

Tema 35. El Suicidio. Factores asociados con conductas suicidas. Actuación del sistema de salud ante el suicidio. Los supervivientes. Protocolo de atención a las conductas suicidas en la Policía Foral.

1. EL SUICIDIO

En 1976, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” y el parasuicidio, como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico”.

En la actualidad se considera que el suicidio se mueve a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado).

El National Center for Injury Prevention and Control (CDC) recoge una unificación en la terminología y ha sido tomado como referencia en innumerables trabajos y proyectos de instituciones y países que trabajan en prevención del suicidio. Así deben tenerse en cuenta las siguientes definiciones:

1. Violencia autoinfligida.
 - 1.1 Violencia autoinfligida no suicida.
 - 1.2 Violencia autoinfligida suicida.
2. Intento de suicidio indeterminado.
3. Intento de suicidio.
4. Intento de suicidio interrumpido.

5. Otros comportamientos suicidas incluidos los actos preparatorios.
6. Suicidio.
7. Ideación suicida.
8. Comunicación suicida.
9. Conducta suicida.

1. Violencia autoinfligida

Comportamiento autodirigido y deliberado hacia uno mismo que causa lesiones, o

la posibilidad de lesiones. No incluye actividades de alto riesgo que, si bien probablemente ponen en peligro la vida, no son reconocidas por el individuo como una conducta destinada a dañarse.

La violencia autoinfligida se clasifica como:

- Violencia autoinfligida no suicida: Comportamiento autodirigido y deliberado hacia uno mismo que causa lesiones, o la posibilidad de lesiones. No existen pruebas, ya sean implícitas o explícitas, de intenciones suicidas.
- Violencia autoinfligida suicida: Comportamiento autodirigido y deliberado hacia uno mismo que causa lesiones o la posibilidad de lesiones y del que existen evidencias, implícitas o explícitas, de intenciones suicidas.

2. Intento de suicidio indeterminado.

Comportamiento autodirigido que, deliberadamente causa lesiones o la posibilidad de lesiones a uno mismo. El intento suicida no está claro en base a la evidencia disponible.

3. Intento de suicidio.

Comportamiento potencialmente perjudicial, no fatal, autodirigido, con cualquier intención de morir como resultado de la conducta. Un intento de suicidio puede o no resultar en lesiones.

4. Intento de suicidio interrumpido.

- Por otros: una persona toma medidas para autolesionarse, pero es detenido por otra persona o circunstancias externas antes de la lesión fatal. La interrupción puede ocurrir en cualquier momento desde que aparece la ideación suicida.
- Por uno mismo: una persona toma medidas para autolesionarse, pero se detiene por sí misma antes de la lesión fatal.

5. Otros comportamientos suicidas incluidos los actos preparatorios.

Entre los hechos o preparación para realizar un intento de suicidio, pueden incluirse cualquier cosa más allá de una verbalización o pensamiento, tales como el método (por ejemplo, la compra de un arma de fuego, recoger y recopilar pastillas) o la preparación para la propia muerte por suicidio (por ejemplo, escribir una nota de suicidio, regalar cosas).

6. Suicidio.

La muerte causada por el comportamiento lesivo autodirigido, con intención de morir como resultado de la conducta.

7. Ideación suicida.

Pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).

8. Comunicación suicida.

Acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí

mismo una conducta suicida. La comunicación suicida es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida. En esta categoría se incluyen aquellas comunicaciones verbales o no verbales, que pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones.

Existen dos tipos de comunicación suicida:

Amenaza suicida: acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.

Plan suicida: es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.

9. Conducta suicida.

Se define la conducta suicida como aquella en la que existe alguna intención de morir. Se define el concepto de autolesión/gesto suicida como aquel en el que no hay intención de morir aunque pueda perseguir alguna finalidad.

Determinar la tasa de suicidios de una población ha sido uno de los motivos más antiguos de la investigación epidemiológica.

En España, una Real Orden de 1906 encarga al Instituto Geográfico y Estadístico el estudio y análisis de los datos relativos al número de suicidios. Cuando en 1945 se creó el actual Instituto Nacional de Estadística (INE) pasaría a su competencia la publicación de los datos relativos al suicidio a nivel nacional.

Muchas de las investigaciones realizadas han tenido como fuente exclusiva los datos suministrados por el INE, a pesar de que en repetidas ocasiones se ha puesto de manifiesto la escasa validez de esta fuente. Son numerosas las publicaciones en las que se insta a realizar análisis retrospectivos para obtