relacionadas con el suicidio suele acudir a donde está la información disponible, actualmente a través de internet, ya sea en búsquedas de páginas web, wikis o foro.

- **Problema:** la información disponible en internet es amplia y en muchos casos no validada científicamente, incluso contiene errores basados en creencias falsas sobre el suicidio y mantienen su estigmatización, aspecto que en ningún caso ayuda a un agente que tiene ideaciones suicidas y busca información sobre esta temática.

- **Propuesta:** crear canales de comunicación e información específicos para el policía gestionado por profesionales de la salud especializados que validen la información, así como foros y chat de comunicación en donde los agentes puedan plantear sus dudas e inquietudes y recibir la respuesta teniendo la certeza de que la información proporcionada es válida y fiable. Igualmente, dentro de estos medios se ofrecerá el número de teléfono o email para derivar al servicio de atención especializada a los agentes que así lo demanden de forma que conozcan en todo momento a dónde acudir cuando lo requieran.

- **Aplicación:** Hoy en día es muy sencillo crear webs, wikis y foros donde exponer información sobre cualquier

temática, por lo que ofertar este conocimiento es relativamente fácil. Sobre los beneficios del acceso abierto al público en general o la creación de una red privada sólo para agentes, ambas opciones tienen ventajas y desventajas.

Con respecto a un sitio web de consulta abierto, esto puede ayudar a normalizar la búsqueda de este tipo de información por parte de los agentes que pueden ver cómo otros usuarios ajenos al cuerpo se benefician de esta información. La desventaja es que requiere de una moderación casi continua debido a que no todos los usuarios son respetuosos con la información científica.

Con respecto a la red privada, esta da una mayor sensación de seguridad al agente de que lo expuesto es verdad y confiable a la vez que le posibilita acceder a la ayuda mediante enlaces en el propio sitio. Entre la desventaja es la sensación de aislamiento que en ocasiones tienen los agentes sobre su micromundo alejado de los intereses y formas de hacer de la población general, por lo que, a pesar de poderse crear este medio de consulta privado, estos agentes seguirán buscando información “fuera” con lo que se reducirá la efectividad de esta intervención.

#### MEJORA 4. ATENDER AL GÉNERO EN LOS PLANES DE PREVENCIÓN

- **Antecedentes:** Las estadísticas internacionales informan de que las mujeres tienen entre dos a tres veces más casos de ideaciones e incluso intentos suicidas reportados frente a los hombres (O.M.S., 2009), igualmente las mujeres sufren más casos de depresión y problemas de salud mental correlacionados con las ideaciones suicidas (Pratt & Brody, 2014).

- **Problema:** el no contar con medidas específicas orientadas a la prevención de la ideación conducente al acto suicida en las mujeres policías hace que estén desprotegidas lo que va a tener importantes repercusiones en la salud, además, estas suelen estar expuestas en mayor medida a sufrir trastornos relacionados con el estado de ánimo lo que está asociado con el acto suicida.

- **Propuesta:** Desarrollar medidas orientadas al fortalecimiento de las relaciones sociales de las mujeres policías y de su integración en las actividades de la comunidad con lo que incrementar los factores de protección, a la vez que se crea un plan de contingencia específico en cuanto a la atención emocional de las mujeres policías y un seguimiento personalizado para evitar los intentos de suicidio.

- **Aplicación:** crear políticas específicas orientadas a la

mujer en el ámbito de la salud psicológica y emocional encaminadas a prevenir las ideaciones y actos suicidas, para lo cual se puede aprovechar la estructura existente en la actualidad con respecto a la atención de la mujer policía. A pesar de que en ocasiones son las propias mujeres las que no quieren que se les aplique políticas de discriminación positivas, estas son necesarias para compensar los efectos asociados al género, como en este caso a una mayor incidencia de ideaciones e intentos suicidas. Debido a lo cual se pueden establecer cursos específicos de formación, así como el asesoramiento periódico de las mujeres policía sobre aspectos emocionales y sociales tanto relativos al propio desempeño de su actividad en el cuerpo como a la vida familiar de la misma, con ello evitar las bajas temporales o definitivas del servicio por una falta de conciliación con la vida familiar. Además, el contar con este apoyo extra para las dificultades de la vida diaria va a permitir que las mujeres policía puedan liberarse de la presión emocional relacionada con el trabajo en situaciones de riesgo, que ellas vivencian de una manera más intensa.

## MEJORA 5. FORMACIÓN COMO EJE DE LOS PLANES DE PREVENCIÓN

- **Antecedentes:** Desde la propia OMS se destaca el papel de la formación estructurada entre los agentes que intervienen ante casos de suicidio entre los que se encuentra la policía además de los bomberos y otro personal de emergencia (O.M.S., 2009).

- **Problema:** la formación que se recibe suele ser en atención a terceras personas y no tanto en la detección de la sintomatología propia; siendo reducida la formación en aspectos de tipo psicológico o de la vida emocional del agente que le ayude a prevenir los problemas de ansiedad relacionados con el trabajo que desempeñan.

- **Propuesta:** Desarrollar políticas de formación periódicas de manera que los agentes conozcan sobre las últimas evidencias científicas sobre la temática del suicidio dirigidas tanto a la atención de terceros como a la aplicación sobre su propia persona o de sus compañeros, prestando especial cuidado a los medios y vías de obtener ayuda disponibles, de manera que cualquier agente en el momento que así lo precise sepa a dónde acudir, teniendo la seguridad de que será atendido por un especialista que le ayude a sobrellevar la situación que en esos momentos le puede estar provocando malestar psicológico e incluso ideaciones suicidas.

- **Aplicación:** esta formación, al igual que sucede en el caso de la igualdad de género puede ser incorporada como parte del temario para el acceso o promoción de puestos de la policía, garantizando así que estos dominen los conocimientos básicos al respecto. Igualmente se pueden establecer jornadas y seminarios de actualización no sólo para sensibilizar a los agentes sobre esta problemática y la necesidad de solicitar ayuda cuando lo requieran si no como forma de combatir las ideas erróneas que se mantienen en el tiempo.

Como medida complementaria se podrá incorporar evaluaciones periódicas mediante encuestas breves de 10 preguntas donde se cuestionen aspectos básicos de la información, a la vez que se pregunte sobre si ha tenido ideaciones o intentos suicidas, si ha solicitado ayuda a personal especializado sobre esta temática, y si ha tenido recientemente la pérdida de algún familiar próximo. Todo ello encaminado a obtener información valiosa sobre el conocimiento de la problemática del suicidio por parte de los agentes, así como para detectar necesidades formativas e incluso de intervención cuando así lo muestren los resultados anónimos de estos cuestionarios, de forma que se pueda detectar que en una determinada comisaría existen varios agentes que precisan de una mayor atención al respecto.

MEJORA 6. FOMENTAR LA SALUD MENTAL ENTRE LOS AGENTES.

- **Antecedentes:** La relación entre la ideación suicida y el sufrir estresores endógenos y exógenos está ampliamente comprobado, lo que hace necesario que los agentes mantengan unos niveles de estrés diario adecuados atendiendo a la naturaleza de su trabajo; igualmente está expuesto a otros tipos de problemas psicológicos siendo los más frecuentes la depresión, o los trastornos de estrés postraumáticos. Indicar que existen factores externos que pueden incidir en mayores niveles de depresión tal y como el trabajo a turnos, el aislamiento social, la conflictividad con los compañeros o un clima organizacional negativo entre otros (Dormann & Zapf, 2002).

- **Problema:** no existe un seguimiento de la salud mental de los policías ni de sus niveles de estrés, por lo que es difícil proporcionar ayuda si este no la solicita. En ocasiones y según testimonio de los agentes, únicamente se lleva a cabo una pequeña encuesta durante el proceso de selección sobre la salud mental del policía, y con posterioridad no se le suele administrar ninguna prueba el resto de su vida laboral, a pesar de encontrarse desarrollando una actividad profesional diaria de riesgo.

- **Propuesta:** desarrollar políticas de formación

periódicas de forma que los agentes conozcan sobre las últimas evidencias científicas sobre la temática del suicidio dirigidas tanto a la atención de terceros como a la aplicación sobre su propia persona, prestando especial atención a los medios y vías de obtener ayudas disponibles.

- **Aplicación:** esta estrategia se basa en el cambio de perspectiva por parte de los agentes sobre la salud mental, no viéndola como un problema o debilidad para quien lo sufre sino como una oportunidad para recibir ayuda. A este respecto existe cierta reticencia por parte de los agentes a acudir a los servicios especializados internos del cuerpo, debido a la creencia de que estos profesionales minimizan los problemas de los agentes buscando que estos se incorporen lo antes posible a su trabajo. Por otra parte, los agentes cuando acuden a un especialista externo en ocasiones no se sienten cómodos hablando de su profesión y teniendo que explicar las implicaciones que ello entraña en cuanto a peligrosidad y estrés laboral, por lo que en ocasiones no se sienten suficientemente “comprendidos” por parte del especialista.

Ambas tendencias deben de ser tenidas en cuenta permitiendo una oferta amplia de especialistas tanto interna como externa, siendo estos últimos capacitados en el manejo de profesionales con actividades de alto riesgo, con lo que los agentes que acudan a terapia no tengan que

narrar las dificultades intrínsecas a su profesión y que puedan avanzar en el proceso terapéutico. Es decir, se trataría por tanto de trabajar con los especialistas para formarlos en la atención a cuerpos y fuerzas de seguridad.

## MEJORAS 7. PROHIBIR EL SUICIDIO

- **Antecedentes:** Un aspecto sorprendente para las personas ajenas a esta temática es la influencia de las creencias sobre el suicidio para llevar o no a cabo este acto, así se ha observado que aquellas personas que tienen creencias religiosas, siempre que dicha religión prohíba el suicidio, tiene menores posibilidades de hacerlo que aquella que no tiene dicha creencia así se ha identificado como un factor protector destacados las creencias religiosas como que el suicidio es pecado (Brodsky, Spruch-Feiner, & Stanley, 2018). En esta línea Universidad de Tecnología de Dongguan en China han hecho firmar a sus más de 5.000 estudiantes de primer año un acuerdo por el que se comprometen a no suicidarse (Telecinco, 2013).

- **Problema:** Si la persona no tiene asumida esta prohibición, un agente puede considerar al suicidio como una vía de escape ante problemas personales, de pareja, sociales y de trabajo, no existiendo ningún impedimento “moral” para ello; es decir, si no existe ningún tipo de restricción al respecto, podrá llegar a creer que es “conveniente”.

- **Propuesta:** Realizar una prohibición por parte del máximo representante del cuerpo, de forma que el agente aparte de plantearse el acto suicida también tenga que hacerlo sobre sus propias convicciones con respecto al

cuerpo al que pertenece, permitiendo que esa “duda” sobre si desobedecer o no, sea suficiente para que el agente busque otra alternativa a sus problemas. Teniendo en cuenta que los cuerpos de policía están altamente jerarquizados y que el seguimiento de instrucciones es una norma por la que se rigen, es esperable que esta prohibición salve más de una vida entre los agentes del cuerpo.

- **Aplicación:** comunicar mediante escrito a distribuir en todas las comisarías la prohibición expresa de que cualquier agente en activo atente contra su propia vida, indicando de forma clara el acceso a medios para buscar alternativas, por ejemplo, un teléfono habilitado de ayuda.

## REFERENCIAS

- Brodsky, B. S., Spruch-Feiner, A., & Stanley, B. (2018). The zero suicide model: Applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. *Frontiers in Psychiatry*, 9(FEB).  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00033>
- Costa, T., Passos, F., & Queiros, C. (2019). Suicides of Male Portuguese Police Officers--10 years of National Data. *Crisis*.
- Dormann, C., & Zapf, D. (2002). Social Stressors at work, irritation, and depressive symptoms: Accounting for unmeasured third variables in a multi-wave study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75(1), 33–58.  
<https://doi.org/10.1348/096317902167630>
- Mental Health Commission of Canada. (2018). *RESEARCH ON SUICIDE AND ITS PREVENTION: What the current evidence reveals and topics for future research*. Retrieved from [www.mentalhealthcommission.ca](http://www.mentalhealthcommission.ca)
- O.M.S. (2009). Prevención del suicidio, un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea. *Asociación Internacional Para La Prevención Del Suicidio IASP. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias.*, p. 25.

- Pratt, L. A., & Brody, D. J. (2014). Depression in the U.S. household population, 2009-2012. *NCHS Data Brief*, (172), 1–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25470183>
- Telecinco. (2013). Reglamento de una universidad china: Prohibido suicidarse. Retrieved October 14, 2019, from [https://www.telecinco.es/informativos/curioso/prohibicion-universidad\\_china-China-suicidio\\_0\\_1670025159.html](https://www.telecinco.es/informativos/curioso/prohibicion-universidad_china-China-suicidio_0_1670025159.html)



## CAPÍTULO 7. PROPUESTAS TECNOLÓGICAS A INCLUIR EN LOS PLANES DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LA POLICÍA

Si bien cuando uno piensa en planes de prevención lo puede hacer en el modo “tradicional” de imprimir y distribuir folletos explicativos entre los agentes, o realizar cursos de fin de semana de capacitación, esto no es sino una reminiscencia de un sistema que no se ha adaptado a las posibilidades tecnológicas actuales. En este apartado se van a presentar propuestas tecnológicas novedosas, algunas de las cuales se están aplicando con éxito en otros ámbitos pero que podría perfectamente incorporarse en un plan de prevención del suicidio. Adentrándome en el tema de los desarrollos tecnológicos, como experto evaluador de empresas de salud y asesor externo de startups, hay que informar que existen muchos desarrollos aplicados a otros ámbitos como el empresarial o el de la salud que sería de gran utilidad que se incluyese en los planes de prevención del suicidio policial.

El motivo por el que hasta ahora no se ha hecho, en mi opinión es por el desconocimiento de la disponibilidad de estas herramientas, pero sobre todo de cómo implementarlas e interpretar los datos que ofrecen para evaluar su eficacia. De nada sirve incorporar tecnología si

los agentes no lo emplean, o si no existe voluntad por parte de los superiores que incentiven su uso.

Actualmente la tecnología ya no es un bien de lujo limitado a presupuestos elevados, estando disponible para cualquier persona, por lo que no supondría un mayor gasto de su incorporación en las comisarías. Igualmente, algunos desarrollos tecnológicos requieren de un período formativo mínimo para conocer y explorar las posibilidades de la herramienta, así como resolver las dudas que se puedan plantear al respecto. Quizás el único inconveniente del uso de la tecnología es que requiere de un especialista que periódicamente revise los datos que la propia tecnología genera para comprobar que se esté usando adecuadamente, pero sobre todo que está ofreciendo los resultados esperables.

En el caso de los planes de prevención del suicidio, el dato más relevante es la reducción de la tasa de suicidio, aspecto fácilmente mensurable y comparable con las tasas previas a la incorporación de la tecnología, por lo que es fácil de evaluar su eficacia. Faltaría sólo saber qué opciones tecnológicas existen, cuál es su eficacia y cómo incorporarlas en la vida diaria del agente para reducir las tasas de suicidio.

Seis son las propuestas tecnológicas que se van a exponer, la primera con respecto a la terapia online para la

policía; la segunda sobre el teléfono de suicidio para agentes; el tercero sobre foros sobre el suicidio privado; la creación de Apps específicas en cuarto lugar; el uso de la inteligencia artificial para la detección de vulnerabilidades en quinto lugar; y por último la detección de aspectos relacionados con la salud.

## PROPUESTA 1. FOMENTO DE LA CIBERTERAPIA PARA LA POLICÍA

Si bien acudir a la consulta sigue siendo imprescindible para recibir el tratamiento oportuno cuando así se establezca como parte de las medidas de prevención entre aquellos agentes que lo requieran, especialmente los que ya tienen historial de intentos de suicidio o de familiares que hayan acabado prematuramente con su vida, si bien es necesario la consulta con el especialista, está ya no tiene porqué ser presencial, pudiéndose producir telemáticamente, con lo que se evita el desplazamiento del agente, con la consiguiente “pérdida” de tiempo que implica. Esto además permite al profesional optimizar las consultas, basándose en un calendario donde los propios agentes pueden reservar su sesión en función de su disponibilidad horaria, de forma que se pueden tener profesionales dedicados a la atención telemática, evitando así los desplazamientos y las demoras en las visitas.

Sobre la terapia online la Dra. Djalila Rahali quien es especialista en ciberpsicología y ha trabajado como consultora para el ministerio del Interior de Argelia señala:

Una consulta psicológica en línea, también denominado e-terapia o ciberterapia, es como una consulta clásica pero que se realiza a través de Internet utilizando una plataforma digital específica y, a veces, atendiendo a

varios pacientes al mismo tiempo. Esto se puede hacer por correo electrónico (contacto asincrónico) o mediante mensajería instantánea (contacto síncrono), aunque en ambos casos la comunicación debe ser segura. También se puede elegir una plataforma que permita la comunicación audiovisual en línea o solo audio (a través de una microcomputadora o un teléfono inteligente).

La ciberterapia sigue un protocolo bien definido donde se lee o escucha a su paciente a través de Internet, hace preguntas pertinentes, envía sus cuestionarios, tablas de evaluación y pruebas psicológicas por correo electrónico seguro y luego analiza los datos obtenidos para hacer su diagnóstico.

Por último, propone a su futuro paciente un protocolo terapéutico estableciendo los objetivos, los medios digitales que se utilizarán, así como las plataformas de comunicación adecuadas que organicen su modo de operar con su paciente.

La consulta en línea permite diagnosticar un caso para seguir un procedimiento. Es gracias a la consulta en línea que se define la relación entre el psicólogo y el usuario. El psicólogo luego decide si es necesaria una ciberterapia de apoyo o si es necesario ir a una ciberterapia profunda. En ambos casos, elabora un protocolo terapéutico y lo propone a la persona que realiza la consulta, que, desde el momento

de la aceptación de la relación terapéutica, se convierte en un paciente cibernético.

A partir de ahí, se establece un programa (fecha, hora, y duración de la cibersecciones, el número de correos electrónicos por semana o por día, etc.) Además, se necesita de una preparación psicológica del paciente para con su compromiso en la relación terapéutica.

Por tanto, la ciberterapia proporciona una herramienta accesible desde cualquier dispositivo y en cualquier lugar lo que facilita el acceso por parte del agente de policía sin necesidad de realizar desplazamientos. Además, esta terapia se lleva a cabo siguiendo las recomendaciones de seguridad por lo que no deja registro de la comunicación mantenida, lo que garantiza que ninguna otra persona tenga conocimiento de estas, superando así la limitación del estigma social que en ocasiones impide solicitar ayuda psicológica al agente para que no le vean, y puedan “pensar” que es débil por ello. Basta pues, disponer de un dispositivo con conexión a internet para poder seguir las sesiones terapéuticas establecidas de acuerdo con el especialista que va a llevarle el caso.

## PROPUESTA 2. TELÉFONOS DE SUICIDIO PARA LA POLICÍA

Hay que comentar que diversos países han habilitado líneas telefónicas o por vía de mensajería para ser atendidos por parte de profesionales de la salud especializados, a los agentes de policía que lo requieran, de forma inmediata. Además, estas llamadas telefónicas al igual que sucede en el caso de los teléfonos de denuncia por violencia de género no dejan rastro en la factura, aspecto que va en la línea de mantener la privacidad en cuanto a la salud mental del agente se refiere. Una medida que según la propia OMS afirma ha resultado eficaz en aquellos países en que se ha implantado, aunque en mi opinión habría que realizar aquí dos comentarios.

- Primeramente, el objetivo de las líneas telefónicas no es terapéutico si no de atención a los casos “agudos” es decir a aquellas personas que están pensando actuar contra su vida, con lo que recibir una primera atención para ser derivados al especialista.

- Segundo, la casuística que se atiende desde esta línea es tan diversa que es difícil que el profesional al otro lado de la línea conozca la realidad o haya tenido contacto con la policía con anterioridad, lo que puede resultar hasta “incómodo” al agente que solicita “ayuda”, tener que explicar las peculiaridades de su trabajo y de cómo este puede estar afectándole.

En España el número más reconocido en caso de intervención en crisis es “El teléfono de la Esperanza” que tiene un servicio de 24 horas en donde se atiende a todo tipo de problemática, por tanto, no es exclusivo para los casos de suicidio. Comentar que desde el Ministerio de Sanidad de España se está preparando un teléfono público y gratuito orientado exclusivamente a atender sobre la temática del suicidio (Salud a Diario, 2018), con un plan semejante al del teléfono 016 que atiende a las víctimas de malos tratos, cuyas características según informa el propio ministerio son (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Servicios Sociales e Igualdad, 2019):

- Atención telefónica y online
  - Atención gratuita y profesional
  - Atención las 24 horas del día los 365 días del año
  - Atención consultas procedentes de todo el territorio
  - Derivación de llamadas de emergencia al 112
  - Coordinación de servicios similares de las Comunidades Autónomas
- Información a las mujeres víctimas de violencia de género y a su entorno sobre qué hacer en caso de maltrato
  - Información sobre recursos y derechos de las víctimas en materia de empleo, servicios sociales, ayudas económicas, recursos de información, de asistencia y de acogida para víctimas de este tipo de violencia

- Asesoramiento jurídico especializado, de 8 a 22 horas, de lunes a domingo.

- Atención telefónica en 52 idiomas: castellano, catalán, euskera, gallego, inglés, francés, alemán, portugués, chino mandarín, ruso, árabe, rumano, búlgaro, tamazight y otros 38 idiomas a través de un servicio de teletraducción.

- Derivación de llamadas realizadas por menores de edad al Teléfono ANAR de Ayuda a Niños y Adolescentes: 900202010

- Derivación de llamadas relacionadas con la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual al teléfono del Ministerio del Interior: 900105090

Cabe esperarse que el número de teléfono que van a crear para la prevención del suicidio cuente con las características anteriores para garantizar su eficacia. A pesar de la buena noticia que supone, no deja de ser un teléfono “general”, y no tanto específico para los cuerpos y fuerzas de seguridad como tienen otros países como con el Plan de Prevención del Suicidio de la Policía Nacional de Colombia (ver Anexo 5).

### PROPUESTA 3. FOROS SOBRE SUICIDIO PARA LA POLICÍA

Las redes sociales se han convertido en la forma de comunicación más habitual entre los jóvenes, donde pueden compartir y comentar lo que piensan o sienten. Día a día va creciendo esta opción, y creándose nuevas redes sociales que intentan aglutinar a nuevos usuarios. La ventaja de estas redes en comparación con otros medios como blogs o foros es la inmediatez de la comunicación. Redes sociales en donde dedicamos tiempo y energía en responder, compartir y dar “Like”, para mantenernos al día sobre las últimas publicaciones del tema de interés o simplemente para estar en contacto con otras personas. Todo ello es una actividad humana, que puede y debe de ser analizada, para ayudarnos a comprender y a describir lo que sucede en el ciberespacio, es decir en Internet.

Actualmente se están desarrollando gran cantidad de datos que pueden ser analizados, sobre la frecuencia de uso, en qué redes dedicamos más tiempo, qué hacemos en cada red, con quienes contactamos..., algo que en principio no parece ser de interés, se ha observado que sirve y mucho para comprender cómo somos. Las últimas investigaciones señalan que tal y como cada uno sea en la realidad, así se comportará en Internet, por lo que se puede realizar el estudio al revés, sabiendo cómo se comporta en la red, podemos averiguar cómo es cada uno.

Una herramienta imprescindible para las ciencias sociales, tal y como la sociología o la psicología social, ya que permite observar cómo van cambiando los grupos en Internet, su interacción, y con ello la sociedad en donde están, pero también es de interés a nivel psicológico, tanto a la hora de detectar psicopatologías como para poder ofrecer soluciones personalizadas al usuario. A raíz de los nuevos medios de comunicación han surgido algunas patologías asociadas al uso intensivo de las redes sociales, ya sean físicas como el Pulgar antigadgets, el Síndrome del Túnel Carpiano..., mientras que entre las psicológicas la más preocupante es la adicción que provoca entre los más jóvenes, lo que los lleva en algunos casos a "encerrarse en su mundo" rechazando salir con los amigos y compañeros para estar "conectado".

Al respecto han surgido algunos estudios sobre el uso de las redes sociales como Facebook en la salud psicológica, comprobando cómo a mayor tiempo que pasan los jóvenes empleando este medio, más posibilidades de que en un futuro desarrollen depresión. Esta relación entre la depresión y las redes sociales sería explicada por la tendencia de la persona depresiva al aislamiento social, acompañado de una baja autoestima, donde busca un sitio en el que "refugiarse" y sentirse "a salvo"; comportamiento similar al observado entre aquellos que pasan demasiado

tiempo empleando Facebook, lo que los lleva a retraerse del mundo, prestando cada vez menos atención y tiempo a las relaciones sociales de su ambiente, en pro de las "relaciones virtuales".

Estudios que por otra parte han sido contrapuestos por otros resultados que o bien demostraban que era una relación muy débil (no significativa) o que incluso iban en el sentido contrario, es decir, el mantener relaciones sociales empleando Facebook permitía que los jóvenes pudiesen expresar sus sentimientos y encontrar el apoyo necesario entre sus contactos para poder superar las situaciones más difíciles de sus vidas, siendo así un factor protector hacia la depresión. Resultados similares se han observado al emplear otros medios tecnológicos como los blogs personales, donde los otros se convierten en una fuente de apoyo y colaboración cuando la persona se encuentra en momentos de dificultad personal. Datos contradictorios que no proporcionan todavía una posición clara sobre si el uso intensivo de las nuevas tecnologías son "buenas" o "malas" para la salud psicológica de sus usuarios al menos así lo afirma un estudio de la Universidad de Nueva Inglaterra (Australia) (Thorsteinsson & Davey, 2014), que analiza el efecto de las redes sociales en la depresión.

En la investigación participaron 98 estudiantes, con

edades comprendidas entre los 12 a 18 años, de los cuales 44 eran mujeres, siendo evaluados en dos momentos diferentes todos ellos habituados al manejo de las redes sociales. Se realizaron cinco medidas diferentes, con la escala sobre el uso compulsivo de Internet; subescala de Depresión de la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés; escala sobre la tendencia a "copiar" los comportamientos de otros; escala de la satisfacción sobre sus relaciones sociales; y una final sobre la autoestima. Los resultados tampoco en esta ocasión son del todo claros, encontrando que sólo cuando se produce un uso compulsivo de internet sí existe una relación de protección con respecto a la depresión, no hallándose dichos efectos positivos en los usuarios que lo usaban de forma esporádica. Probablemente la mayor implicación del joven cuando se trata de un uso compulsivo haga que también los efectos sean más intensos, en este caso de protección hacia la depresión, debido al apoyo social percibido a través de las redes.

Con resultados científicos favorables es posible plantear la conveniencia de crear y administrar foros sobre la problemática del suicidio, dado el beneficio demostrado de este tipo de interacciones, donde los agentes, si no lo tienen buscan cómo mitigar "su angustia" e incluso buscan información o apoyo. Estos foros desde mi punto de vista tienen que ser moderados por un especialista, y no me

refiero a evitar que se produzcan “enfrentamientos” o “insultos” entre participantes, sino que al tratarse de problemas de salud hay que garantizar que la información que se comparte sea veraz y ajustada a los descubrimientos científicos, de forma que no se mantengan ni extiendan falsas creencias con respecto al suicidio, y menos entre agentes que están “contemplando” dicha posibilidad.

Todo ello basado en que la persona que tiene ideación suicida va a buscar información e incluso ayuda sobre su problemática, además, si existe un moderador este puede realizar sugerencias a los agentes para ser derivados a un especialista cuando así lo considere, ofertando también información sobre cómo acceder a la atención inmediata en los casos más graves, con lo que evitar el intento suicida. Por supuesto, estos foros van a tener que seguir las mismas recomendaciones realizadas desde la OMS (O.M.S., 2017), en cuanto al manejo de información sobre el suicidio.

Es decir, en estos foros se evitarán incluir imágenes, vídeos y enlaces externos hacia estos materiales; omitiendo informar de casos donde se detallen el lugar o métodos empleados. Igualmente, no es conveniente exaltar las motivaciones del acto suicida ni mostrarlo como una vía de escape de problemas. En cambio, estos foros deberán de recoger información veraz y precisa encaminada a ofrecer ayuda y apoyo, con posibilidad de adquirir una formación

básica por parte de los agentes sobre el suicidio y su prevención, mostrando los errores y mitos asociados más frecuentes.

Entre la información de calidad que se ofertará a través de estos foros serán las referidas a historias de superación de las ideaciones suicidas o de problemas que hubiesen llevado “al límite” a los agentes de policía y de cómo estos han conseguido superar dicha situación. Por último, un factor escasamente tratado en algunos medios de comunicación (Garrido-Fabián, Serrano-López, & Catalán-Matamoros, 2018), es con relación a la presentación de la familia como soporte de la estabilidad emocional del agente, mostrando cómo el suicidio les afecta y que en ningún caso es una “solución” para los familiares del fallecido.

#### PROPUESTA 4. CREACIÓN DE APP ESPECÍFICA PARA LA POLICÍA

Con respecto al desarrollo de Apps, hay que informar que actualmente no existen demasiadas opciones, y que estas van encaminadas más a informar que a ofrecer una verdadera ayuda cuando así se requiera, de hecho, entre la información de estas Apps está el número de teléfono habilitado para estos casos. A pesar de lo anterior existen Apps que tratan de ir un paso más allá y de servir de guía y apoyo al profesional, para que este sepa qué explorar y en función de la respuesta cómo interpretar la situación, es decir, serviría de primera aproximación a aquellos agentes sociales que se enfrentasen con un caso de intento de suicidio y no conociesen el protocolo establecido al respecto.

Actualmente existen multitud de Apps relacionadas con la salud que “prometen” servir para casi cualquier cosa. Internet y la interconectividad permiten acceder a multitud de servicios que hace unos años sería impensable, uno de estos servicios son las Apps de salud; pequeños programas disponibles para la computadora o los teléfonos inteligentes. Si bien al principio únicamente ofrecían información sobre el ciclo de la mujer, cómo calcular el peso “ideal”, o directamente acceso al vademécum, actualmente se han convertido en verdaderas “consultas” en el bolsillo. Desde las más “populares” Apps de Brain-training que “prometen” mejorar la memoria con sencillos ejercicios,

hasta aquellas más técnicas que supervisan el ritmo cardíaco, e incluso pueden enviar esa información en tiempo real a su médico.

La mayoría de estos productos tecnológicos están realizados por informáticos bienintencionados, pero con escasos conocimientos de salud, de ahí que hasta el momento sólo algunas Apps cuenten con una verdadera utilidad médica. Lo que hace unos años ha provocado cierta controversia, sobre todo entre la comunidad científica y los creadores de las Apps de Brain-training, estos últimos defendiendo su eficacia, mientras que los primeros aludían a la ausencia de datos sobre ello, pero ¿son eficaces las Apps relacionadas con la salud?

Esto es lo que ha tratado de contestarse con una investigación realizada desde la facultad de farmacia de la Universidad de Curtin (Australia) (Anderson, Burford, & Emmerton, 2016). En el estudio participaron 32 adultos, con edades comprendidas entre los 26 a 35 años, de los cuales quince era mujeres, para participar en el mismo era imprescindible usar de forma habitual al menos una App relacionada con la salud. A todos ellos se les pasó una encuesta semiestructurada donde se les preguntaba sobre su satisfacción con este tipo de Apps, el tiempo que le dedica al día, la facilidad de uso, ... De las respuestas evaluaron cuatro factores a analizar, la permanencia con el

Apps, la funcionalidad, la facilidad de uso y la información del creador del dispositivo.

Los resultados muestran cómo los pacientes con enfermedades crónicas tienen una mayor fidelidad a la App específica de su dolencia. Se deja de usar una App cuando ha cumplido el objetivo planteado por el usuario, o cuando el creador hace una nueva App. Una de las limitaciones del estudio es precisamente el empleo en exclusiva de datos cualitativos sobre la percepción del usuario, y no tanto sobre qué es lo que realmente hace, algo fácil de evaluar, ya que hoy en día muchos dispositivos cuentan con un historial de la navegación que permite saber cuándo se instaló la App, cuál es su creador, cuánto tiempo se usa diariamente, y cada cuánto se “renuevan” las Apps. A pesar de estos resultados, el estudio no entra a valorar las Apps en sí mismo, ni técnica ni científicamente, por lo que no proporciona información sobre si los usuarios están usando una App “saludable” o no.

Es por ello por lo que con los datos presentados no se puede contestar a la cuestión inicial sobre si son eficaces las Apps relacionadas con la salud, únicamente cabe indicar que los usuarios las usan, y se deshacen de ellas si ven que no son útiles, cuando ha salido una App mejor o cuando han alcanzado sus “objetivos”.

Muchas son las aplicaciones relacionadas con la salud

a las que se tiene acceso hoy en día donde casi todo el mundo tiene acceso a los smartphones o teléfonos inteligente, los cuales tienen la capacidad de instalar pequeños programas, ya sean desde los más simples como el despertador o el reproductor de música, hasta los relacionados con el tráfico o la gestión empresarial. Desde hace unos años se está realizando una apuesta por el ámbito de la salud acercándola a través de estos pequeños programas o Apps, aspecto que no siempre ha sido visto con buenos ojos, debido a que cualquiera puede crearlos y subirlos para su distribución gratuita o de pago sin requerir nada más que unos breves conocimientos técnicos.

De ahí que se haya visto con recelo estas Apps que en algunos casos "desinformaban" o simplemente se limitaban a repetir la información de Wikipedia. Pero desde las universidades y centros de investigación se han dado cuenta del potencial de estas Apps, y han apostado por la creación de estas con la máxima rigurosidad científica posible, de forma que ahora el paciente puede estar conectado en tiempo real con su médico, o este ver las constantes vitales del paciente sin precisar moverse de su consulta, pero ¿se puede superar el duelo gracias a una App?

Al respecto se presentó una App en el Workshop on Interactive Systems in Health Care desarrollada

conjuntamente por la Universidad de Indiana, la Escuela Simmons y la Universidad Claflin (EEUU) (Baglione, Girard, Price, Clawson, & Shih, 2017). Estos investigadores han partido de que la situación de duelo tarde o temprano va a suceder a todo el mundo, con la pérdida de un ser querido, aspecto que conlleva una serie de sintomatología próxima a la depresiva, y que en algunos casos se hace crónico y desencadena un trastorno de Depresión Mayor.

Los autores han realizado primeramente una revisión de las Apps existentes, viendo que estas se limitaban a ofrecer "espacios abiertos" donde expresar y compartir el dolor de la pérdida, donde un administrador del sitio "mediaba" en dichos testimonios. Entendiendo los investigadores que esta era una forma muy limitada de abordar el duelo y sobre todo de ayudar a la persona que está pasando por esta etapa, establecieron diseñar una App que superase lo ofertado actualmente y que fuese una respuesta "efectiva" para aquellas personas que lo necesitasen. Para ello se administraron cuestionarios tanto de forma presencial en los grupos de apoyo al duelo, como de forma telemática a través de los grupos de Facebook sobre el duelo, mediante el Inventory of Complicated Grief (Prigerson et al., 1995) para la evaluación de las complicaciones durante el duelo, el Texas Revised

Inventory of Grief (Futterman, Holland, Brown, Thompson, & Gallagher-Thompson, 2010) para determinar la sintomatología asociada al duelo y el Coping Strategies Questionnaire (Robinson et al., 1997) para estudiar las estrategias de afrontamiento empleadas ante el duelo.

En el estudio participaron 73 mayores de edad, con edades comprendidas entre los 45 a 54 años, siendo el 96% mujeres. Todos ellos habían perdido a un ser querido en los últimos 5 años. Tres fueron los temas principales que mostraron los participantes, con respecto a la conexión, la investigación y la lectura y el legado.

- Con respecto a la conexión, el 36% habían buscado a personas que habían pasado por similares circunstancias para hablar, como forma de desahogo de su propia experiencia.

- Con respecto a la investigación y lectura, el 27% indicó que se había dedicado a leer sobre el dolor y la pérdida de otros, algo que le había ayudado a superar esos momentos.

- Con respecto al legado, los participantes se solían involucrar en actividades y actos que de "alguna forma" sirviesen para mantener el legado o la memoria "viva" de la persona fallecida, escribiendo en las redes sociales sobre ello o participando en eventos sociales.

Con esta información diseñaron una App donde se le trataba de abarcar los puntos anteriores, creando un

espacio de interacción entre usuarios que habían pasado por similares circunstancias, además de proporcionar lecturas y documentos al respecto; además de un espacio para dejar testimonio de la persona fallecida, con lo que dar respuesta a las demandas más habituales planteadas por los usuarios de los grupos de apoyo al duelo ya sean presencial o virtualmente. Entre las limitaciones del estudio hay que comentar que únicamente se selección a personas mayores de edad, no pudiendo conocer cuáles son las inquietudes de los menores con respecto al duelo.

A destacar en el estudio el uso de Facebook para aproximarse a grupos de pacientes clínico o como en este caso a personas que están en duelo, que de otra forma supondría un mayor coste de tiempo y esfuerzo para los investigadores, aspecto que cada vez es más tenido en cuenta, ya que son los interesados en una misma temática los que se reúnen para hablar y compartir material útil a través de los grupos de Facebook. El esfuerzo de la creación de esta App es encomiable, en el sentido que tratan de dar respuesta a un problema centrado en las propias necesidades de los usuarios que pasan por el duelo, y con ello que consigan el mayor apoyo social para hacer el tránsito lo más llevadero posible. A pesar de lo anterior, estas Apps están abiertas a todo el público, lo que hace que en ocasiones un agente pueda verse “intimidado” ante la

posibilidad de que puedan identificarlo en las redes sociales.

Es por ello, y por aspectos relacionados con la seguridad que se plantea la posibilidad de crear Apps privadas para la policía donde atender de forma directa la problemática del suicidio, de manera que pueda estar informado y reciba el apoyo pertinente al respecto. Incluso sería conveniente que los agentes tuviesen una App de emergencia donde dispongan de un “botón rojo” que puedan pulsar cuando se sientan angustiados o con pensamientos suicidas, es decir, cuando estén en situación “aguda” próximos al acto suicida. Este puede ser una App privada de la policía o un número de teléfono exclusivo donde atender los casos “más graves” de forma que se detenga el acto suicida, e inicie el protocolo de actuación correspondiente. Aspecto que ya ha sido explorado con población civil por ejemplo en la India al crear el Red Button Public Robotic Spectrum (RBPRS); o a través de Apps del tipo “Red Panic Button” o “ICRISIS: Emergency Health Life & Safety Mobile App” donde apretando un botón se notifica a las personas de contacto que se está sufriendo una situación de emergencia.

El efecto inmediato que se produce entre los usuarios de esta aplicación es aumentar el nivel de tranquilidad personal al saber que podrá ser atendida en el momento

que se requiera. En el caso de una App privada para la policía, le permitiría al agente pedir ayuda a un especialista cuando tenga ideaciones suicidas o vaya a atentar contra su vida. Mencionar en este momento, y tal y como lo reconoce la OMS se ha constatado que en la mayoría de las ocasiones en que ha habido un suicidio, la persona había acudido a un médico de atención primaria durante el mes previo al acto, basado en lo cual se esperaría que los agentes que necesiten ayuda, en su mayoría sí van a pulsar el botón para recibirla, con la ventaja de que va a encontrarse con un especialista que le va a saber asesorar y orientar en el momento más crítico, y con ello salvarle la vida.

## PROPUESTA 5. INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADA A DETECTAR VULNERABILIDAD PARA LA POLICÍA

Son muchos los beneficios de incorporar programas de Inteligencia Artificial, los cuales permiten no sólo automatizar los procesos sino optimizar estos, pero para ello se requiere de gran cantidad de datos con los que trabajar. Así se podría crear una base de datos con la información de cada agente actualizada mensualmente por parte de los superiores sobre determinados ítems, como factores de riesgo, casos de intentos de suicidio, acontecimientos dramáticos en el ámbito familiar del agente,... todos estos datos junto con los sociodemográficos, resultados en las pruebas de acceso, puesto actual, lugar de destino, años de servicio,... todo ello junto va a proporcionar un perfil de los agentes más “expuestos” a llevar a cabo actos que atenten contra su vida, y una vez identificados, poner en marcha los medios de intervención establecidos. Esto sin duda sería un gran avance en vez de tener que “esperar” a las estadísticas anuales para conocer cómo va evolucionando la tasa de suicidio entre la policía, a veces con cierta sensación de impotencia al creer que no se puede evitar.

Hay que conocer que existen factores que incrementan los intentos de suicidio, por tanto, en la medida en que estos factores fuesen analizados y contemplados, podría darse un

tratamiento personalizado a los agentes que más riesgo presenten, por ejemplo, derivándolos al especialista quien se encargará de una evaluación en profundidad y de determinar la realidad de una situación de riesgo o no, y en caso de necesitarlo se iniciará el tratamiento oportuno, que en algunos cuerpos incluye la retirada del arma como medida preventiva. Pero si no existe ningún tipo de registro ni siquiera conciencia sobre el valor de estos factores, difícilmente se podrá atender a la persona en cuanto a prevención se refiere, aspecto que informáticamente es fácil de implementar y que únicamente requiere de una actualización de una base de datos en que un superior rellene sobre sus agentes a cargo, quién se ha visto inmerso y quién no en el último mes en alguno de los factores anteriormente indicado.

De esta forma, el propio programa evaluará el porcentaje de riesgo de sufrir un suicidio, tal y como se emplean en el sistema de salud para la prevención de otros problemas, y que tan buenos resultados ha dado en cuanto a diferenciar síntomas que de otra forma pueden pasar desapercibidos porque no se producen próximas en el tiempo o porque no se le dé el justo valor a las mismas. Por tanto, ya no se trata de una cuestión de apreciación personal, sino de usar los avances tecnológicos, incluida la inteligencia artificial para la detección temprana de

factores de riesgo y con ello se puede proceder a una intervención. Actualmente en este sentido se están implementando estas medidas con éxito en otros colectivos como por ejemplo para la prevención del suicidio entre la adolescencia (Hill, Oosterhoff, & Do, 2019)

## PROPUESTA 6. DETECCIÓN AUTOMATIZADA DE LOS ESTADOS EMOCIONALES DE LA POLICÍA

Otro de los avances que se emplean con respecto a la gestión del clima organizacional de los empleados es evaluar sus comunicaciones internas mediante algoritmos de análisis semántico, para lo cual se analizan de forma automática los informes y e-mails del personal. Una variación útil para el ámbito de la prevención sería realizar este análisis automatizado de las comunicaciones para detectar estados emocionales entre el personal. De esta forma tan simple se podría conocer qué agentes muestran estados emocionales negativos mantenidos en el tiempo, los cuales pueden estar relacionados con multitud de aspectos, ya sea su vida laboral o familiar, pero en definitiva que están marcando la vida emocional del agente, lo que a la larga puede derivar en un intento de suicidio.

La detección temprana de estos estados continuados en el tiempo puede permitir intervenir en dichos agentes mediante políticas de formación y fortalecimiento de sus aspectos emocionales, los cuales se ha comprobado que reducen las tasas de suicidio en la población general. Otra iniciativa por incorporar puede ser con respecto a la detección del clima organizacional se puede mencionar a la compañía tecnológica Bunch.ai cuyo sistema permite obtener información de las comunicaciones sobre el ajuste

de la persona a las demandas de la organización, detectando desajustes que darían cuenta de que el agente está sufriendo mayores niveles de estrés organizacional. Igualmente es factible la aplicación automática y anónima de cuestionarios y test de personalidad que informen al agente sobre diversos aspectos de la salud emocional y psicológica, e incluso del riesgo calculado de sufrir un acto suicida, y con ello que el propio agente decida solicitar o no ayuda. Preparando este texto me ha llegado información sobre que en alguna comisaría se ha llevado a cabo una iniciativa similar, en donde el agente se autoevalúa y toma la decisión de informar del resultado o no.

Como profesional de la salud, no puedo estar de acuerdo con esta política de no querer saber por parte de los superiores sobre los resultados de las pruebas de sus agentes, ya que ello va en contra de los propios principios de la prevención del suicidio. Por tanto, y según mi opinión, esta información debe de ser conocida y evaluada por un especialista que valore el nivel de estrés soportado, sobre el estado del ánimo del agente y lo más importante, sobre la posibilidad de sufrir un acto suicida.

## REFERENCIAS

- Anderson, K., Burford, O., & Emmerton, L. (2016). Mobile health apps to facilitate self-care: A qualitative study of user experiences. *PLoS ONE*, *11*(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156164>
- Baglione, A. N., Girard, M. M., Price, M., Clawson, J., & Shih, C. (2017). *Mobile Technologies for Grief Support : Prototyping an Application to Support the Bereaved*. (1). Retrieved from [http://wish.gatech.edu/wp-content/uploads/baglione\\_anna.pdf](http://wish.gatech.edu/wp-content/uploads/baglione_anna.pdf)
- Futterman, A., Holland, J. M., Brown, P. J., Thompson, L. W., & Gallagher-Thompson, D. (2010). Factorial Validity of the Texas Revised Inventory of Grief-Present Scale Among Bereaved Older Adults. *Psychological Assessment*, *22*(3), 675–687. <https://doi.org/10.1037/a0019914>
- Garrido-Fabián, F., Serrano-López, A. E., & Catalán-Matamoros, D. (2018). The use of WHO recommendations for the prevention of suicide. The case of the newspaper Abc. *Revista Latina de Comunicación Social*, *73*, 810–827.
- Hill, R. M., Oosterhoff, B., & Do, C. (2019). Using Machine Learning to Identify Suicide Risk: A Classification Tree Approach to Prospectively Identify Adolescent Suicide Attempters. *Archives of Suicide Research*.

<https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1615018>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Servicios Sociales e Igualdad. (2019). Teléfono 016. Retrieved October 13, 2019, from <https://www.mscbs.gob.es/va/ssi/violenciaGenero/Recursos/telefono016/home.htm>

O.M.S. (2017). *Preventing suicide: A resource for media professionals, update 2017*.

Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., ... Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, *59*(1–2), 65–79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)

Robinson, M. E., Riley, J. L., Myers, C. D., Sadler, I. J., Kvaal, S. A., Geisser, M. E., & Keefe, F. J. (1997). The Coping Strategies Questionnaire: a large sample, item level factor analysis. *The Clinical Journal of Pain*, *13*(1), 43–49. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9084951>

Salud a Diario. (2018). Nuevo plan nacional para la prevención del suicidio, primera causa de muerte entre 15 y 34 años. Retrieved October 13, 2019, from <https://www.saludadiario.es/pacientes-de-cerca/nuevo-plan-nacional-para-la-prevencion-del-suicidio>

Thorsteinsson, E. B., & Davey, L. (2014). Adolescents' Compulsive Internet Use and Depression: A Longitudinal Study. *Open Journal of Depression*, 03(01), 13–17. <https://doi.org/10.4236/ojd.2014.31005>

## CONCLUSIONES

A través de estas páginas se ha querido presentar una realidad de la que escasamente se hacen eco los medios de comunicación y que afecta a muchas familias de unos servidores públicos como es la policía. Desde la OMS se aboga por extender la idea de que el suicidio se puede prevenir y que es cuestión de tener un “buen” plan de para poder reducir las tasas de suicidio entre la población. Planes de prevención que poco a poco se están empezando a incorporar en los distintos cuerpos y países, en ocasiones tristemente “forzados” por las dramáticas cifras de los agentes que pierden su vida. El texto pues trata de ofrecer luz sobre las últimas investigaciones científicas sobre el suicidio en la población de los cuerpos y fuerzas de seguridad, prestando especial atención a aquellos avances en cuanto a planes de prevención se refiere, realizando una revisión sobre los puntos más débiles de los planes implantados que reducen su eficacia. Igualmente se han planteado una serie de propuestas de mejora entre los planes de prevención, y sobre la incorporación de avances tecnológicos al respecto, con la intención en definitiva de reducir la tasa de suicidios entre los agentes de policía.



## ANEXOS

A continuación, se incluyen los anexos con lo que ejemplificar mediante documentos elaborados por organismos e instituciones públicas y privadas, la labor que se está realizando en cuanto a prevención del suicidio en el ámbito policial se refiere. En el caso del Anexo 1. la información proviene del propio gobierno de Francia; en el caso del anexo 2. la información proviene de la Policía de Victoria (Australia); en el anexo 3. se incluyen las medidas del plan estatal de New Jersey Resilience Program for Law Enforcement; en el anexo 4. medidas han sido extraídas de la propuesta de la Agrupación Reformista de Policías; en el anexo 5. se recoge íntegramente el plan de prevención del gobierno de Colombia; en el anexo 6. se recogen los mitos sobre el suicidio según el gobierno de Chile.

## ANEXO 1. PLAN DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DE FRANCIA

Propuestas de intervención en Política Nacional de Prevención del Suicidio en la Policía extraído del informe denominado *Vaincre le malaise des forces de sécurité intérieure: une exigence républicaine* (Boutant & Grosdidier, 2018), de la Comisión de Investigación presentada en junio del 2018 al Senado de Francia.

Propuesta n° 1: Actualizar el estudio científico de 2009 sobre suicidio policial, explorando las razones de la disparidad entre la policía y la gendarmería nacional y entre las diferentes direcciones de la Policía Nacional. Este estudio debe identificar en particular los principales riesgos epidemiológicos del suicidio, específicos de las fuerzas de seguridad interna y los medios para controlarlos.

Propuesta n° 2: Establecer el nuevo programa de movilización suicida lanzado en mayo de 2018 para mantener esta acción en el centro de las prioridades de la administración policial nacional.

Propuesta n° 3: Facilitar el acceso de la policía a los sistemas de apoyo psicológico fuera de la institución.

Propuesta n° 4: Aumentar el número de psicólogos en la gendarmería nacional.

Propuesta n° 5: Aumentar el número de plazas en el Courbat en quince camas, autorizar el manejo de la

psiquiatría en dicho centro, financiar la presencia de un psiquiatra y psicólogo especializado en programa de educación terapéutica para desarrollar una vía de tratamiento al trastorno de estrés postraumático.

Indicar que el Courbat es un centro establecido bajo los auspicios de la Asociación Nacional para la Acción Social de la Policía Nacional y el Ministerio del Interior especializado en la atención del personal del Ministerio del Interior en situaciones de agotamiento, o con comportamientos adictivos, y para la atención post-hospitalaria de lesiones en acto de servicio.

Propuesta n° 6: Generalizar la práctica de la sesión de información posterior a la intervención con la jerarquía después de las operaciones durante las cuales los agentes tienen que enfrentar escenas o situaciones impactantes.

Propuesta n° 7: Brindar una respuesta rápida a las diversas deficiencias administrativas observadas cuando jóvenes policías nacionales llegan a París y garantizar una mejor conformidad del suministro de vivienda a las solicitudes, principalmente policías que abandonaron la academia, en particular, asegurando una mejor entrega del stock de viviendas o aplicando las nuevas reglas relacionadas con la reubicación de las viviendas de este parque.

Propuesta n° 8: Revalorizar los mecanismos financieros

de lealtad de los agentes en la región parisina, contemplando en particular dispositivos atractivos para los agentes de policía que ya han completado varios años en la provincia.

Propuesta n° 9: a largo plazo, garantizar una mejor correspondencia de las aspiraciones de los galardonados con los puestos disponibles a la salida de la academia.

Propuesta n° 10: Desarrollar un Libro Blanco sobre Seguridad Nacional y adoptar las Leyes de Programación de las Fuerzas de Seguridad Nacional para establecer un marco fiscal, operativo y estratégico estable y creíble. Estas leyes deben incluir objetivos fiscales obligatorios para la renovación de bienes inmuebles y flotas.

Propuesta n° 11: Reafirmar el papel de liderazgo de la Dirección de Recursos Humanos y los poderes de la Policía Nacional, otorgándole autoridad sobre las direcciones de empleo en esta área.

Propuesta n° 12: Reformar la organización de la capacitación inicial de los oficiales de la Policía Nacional para promover un acercamiento entre los tres cuerpos de la Policía Nacional y los agentes de la policía técnica y científica, cuando sea apropiado mediante la creación de 'una academia de policía'.

Propuesta n° 13: Reorientar la capacitación inicial de las fuerzas de seguridad interna para tener mejor en

cuenta las necesidades del campo, en particular sistematizando la intervención, de manera informal, del personal operativo.

Propuesta n° 14: Desarrollar la capacitación continua de las fuerzas de seguridad interna, convirtiéndola en una parte obligatoria de su carrera profesional y dando prioridad a los cursos de capacitación cerca de los agentes.

Propuesta No. 15: Mejorar la transparencia en los procedimientos de transferencia y avance dentro de la Policía Nacional siguiendo más los consejos del mediador.

Propuesta n° 16: Mantener, a pesar de la postergación del protocolo para la valorización de carreras, competencias y remuneraciones, el compromiso de la administración de absorber el grupo de fuerzas de paz que esperan una cita para el rango de brigadier.

Propuesta n° 17: Incorporar a la ley de presupuesto de 2019 un sobre destinado a compensar el flujo anual de horas extra realizado por el personal de la Policía Nacional.

Eliminar el stock de horas extras, estableciendo un sistema de compensación por horas no recuperadas y no pagadas, y establecer para este propósito, en la próxima ley de presupuesto, un plan de financiamiento preciso y realista.

Propuesta n° 18: Mejorar la pedagogía sobre los criterios de evaluación del desempeño dentro de la Policía

Nacional y llevar a cabo misiones de inspección para evaluar las prácticas llevadas a cabo en el campo dentro de los servicios. Centrarse en enfoques cualitativos en lugar de cuantitativos para la evaluación.

Propuesta n° 19: Iniciar un rediseño del sistema de informes para racionalizar las solicitudes de estadísticas dirigidas a los distintos servicios.

Propuesta n° 20: Lanzar una reorganización del acompañamiento de las víctimas de la policía para que la protección funcional sea finalmente efectiva; Implementar sistemáticamente el acompañamiento policial en la audiencia por parte de un superior.

Propuesta n° 21: Introducir, en el curso de capacitación inicial de las fuerzas de seguridad interna, un curso de inmersión en el poder judicial.

Propuesta n° 22: Presentar urgentemente un proyecto de cambio del código de procedimiento penal para simplificar las declaraciones orales.

Propuesta n° 23: Realizar una evaluación del nivel de apropiación por parte de la policía y los servicios de gendarmería de las medidas de simplificación del procedimiento penal ya adoptadas y adaptar, en consecuencia, los dispositivos y el apoyo de la comunicación para garantizar un mejor conocimiento de estas medidas.

Propuesta n° 24: Establecer una hoja de ruta precisa y

realista del proyecto de desmaterialización total del procedimiento penal, acompañado de una programación presupuestaria sincera, y estudiar la creación de herramientas de intercambios electrónicos en tiempo real entre investigadores y magistrados.

Propuesta n° 25: Establecer un ambicioso plan de acción para mejorar las condiciones de trabajo de los funcionarios de prisiones. Realizar una reflexión sobre la revaluación de las misiones encomendadas a la administración penitenciaria y sobre las consecuencias que deben extraerse en términos de estatus, capacitación y organización.

Propuesta n° 26: Establecer un grupo de trabajo, común a la policía y la gendarmería, a cargo de inventariar con precisión las "misiones periféricas" y establecer, en consecuencia, una hoja de ruta para su transferencia a de otras administraciones o su abandono.

Propuesta n° 27: Continuar la profesionalización de la policía municipal en:

- consolidar la formación inicial de los agentes de policía municipales y articularla más estrechamente con la formación impartida a los agentes de la Policía Nacional, en particular poniendo a disposición del centro nacional de los formadores del servicio civil territorial (CNFPPT) a profesionales de la Policía Nacional;

- liderar una reforma de su sector legal, ampliando las categorías A y B del cuerpo de policía municipal.

Propuesta n° 28: Promover, de ser necesario, bajo los auspicios de los prefectos e involucrar estrechamente a los fiscales de la República, la negociación de acuerdos de coordinación más precisos, con el beneficio de una mejor complementariedad entre las fuerzas estatales y fuerzas policiales municipales.

Propuesta n° 29: Considerar, con un estado constante, un refuerzo de las prerrogativas de los agentes de policía municipales con respecto a la policía judicial.

Explorando la posibilidad legal de conferirles el estatus de oficial de policía judicial, o incluso, en casos limitados (ley de tránsito y reglamentos municipales), oficial de policía judicial, al establecer en la ley un claro principio de subordinación a la fiscal general y oficial de policía judicial territorialmente competente.

Adaptar, por lo tanto, los procedimientos de reclutamiento y capacitación de policías municipales.

Propuesta n° 30: Implementar todas las recomendaciones del informe IGA 2016 sobre el papel de las redes sociales en la acción de seguridad pública. Perpetuar la práctica de responder sistemáticamente a los ataques de las fuerzas de seguridad interna en las redes sociales cuando están manifiestamente injustificados.

Propuesta n° 31: Mejorar las misiones de los reservistas de la reserva civil de la Policía Nacional para hacerla más atractiva y convertirla en una verdadera fuerza de respaldo que participe en el acercamiento de la población policial, según el modelo de la reserva operacional de la gendarmería nacional.

Propuesta n° 32: Solicitar suficientes cámaras individuales para equipar a todas las unidades de campo de la policía y la gendarmería nacional y proporcionar un plan de renovación regular para evitar la obsolescencia de estos materiales.

## ANEXO 2. EL MODELO DE SALUD MENTAL Y BIENESTAR DE LA POLICÍA DE VICTORIA (AUSTRALIA)

Nuestro modelo de salud mental y bienestar es la base para lograr nuestra visión. Colocamos al empleado y su salud, seguridad y bienestar en el centro. Reconocemos que las necesidades de nuestros empleados cambian a lo largo de sus carreras y más allá. Como resultado, adoptamos un enfoque de ciclo de vida para la salud mental y el bienestar de los empleados.

Definimos las etapas del ciclo de vida como preempleo y reclutamiento, carrera y vida laboral, transición a la salida y post-salida.

El modelo también reconoce las diferentes etapas en la respuesta a los problemas de salud mental e incluye un enfoque de tres niveles para satisfacer las necesidades de nuestros empleados, a saber, prevención, intervención y recuperación. Estas bases nos permiten garantizar que, en cada oportunidad, etapa profesional y punto de transición, nos centremos tanto en la prevención y la intervención temprana como en la respuesta. Además, nuestro objetivo es utilizar un enfoque basado en la fuerza para desarrollar habilidades y fortalezas personales, al tiempo que se reducen los riesgos para la salud mental y el bienestar. Esto debería tener lugar a nivel individual, así como a nivel organizacional.

- **Prevención:** esté atento y luego prepárese

Esto significa estar atento a los riesgos en el entorno laboral y poner en marcha iniciativas que reduzcan los riesgos de lesiones de salud mental. También significa desarrollar y fortalecer las habilidades y capacidades de nuestra gente para prepararlos y equiparlos para asumir sus roles. Esto incluye estrategias de selección efectivas, aumentar la alfabetización en salud mental, involucrar a las familias, desarrollar habilidades de liderazgo, mejorar la resiliencia y las habilidades de afrontamiento, desarrollar la confianza en las habilidades operativas, desarrollar sistemas de trabajo más ágiles e integrados y desarrollar un marco sólido de prevención del suicidio.

- **Intervención:** detectar los signos y actuar

Esto significa estar listo: que, en los primeros signos y etapas, estamos listos para proporcionar una intervención temprana efectiva y accesible a los empleados y sus lugares de trabajo. Esto incluye aumentar la conciencia, alentar a las personas a hablar, apoyar el comportamiento de búsqueda de ayuda, educar a los gerentes y mejorar todos los aspectos de los servicios de salud mental.

- **Recuperación:** responder, recuperarse y crecer

Esto significa ser receptivo: mantener un enfoque centrado en la persona para proporcionar la atención adecuada en el momento adecuado que satisfaga las

necesidades de los empleados. La respuesta y la intervención deberían ayudar a los empleados no solo a recuperarse, sino también a recuperar su salud mental y su bienestar, crecer y poder participar en una vida y carrera gratificantes. Esto incluye la responsabilidad de los programas de retorno al trabajo, opciones de empleo flexibles y una cultura que defiende el papel de la familia y las redes de apoyo en el proceso de recuperación.

La Estrategia y Plan de Acción de Salud Mental y Bienestar 2017-2020 proporciona una dirección organizativa que se basa en los servicios y estructuras existentes para proporcionar un nivel de atención e intervención más holístico e integrado para todos los empleados. Nuestros servicios de apoyo para el bienestar brindan servicios de prevención, intervención y respuesta:

**- Servicio de guardia en caso de crisis e incidentes críticos las 24 horas**

El apoyo psicológico profesional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana a través de nuestro servicio de guardia, que cuenta con la Unidad de Psicología de la Policía y el Bienestar de la Policía, y cuenta con el apoyo adicional de Capellanía y Apoyo de Compañeros. Este servicio brinda apoyo en casos de crisis a personas y lugares de trabajo, evaluaciones de riesgos, asesoramiento de gestión sobre salud mental en el lugar de trabajo y apoyo

para otros asuntos de interés psicológico. Este servicio también proporciona respuesta formal a incidentes críticos y seguimiento de incidentes operativos y otros eventos en el lugar de trabajo.

#### **- Asesoramiento y referencias**

El asesoramiento confidencial está disponible para todos los empleados y sus socios e hijos. La Unidad de Psicología de la Policía proporciona derivaciones a clínicos con experiencia en salud mental en todo el estado a través de nuestro Programa de Asistencia al Empleado (EAP), así como también algunos consejos internos. Cuando no se requiere asesoramiento o tratamiento, la Unidad de Psicología de la Policía y el Bienestar de la Policía continúan brindando apoyo emocional, monitoreo, consulta y asesoramiento a las personas que experimentan dificultades.

#### **- Administradores de casos**

El deber principal del rol de administrador de casos es proporcionar evaluación e intervención a los clientes que necesitan apoyo. El proceso de gestión de casos comienza con el desarrollo de una relación de trabajo entre el empleado y el administrador de casos. El administrador de casos adopta una visión sistémica e identificará y trabajará con las partes interesadas clave y las personas de apoyo designadas para contribuir a resultados positivos para el

empleado.

- **Safe-t-net**

Safe-t-net es un sistema de apoyo de bienestar de intervención temprana diseñado para identificar, registrar y monitorear la exposición de nuestros empleados a eventos que tienen el potencial de afectar su bienestar. safe-t-net se ha desarrollado para proporcionar a nuestros empleados la oportunidad de hablar con su gerente sobre el impacto actual o los impactos acumulativos que un evento o serie de eventos en particular está teniendo en su bienestar y permitir el acceso al soporte adecuado. safe-t-net se centra en la relación entre el gerente y el empleado con "una conversación a la vez".

- **Equipt**

Equipt es una aplicación gratuita para teléfonos inteligentes de bienestar desarrollada por Victoria Police y The Police Association Victoria, junto con nuestros empleados y Phoenix Australia - Center for Posttraumatic Mental Health. equipt está diseñado para oficiales jurados actuales y anteriores, todos los empleados de la policía de Victoria y sus familias. equipt proporciona herramientas que pueden ayudar a nuestros empleados a fortalecer su bienestar físico, social y emocional. Puede medir y rastrear el bienestar a lo largo del tiempo y poner a nuestros empleados en contacto con el soporte si lo necesitan o

cuando lo necesiten. La aplicación equipt es completamente confidencial, está disponible en cualquier momento y se puede descargar de forma gratuita desde App Store y Google Play.

- **Apoyo organizacional en el lugar de trabajo**

La Unidad de Psicología de la Policía ofrece una gama de servicios en el lugar de trabajo que incluyen consultas, asesoramiento, asesoramiento y apoyo, con el objetivo de crear lugares de trabajo psicológicamente saludables. Esto incluye un servicio para que los gerentes dentro de la organización accedan a información, asesoramiento, asesoramiento y apoyo sobre la gestión de problemas de salud mental que se presentan en sus lugares de trabajo. En línea con las recomendaciones de la Revisión de Salud Mental, se han empleado trece (13) psicólogos adicionales para ayudar a los empleados a acceder a ayuda y apoyo rápidos.

- **Capacitación y educación**

Victoria Police ofrece programas y servicios educativos sobre una variedad de temas relacionados con la salud mental y el funcionamiento del lugar de trabajo. Dichos programas van desde la alfabetización en salud mental dirigida a individuos, hasta el desarrollo de habilidades para gerentes, hasta la resiliencia de los equipos. Se han empleado dos educadores para brindar mayor capacitación

y educación. Los programas actuales incluyen: • Healthy Minds @ Work • Healthy Minds @ Work - Gerentes • ASSIST (primeros auxilios psicológicos para gerentes) • Resilience @ Work (programas individuales, de equipo y líderes) • Trabajar bien, prevenir el estrés • Separarse con apoyo y seguridad • Manejo de cargas de trabajo pesadas • Change @ Work • Comprender y mejorar las vacaciones no planificadas • Conversaciones críticas

#### **- Apoyo entre pares**

El Programa de apoyo entre pares es una sólida red de voluntarios en toda la organización, que asumen sus funciones además de sus deberes normales. Están capacitados para ayudar a otros empleados con asuntos personales o laborales a nivel local. A menudo son el primer punto de contacto para los empleados en el lugar de trabajo, y pueden proporcionar apoyo, referencias e información, y ayudar a las personas a acceder a otros servicios y apoyos. Nuestros oficiales de apoyo de pares son supervisados por la Unidad de Coordinación de Apoyo de Pares.

#### **- Apoyo a testigos internos**

La Unidad de Apoyo a Testigos internos se encuentra dentro del Departamento de Bienestar de la Policía y cuenta con agentes de policía que desempeñan una función específica de bienestar. Este es un servicio dedicado y confidencial que se brinda específicamente a los empleados

que informan o brindan información en relación con una presunta corrupción, criminalidad o mala conducta de otro empleado. La Unidad de Apoyo a Testigos Internos acepta referencias en relación con cualquier funcionario jurado, funcionario público victoriano, oficial de servicios de protección o recluta que haya hecho una divulgación protegida bajo la Ley de Divulgación Protegida de 2013, que sea una fuente interna o un testigo policial.

**- Capellanía**

Nuestra red de Capellanía se compone de capellanes de alto nivel que cuentan con el apoyo de una red de capellanes en todo el estado. Proporcionan una gama de servicios de cuidado pastoral a los empleados y sus familias, y están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana. Nuestros capellanes representan una variedad de denominaciones para apoyar las diversas necesidades espirituales de nuestros empleados, y están disponibles para visitas, además de realizar una variedad de ceremonias y deberes formales.

**- Servicios externos y relacionados:**

Los siguientes servicios de apoyo externo también están disponibles para los empleados de Victoria Police:

**- La Asociación de Policías Victoria**

La Asociación de Policías Victoria brinda acceso a asesoramiento gratuito y confidencial a los empleados y sus

familias a través de un EAP, y cuenta con oficiales de asistencia social que pueden apoyar a los empleados.

**- La Unión de la Comunidad y el Sector Público**

La Unión de la Comunidad y el Sector Público brinda un apoyo integral para los servidores públicos actuales y jubilados. Una División de Oficiales Jubilados también puede apoyar a los empleados.

**- La Asociación de Policías Jubilados**

La Asociación de Policías Jubilados coordina una serie de actividades que facilitan que los antiguos empleados jurados se mantengan en contacto.

**- Programa de apoyo de pares jubilados:**

El programa de apoyo de pares jubilados recientemente establecido consiste en exempleados que se han ofrecido como voluntarios para asumir un rol formal de apoyo de pares para exempleados jurados, proporcionando así la continuidad del modelo de apoyo basado en pares para las personas en sus vidas posteriores a la policía de Victoria. Este programa será apoyado y ampliado como parte del Plan de Acción Estratégico de Salud Mental y Bienestar 2017-2020.

### ANEXO 3. PLAN DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DE NEW JERSEY (EE. UU.)

La "capacidad de recuperación" se define como la capacidad de superar la adversidad, y el Programa de resistencia de Nueva Jersey para la aplicación de la ley (NJRP-LE) está diseñado para hacer precisamente eso. Esta Directiva reconoce que proteger la salud mental de un oficial es tan importante como proteger su seguridad física, y se esfuerza por crear una cultura de apoyo para los agentes del orden, sus familias y amigos, así como para la comunidad más amplia de Nueva Jersey.

Como resultado, esta Directiva requiere que todas las agencias de aplicación de la ley designen al menos un Oficial del Programa de Resiliencia (RPO), que será responsable de implementar el NJRP-LE en su agencia de acuerdo con la estructura y los parámetros que se detallan a continuación. La RPO no solo capacitará a los oficiales de su agencia en el NJRP-LE, sino que también estará disponible para todos los agentes de la ley para responder preguntas directamente relacionadas con la capacitación y proporcionar información de contacto para cualquier otro servicio y programa de apoyo. La RPO no está destinada a reemplazar los programas de apoyo existentes y se alienta a los agentes de la ley a que sigan utilizando estos y otros programas cuando sea necesario.

*-Definiciones:*

**A. "Oficial de programa de resiliencia" (RPO)**

Se refiere a un oficial de cumplimiento de la ley designado que es responsable de la capacitación e implementación del NJRP-LE dentro de su agencia. La RPO se pondrá a disposición de los agentes de la ley en su agencia, o de cualquier agencia en el Estado, para recibir asistencia con respecto al NJRP-LE y sus técnicas, y proporcionará asistencia de referencia de recursos a los agentes de la ley. El puesto de RPO no está diseñado para suplantar los deberes y responsabilidades de los programas de asesoramiento y apoyo ya implementados; más bien, el RPO es responsable de proporcionar la información de contacto de dichos programas a un agente de la ley si así se solicita. Un RPO también puede servir como Entrenador de RPO del Estado o Entrenador de RPO del Condado, como se definen a continuación.

**B. "Oficial Jefe de Resiliencia"**

Se refiere a un detective o fiscal general adjunto asignado a la División de Justicia Criminal, quien es designado por el director de la División de Justicia Criminal, para asegurar la implementación de esta Directiva y supervisar los esfuerzos de la División para

fortalecer la resiliencia entre los agentes de la ley estatales, del condado y locales en Nueva Jersey.

**C. El “Programa de resiliencia de Nueva Jersey para la aplicación de la ley” (NJRP-LE)**

Se refiere a un programa de capacitación desarrollado por expertos en el ámbito académico, militar y policial federal y estatal que se compone de dominios y principios específicos. El NJRP-LE inculca una cultura positiva para los agentes de la ley al proporcionarles las herramientas para resistir, recuperarse y crecer frente a estresores, traumas y las demandas cambiantes de su trabajo único.

**D. "Entrenador de RPO del Condado"**

Se refiere a un oficial de la ley activo o retirado o un fiscal asistente activo o retirado que es designado por su Fiscal del Condado para participar en el programa NJRP-LE de capacitar al entrenador desarrollado por la División de Justicia Criminal.

**E. "Entrenador estatal de RPO"**

Se refiere a un oficial de la ley activo o retirado o un fiscal asistente o fiscal general adjunto activo o retirado, quien es designado por el director de la agencia estatal o el Superintendente / coronel, según corresponda, para

participar en el programa de capacitación de capacitadores NJRP-LE desarrollado por la División de Justicia Criminal

*-Aplicación de la directiva:*

### **A. Nombramiento del Director de Resiliencia.**

Dentro de los 60 días posteriores a la emisión de esta Directiva, el director de la División de Justicia Criminal designará a un Oficial Jefe de Resiliencia, quien asegurará la implementación de esta Directiva y supervisará los esfuerzos de la División para fortalecer la capacidad de recuperación entre los agentes del orden público estatales, del condado y locales. en Nueva Jersey

### **B. Nombramiento de oficiales del programa de resiliencia (RPO).**

Dentro de los 60 días de la emisión de esta Directiva, el jefe de cada agencia de aplicación de la ley en Nueva Jersey designará uno o más RPO para su agencia. La selección de la RPO es fundamental para el bienestar de los agentes de la ley de nuestro estado y el éxito del NJRP-LE. Al hacer estas selecciones, el funcionario que designa deberá considerar las necesidades y circunstancias específicas de la agencia, así como las calificaciones de los candidatos de RPO, incluidos los años de experiencia en la aplicación de la ley, las tareas de trabajo pasadas y actuales, el interés en el puesto y cualquier otra cuestión relevante. formación.

El funcionario de nombramiento se asegurará de que todos los funcionarios de su agencia reciban el nombre y la información de contacto de los RPO designados.

### **C. Notificación de nombramientos de RPO.**

Dentro de los 15 días posteriores a la designación de uno o más RPO, el funcionario que designe deberá proporcionar el nombre y la información de contacto de los RPO a los funcionarios estatales de la siguiente manera:

1. Para las agencias de cumplimiento de la ley locales y del condado, el funcionario que designe deberá proporcionar la información relevante al Fiscal del Condado en el condado donde se encuentra la agencia. El Fiscal del Condado deberá a su vez proporcionar la información a la División de Justicia Criminal, Fiscalía, Supervisión y Oficina de Capacitación.

2. Para la Policía Estatal de Nueva Jersey, el funcionario que designe deberá proporcionar la información relevante a la Oficina de Normas Profesionales de la Aplicación de la Ley (OLEPS). A su vez, OLEPS proporcionará la información a la División de Justicia Criminal, Fiscalía y Oficina de Capacitación.

3. Para todos los demás organismos estatales encargados de hacer cumplir la ley, el funcionario que designe deberá proporcionar la información pertinente a la

División de Justicia Criminal, Fiscalía y Oficina de Capacitación.

4. Los funcionarios que designen deberán seguir los procedimientos de notificación anteriores al designar cualquier RPO nuevo o de reemplazo, y al menos una vez al año garantizarán la exactitud del nombre y la información de contacto de los RPO de la agencia.

#### **D. Compilación estatal de RPO.**

La División de Justicia Criminal compilará una lista estatal que contiene los nombres y la información de contacto de todas las RPO, y proporcionará la lista a todas las agencias de aplicación de la ley en Nueva Jersey. El jefe de cada agencia se asegurará de que la lista estatal de RPO esté disponible para todos los oficiales dentro de su agencia en un servidor no público o en un sitio de intranet.

#### **E. Implementación del programa de capacitación NJRP-LE.**

El director de la División de Justicia Criminal, en consulta con el Oficial Principal de Resiliencia, asegurará la implementación de un programa de capacitación a nivel estatal, específicamente NJRP-LE, de la siguiente manera:

1. Dentro de los 60 días de la emisión de esta Directiva, cada Fiscal del Condado designará uno o más Entrenadores

de RPO del Condado, y cada agencia estatal de aplicación de la ley designará uno o más Entrenadores de RPO del Estado.

2. Dentro de los 90 días posteriores a la emisión de esta Directiva, el director, o su designado, creará un programa de dos días de "capacitar al capacitador" para implementar el NJRP-LE. Todos los entrenadores RPO del condado y los entrenadores estatales RPO deberán completar este programa a más tardar el 31 de diciembre de 2020.

3. Al completar el programa de capacitación de capacitadores, los capacitadores de RPO del condado serán responsables de capacitar a los RPO de las agencias policiales locales dentro de ese condado. Esta responsabilidad no impide que un capacitador de RPO del condado ayude a otro condado a capacitar a los RPO de ese condado si es necesario.

4. Una vez que las RPO de las agencias policiales locales reciben capacitación de los capacitadores de RPO del condado, esas RPO son responsables de capacitar a todos los agentes de la ley dentro de sus propias agencias.

5. Todos los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en Nueva Jersey recibirán capacitación en NJRPLE a más tardar el 31 de diciembre de 2022.

#### ANEXO 4. MEDIDAS PROPUESTAS POR LA AGRUPACIÓN REFORMISTA DE POLICÍAS

Extracto de las medidas descritas en la Propuesta de Plan de Prevención de Suicidios en el ámbito del Cuerpo de la Policía Nacional elaborado por la Agrupación Reformista de Policías (A.R.P., 2018), en donde se recogen medidas de tipo preventivas, asistenciales y formativas.

##### **7.1. Medidas preventivas**

i. Creación de una Unidad Especializada en atención psicosocial conformada por psiquiatras y psicólogos, dependiente de la Dirección General de la Policía, cuyas misiones fundamentales serán:

a. Controles periódicos de oficio de todo el personal policial, tanto de analíticas de detección de consumo de drogas, como test de 34 35 personalidad. Lo aconsejable sería que la periodicidad fuera mensual

b. Asistencia específica en casos en los que el policía haya sido sometido a una situación con especial carga de estrés, con ocasión de intervenciones peligrosas, armadas o críticas

c. Elaboración de informes que faciliten la prevención de los suicidios en base a la información adquirida en los controles y las asistencias a policías, así como a los datos que se registren sobre suicidios consumados y tentativas

d. Custodiar los test de personalidad de los aspirantes

que hayan accedido al cuerpo, al objeto, en su caso, de realizar comparativas individualizadas con los resultados de cuestionarios actuales

## **7.2. Medidas asistenciales**

### **7.3. Medidas formativas**

□ Charlas a familiares directos de los policías sobre detección de señales que pueden apuntar a un problema de salud mental en el policía. En este punto resultaría interesante la colaboración del personal de Participación Ciudadana con formación en esta materia

□ Charlas dirigidas al colectivo policial en las que participen policías o guardias civiles supervivientes que algún día decidieron seriamente poner fin a su vida y que, bien por el azar, bien por arrepentimiento en el último y definitivo instante, no se produjo su muerte. En ocasiones, la empatía y la compasión pueden resultar decisivas y muy beneficiosas para mitigar la ideación suicida de un policía; por ello, el aporte que estas personas (supervivientes) pueden dar al policía afectado puede suponer el paso de la muerte a la vida

## ANEXO 5.- PLAN DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DE COLOMBIA

Medidas específicas del Plan de Prevención del Suicidio de la Policía Nacional de Colombia del gobierno de Colombia actualmente vigente.

- Coordinación institucional: Implementación de la Directiva Administrativa Permanente No. 015 del 13 de marzo de 2008 “Protocolo para la detección, atención e intervención de la conducta suicida”, cuya finalidad es determinar roles y responsabilidades de las unidades comprometidas en el desarrollo y práctica del mismo (Dirección y Subdirección General. Dirección de Seguridad Ciudadana. Dirección de Sanidad. Dirección de Bienestar Social y Dirección Nacional de Escuelas, entre otras).

- Implementación del Instructivo DIPON OFPLA No. 007 del 15 de marzo de 2017 “Prevención del suicidio un compromiso de todos”, cuya finalidad es la coordinación intrainstitucional para la realización de las acciones de prevención y reducción de la conducta suicida, allí señaladas.

- Sensibilización frente a los mitos y estigmas culturales e institucionales, en torno a la enfermedad mental y al suicidio: sensibilización frente a las señales de alerta suicida, a través de la Estrategia Apasiónate por la Vida con el Eje de Prevención del Suicidio “Mi Vida Mi

Pasión, socializando y capacitando a partir del análisis de casos a comandantes, mandos ejecutivos (mandos medios en la Institución), funcionarios y profesionales en salud mental, sobre la prevención, detección temprana, canalización oportuna y atención en primeros auxilios psicológicos en casos de conducta suicida.

Esta estrategia se apoya con la distribución física de cartillas a nivel país y publicación de las mismas en la biblioteca virtual de la página web de la PNC.

- Celebración de pulsos en salud: conmemoración del Día mundial de la prevención del suicidio (10 de septiembre) en todas las áreas y seccionales de sanidad a nivel país. Verificación y seguimiento desde el nivel central de la Dirección de Sanidad, a las actividades desarrolladas en dicha fecha, mediante el cumplimiento a una orden de servicio emitida para tal efecto.

- Divulgación del servicio de la Línea de Apoyo Emocional mediante diversos medios de comunicación institucional (página web, radio, folletos, afiches, en las atenciones en salud de PyP y de consulta externa, mensajes de texto a celular, aplicativa gestión de la información).

La Línea de Apoyo Emocional es una estrategia de atención primaria en salud mental de la Dirección de Sanidad, para la atención telefónica en primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis emocional, a toda la

población beneficiaría del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Este servicio está disponible las 24 horas del día. 7 días a la semana, a nivel nacional; es gratuito desde cualquier operador de telefonía fija o móvil (018000910588) y es atendido por profesionales en psicología clínica no uniformados.

- Realización de talleres dirigidos a fortalecer las habilidades para la vida como: inteligencia emocional, elección de pareja, proyecto de vida, manejo del dinero, entre otros. Estas actividades son desplegadas por profesionales de salud mental en las diferentes unidades policiales, a quienes a su vez se les brinda capacitación y actualización permanente por parte del nivel central.

- Emisión de alertas para la prevención a través de comunicados oficiales, dirigidos a los jefes de seccionales y áreas de Sanidad Policial en el ámbito nacional, en la que se dan a conocer las acciones a desarrollar desde la misionalidad de la Dirección de Sanidad Policial y el compromiso de involucrar las demás direcciones institucionales, en la ejecución de las mismas.

- Prevención y abordaje de la conducta suicida:

### **Dirección de Sanidad:**

1. Vigilancia epidemiológica de los casos de conducta suicida, a través de diversas fuentes de información,

gestión de la información, reportes de DITAH, DIBIE, DIJIN, DIPOL. profesionales en salud de los diferentes establecimientos de Sanidad nivel país y otros funcionarios.

2. Respuesta rápida y eficaz para la atención de personal con ideación suicida o riesgo de tentativa suicida, para lo cual, el funcionario (superior, subalterno, compañero) que identifique una señal pre-suicida, debe informar de la misma al servicio de salud más cercano, de modo tal, que se garantice la derivación respectiva en los tiempos pertinentes a la prioridad y/o urgencia del caso: atención primaria. Urgencias. Salud mental. Unidad de hospitalización. Alta.

3. Evaluación de forma sistemática de riesgo de conducta suicida o enfermedades y problemas mentales asociados a la misma, en los servicios de atención primaria, servicios hospitalarios y en salud mental. Evaluación cuyo instrumento esencial es la entrevista clínica, acompañada, no obstante, en los casos en los que se identifique la presencia de la misma, del diligenciamiento de los siguientes formatos institucionales de caracterización de la conducta suicida, con su respectivo instructivo de diligenciamiento y criterios de valoración según la manifestación presentada.

Anexo 1. Directiva permanente No. 015/ del 13/03/2008

"Protocolo para la detección, atención e intervención de la conducta suicida" ficha de remisión conducta suicida.

Anexo 2. Directiva permanente No. 015/ del 13/03/2008: formato de registro conducta suicida. Anexo 3. Directiva permanente No. 015/ del 13/03/2008: ficha de seguimiento de casos de conducta suicida.

Anexo 4. Directiva permanente No. 015/ del 13/03/2008: formato cierre de caso conducta suicida. Verificación y seguimiento a la continuidad de los tratamientos en salud mental, a los que dé lugar la clínica psicológica de la conducta suicida emitida: servicio en línea (Línea de Apoyo Emocional) y de consulta externa (psicología, trabajo social y/o psiquiatría).

4. Verificación y seguimiento a la continuidad de los tratamientos en salud mental, a los que dé lugar la clínica psicológica de las problemáticas identificadas como principalmente asociadas a la conducta suicida: problemas de pareja. Problemas laborales. Problemas económicos y depresión, entre otros, emergentes en las mesas de trabajo para el estudio de la conducta suicida.

5. Divulgación permanente del servicio de la Línea de Apoyo Emocional y disponibilidad 24/7 del servicio a nivel nacional. Servicio que fortalece su importancia, en la detección, intervención psicológica y remisión de casos con ideación suicida y seguimiento a los casos recepcionados

por tentativa de suicidio.

Los usuarios en los que se identifican factores de alarma y de riesgo, son estabilizados de forma inmediata y canalizados a servicios presenciales, contribuyendo de forma significativa a evitar que la ideación suicida transite a conductas autoagresoras y suicidios consumados. Cuando el caso es identificado, se procede a realizar la remisión al profesional de salud mental correspondiente al

Departamento en el que se encuentra ubicado el usuario, para la realización de la valoración prioritaria en psicología, psiquiatría y/o trabajo social según corresponda.

Frente a los casos de intento de suicidio reportados al servicio, se realiza seguimiento a la evolución del caso y una vez dados de alta de las unidades de urgencias u hospitalización, se realiza un seguimiento periódico a la continuidad de los tratamientos en salud mental requeridos.

Adicionalmente, la Línea de Apoyo Emocional ofrece un espacio de orientación y guía para la prestación de primeros auxilios psicológicos por parte de los funcionarios de la institución (uniformados y/o profesionales de salud) que atienden situaciones de riesgo suicida y cuyas condiciones contextuales o de salud, no facilitan la atención directa por parte del profesional de la LINAE.

### **Dirección de Bienestar Social:**

1. Realización de visitas socio familiares de los funcionarios de la Policía Nacional “Instructivo 015 DIPON-DIBIE 13/04/2016”, para la detección y reporte oportuno a las direcciones e instancias respectivas, de problemáticas que afecten de manera significativa, su salud emocional y mental.

2. Revisión en los comités de gestión humana, de los casos donde se estén evidenciando señales de alerta, de modo tal que se articulen y gestionen acciones de atención e intervención oportunas.

3. Disponer la sistematización en el aplicativo "Recrea", con nombres, apellidos y documento de identificación, del personal que participa en actividades de sensibilización en temas de prevención de riesgos psicosociales, así como del despliegue de actividades relacionadas con programas de recreación, deporte y cultura.

4. Generar alianzas y espacios para la capacitación del personal, sobre el manejo de situaciones difíciles, utilización del tiempo libre y demás que ayude a los funcionarios a mejorar sus capacidades.

5. A través de los equipos de Apoyo Psicosocial (anteriormente denominados equipos de desarrollo humano), generar habilidades relacionadas con el conocimiento de sí mismo, la comunicación efectiva, el

manejo de emociones y sentimientos, empatía, toma de decisiones, relaciones interpersonales, solución de problemas y conflictos.

Dirección de Talento Humano, (Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo- SGSST), Comandantes de Metropolitanas, Departamentos de Policía y Dirección de Bienestar Social:

1. Ejercer control frente al estricto cumplimiento a la Resolución No. 01360 del 08/04/2016 "por la cual se expide el manual de calidad de vida para el personal de la Policía Nacional" así como a la Resolución 01361 del 08/04/2016 "por la cual se establece los criterios para la asignación de turno de descanso del personal uniformado de la Policía Nacional".

2. Garantizar el respeto por los turnos de descanso ordinarios (franquicia), extraordinarios (permisos especiales) y periodos de vacaciones.

3. Velar por el correcto gerenciamiento del talento humano en cada una de sus unidades, verificando las cargas laborales y la adecuada planeación de los servicios de policía.

4. Promover el debido control y atención al personal que se encuentra con excusa parcial o total, garantizando el cumplimiento estricto de las recomendaciones en salud para una rápida y efectiva recuperación.

5. Gestión de los riesgos psicolaborales establecidos desde el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo- SGSST, con prioridad de aquellas que registren eventos de conducta suicida (intento y suicidio consumado. Presentar al alto mando en un término de un mes después de sucedido el evento, los resultados y las acciones propuestas para mejorar el entorno laboral.

6. Revisión oportuna de las solicitudes de traslados como casos especiales, relacionados con los casos de alerta.

7. Potenciar sistemas de alerta y acciones de orientación técnica institucional al personal que presente problemas económicos y disciplinarios.

8. Crear espacios institucionales que vinculen a las familias de los uniformados, permitiendo promover actividades de fortalecimiento familiar y espiritual, a través del uso de alianzas y convenios, con los que cuenta el Ministerio de Defensa y la Policía Nacional.

- Control para el porte y uso del armamento de dotación:

El disparo con arma de fuego se mantiene como el principal mecanismo de autoagresión de la población policial, motivo por el cual, los grupos de Talento Humano han de indicar a los armerillos el personal que tiene restricción de porte y uso de armas, conforme lo señalan las excusas de servicio.

Los cuadros de mando deben verificar las condiciones en salud del personal, antes de salir de turno y controlar la efectiva entrega de armamento al finalizar cada turno.

- Postvención:

Reporte oportuno del suicidio consumado en personal uniformado, a la Línea de Apoyo Emocional. Servicio desde el cual se despliegan acciones de activación de red con los profesionales en salud mental del nivel país, para la notificación de la mala noticia y acompañamiento en primeros auxilios psicológicos a las familias de los autoagresores, como núcleo primario de apoyo, antes y durante todo el proceso funeral. Esto con el propósito de intervenir profesionalmente las crisis emergentes, favorecer estrategias de afrontamiento generativas, reducir el riesgo de duelos patológicos, descompensaciones de salud significativas y dar apertura a la posibilidad de configurar posteriores escenarios de psicoterapia.

Diligenciamiento por parto de los profesionales en salud mental que realizan las acciones de notificación y acompañamiento a las familias, de la ficha de caracterización de conducta suicida. Ficha mediante la cual se propicia una valoración contextual de la configuración, evolución y emergencia de la conducta suicida en los contextos laboral y familiar del autoagresor, así como de los factores de riesgo y factores protectores en estos contextos,

con el fin de focalizar las atenciones e intervenciones posteriores al evento suicida.

Atención e intervención psicológica en las unidades laborales donde suceden los hechos y/o donde se encontraban vinculados los autoagresores, para el manejo oportuno y adecuado de las situaciones de crisis en el personal policial expuesto a conductas suicidas de forma directa e indirecta. De modo tal, que sea posible en primera instancia, un proceso de resignificación de la conducta suicida en la cual se le desarticule como estrategia de afrontamiento ante dilemas, problemas y/o conflictos vitales, minimizando así, factores de riesgo y potencializando factores protectores (personales, grupales e institucionales). Y en segunda instancia, se promueva la detección de personal uniformado que requiera dar apertura a un proceso de atención en salud mental de carácter individual.

ANEXO 6. MITOS SOBRE EL SUICIDIO

Mito	Criterio Científico
<p><b>El que se quiere matar no lo dice</b> Criterio equivocado pues conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse</p>	<p>De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus propósitos, y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.</p>
<p><b>El que lo dice no lo hace.</b> Criterio equivocado ya que conduce a minimizar las amenazas suicidas las que pueden ser consideradas erróneamente como chantajes, manipulaciones, alardes, etc.</p>	<p>Todo el que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurrirá</p>
<p><b>Los que intentan el suicidio no desean morir, sólo hacen el alarde.</b> Criterio equivocado porque condiciona una actitud de rechazo a quienes intentan contra su vida, lo que entorpece la ayuda que estos individuos necesitan.</p>	<p>Aunque no todos los que intentan el suicidio desean morir, es un error tildarlos de alardosos, pues son personas a las cuales les han fracasado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto el intentar contra su vida.</p>
<p><b>Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren.</b> Criterio equivocado que refleja la agresividad que generan estos individuos en quienes no están capacitados para abordarlos.</p>	<p>Todo suicida se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y de vivir. El método elegido para el suicidio no refleja los deseos de morir de quien lo utiliza, y proporcionarle otro de mayor letalidad es calificarlo como un delito de auxilio al suicida (ayudarlo a que lo cometa), penalizado en el Código Penal vigente.</p>
<p><b>El sujeto que se repone de una crisis suicida no corre peligro alguno de recaer.</b> Criterio equivocado que conduce a disminuir las medidas de observación estricta del sujeto y la evolución sistematizada del riesgo de suicidio.</p>	<p>Casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado. Ocurre que cuando la persona mejora, particularmente luego de una crisis depresiva, se facilita la acción, está en</p>

## Suicidio Policial: Guía para una Prevención Eficaz

	condiciones de llevar a vías de hecho las ideas suicidas que aún persisten, y antes, debido a la inactividad e incapacidad de movimientos ágiles, no podía hacerlo
<p><b>Todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida.</b></p> <p>Criterio equivocado que intenta justificar la sobreprotección hacia el individuo en algunos casos y el estigma o rechazo por temor a que se repita.</p>	Entre el 1 % y el 2 % de los que intentan el suicidio, lo logran durante el primer año después del intento, y entre el 10 al 20 % lo consumarán en el resto de sus vidas. Una crisis suicida dura horas, días, raramente semanas, por lo que es importante reconocerla para su prevención
<p><b>El acercarse a una persona en crisis suicida sin la debida preparación para ello, sólo mediante el sentido común, es perjudicial y se pierde el tiempo para su abordaje adecuado.</b></p> <p>Criterio equivocado que intenta limitar la participación de voluntarios en la prevención del suicidio.</p>	Si el sentido común nos hace asumir una postura de paciente y atenta escucha, con reales deseos de ayudar al sujeto en crisis a encontrar otras soluciones que no sean el suicidio, se habrá iniciado la prevención.
<p><b>Todo el que se suicida está deprimido.</b></p> <p>Criterio equivocado que tiende a hacer sinónimo el suicidio y la depresión, lo cual no se ajusta a la estricta evidencia.</p>	Aunque toda persona deprimida tiene posibilidades de realizar un intento de suicidio o un suicidio, no todos los que lo hacen presentan este desajuste. Pueden padecer esquizofrenias, alcoholismo, trastornos del carácter, etc.
<p><b>Todo el que se suicida es un enfermo mental.</b></p> <p>Criterio equivocado que intenta hacer sinónimo el suicidio y la enfermedad mental.</p>	Los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población en general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo. Pero no cabe duda de que todo suicida es una persona que sufre
<p><b>El suicidio se hereda.</b></p> <p>Criterio equivocado que tiende al nihilismo terapéutico, pues se cree erróneamente que lo que está determinado por la</p>	No está demostrado que el suicidio se herede, aunque se puedan encontrar varios miembros de una misma familia que hayan terminado sus vidas por suicidio. En estos casos, es más probable un efecto de imitación y, lo

<p>herencia es imposible modificarlo.</p>	<p>heredado, puede ser más bien la predisposición a padecer determinada enfermedad mental en la cual el suicidio es un síntoma principal.</p>
<p><b>El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso.</b> Criterio equivocado que limita las acciones preventivas pues si ocurre de esta manera es imposible pronosticarlo y por tanto prevenirlo. Invita a la inercia terapéutica.</p>	<p>Toda persona, antes de cometer un suicidio, evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como Síndrome Presuicidal, consistente en constricción de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas reservándola para sí, y la existencia de fantasías suicidas, todo lo que puede ser detectado a su debido tiempo y evitar se lleven a cabo sus propósitos.</p>
<p><b>Al hablar sobre el suicidio con una persona en este riesgo se le puede incitar a que lo realice.</b> Criterio equivocado que infunde temor para abordar la temática del suicidio en quienes están en riesgo de cometerlo.</p>	<p>Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo, y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.</p>
<p><b>Sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio.</b> Criterio equivocado que pretende constituir la prevención del suicidio en un terreno exclusivo de los psiquiatras y excluyente de otros auxilios potenciales.</p>	<p>Es cierto que los psiquiatras son profesionales experimentados en la detección del riesgo de suicidio y su manejo, pero no son los únicos que pueden prevenirlo. Cualquiera interesado en auxiliar a este tipo de personas, puede ser un valioso colaborador en su prevención.</p>
<p><b>Los que intentan el suicidio y los que se suicidan son individuos peligrosos, pues igual que intentan contra sí mismo pueden intentar contra los demás.</b> Criterio equivocado que tiende a generar temor al enfrentamiento a este tipo de individuos.</p>	<p>El homicidio es un acto heteroagresivo que, generalmente, no se acompaña de suicidio en quienes lo realizan. El suicidio es un acto autoagresivo, en el que los impulsos destructivos el sujeto los vierte contra sí mismo. Existen ocasiones en las que el suicida, antes de morir, mata a otros, como en el llamado suicidio ampliado en depresiones con síntomas psicóticos y en dramas pasionales</p>
<p><b>El tema del suicidio debe</b></p>	<p>El tema del suicidio debe ser tratado de</p>

## Suicidio Policial: Guía para una Prevención Eficaz

<p><b>ser tratado con cautela por los problemas sociopolíticos que ocasiona.</b></p> <p>Criterio equivocado que limita la investigación, abordaje y prevención de esta causa de muerte evitable y que denota un desconocimiento prejuiciado del tema por quien lo esgrime.</p>	<p>igual forma que otras causas de muerte, evitando las noticias sensacionalistas y aquellos manejos que provoquen la imitación de esa conducta. Por otra parte, el suicidio es una forma de morir que se observa en países de regímenes socioeconómicos diferentes, desde los muy desarrollados hasta los que apenas tienen recursos, pues responde a factores diversos, como son los biológicos, psicológicos, sociales, psiquiátricos, existenciales, etc.</p>
<p><b>Una persona que se va a suicidar no emite señales de lo que va a hacer</b></p> <p>Criterio equivocado que pretende desconocer las manifestaciones prodrómicas del suicidio.</p>	<p>Todo el que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría</p>
<p><b>El suicida desea morir</b></p> <p>Criterio equivocado que pretende justificar la muerte por suicidio de quienes lo cometen y que, por tanto, tarde o temprano lo llevará a cabo.</p>	<p>El suicida está ambivalente, es decir desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se produjeran pequeños cambios en ella. Si se diagnostica oportunamente esta ambivalencia se puede inclinar la balanza hacia la opción de la vida</p>
<p><b>El que intenta el suicidio es un cobarde</b></p> <p>Criterio equivocado que pretende evitar el suicidio equiparándolo con una cualidad negativa de la personalidad.</p>	<p>Los que intentan el suicidio no son cobardes sino personas que sufren.</p>
<p><b>El que intenta el suicidio es un valiente</b></p> <p>Criterio equivocado que pretende equiparar el suicidio con una cualidad positiva de la personalidad lo cual entorpece su prevención pues lo justifica haciéndolo sinónimo de un atributo imitable y que todos desean poseer</p>	<p>Los que intentan el suicidio no son valientes ni cobardes, pues la valentía y la cobardía son atributos de la personalidad que no se cuantifican o miden según la cantidad de veces que alguien se quita la vida o se la respeta.</p>

<p><b>Sólo los pobres se suicidan.</b> Criterio equivocado que no tiene en consideración que es una causa democrática de muerte.</p>	<p>Los pobres también pueden suicidarse, aunque es más probable que por sus condiciones de pobreza, mueran de enfermedades infectocontagiosas u otras.</p>
<p><b>Sólo los ricos se suicidan</b> Criterio equivocado que desconoce la posibilidad de que el suicidio se presente entre las capas más pobres de la sociedad.</p>	<p>El suicidio se observa con mayor frecuencia entre los habitantes de países desarrollados, pero evidentemente los ricos no son los únicos que se suicidan.</p>
<p><b>Sólo los viejos se suicidan</b> Criterio equivocado que pretende evadir al suicidio como causa de muerte en las edades tempranas de la vida</p>	<p>Los ancianos realizan menos intentos de autodestrucción que los jóvenes, pero utilizan métodos más letales al intentarlo, lo cual conlleva al suicidio con más frecuencia.</p>
<p><b>Los niños no se suicidan</b> Criterio equivocado que intenta negar la triste realidad del suicidio infantil.</p>	<p>Después que un niño adquiere el concepto de muerte puede cometer suicidio y de hecho ocurre este acto a estas edades.</p>
<p><b>Si se reta un suicida no lo realiza.</b> Criterio equivocado que pretende probar fuerzas con el sujeto en crisis suicida, desconociendo el peligro que significa su vulnerabilidad.</p>	<p>Retar al suicida es un acto irresponsable, pues se está frente a una persona vulnerable en situación de crisis, cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, predominando precisamente los deseos de autodestruirse.</p>
<p><b>Cuando una depresión grave mejora ya no hay riesgo de suicidio.</b> Criterio equivocado que ha costado no pocas vidas, pues desconoce que en los deprimidos suicidas el componente motor mejora primero que el componente cognitivo</p>	<p>Casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado. Cuando la persona mejora, sus movimientos se hacen más ágiles, está en condiciones de llevar a vías de hecho las ideas suicidas que aún persisten, y antes, debido a la inactividad e incapacidad de movimientos ágiles, no podía hacerlo.</p>
<p><b>Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio.</b></p>	<p>Los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio, si enfocan correctamente la noticia sobre el tema</p>

## Suicidio Policial: Guía para una Prevención Eficaz

Criterio equivocado que pretende continuar emitiendo noticias sensacionalistas sólo para vender, sin tener en cuenta las consecuencias del mensaje emitido.	y cumplen las sugerencias de los suicidólogos sobre cómo difundirlas.
---	---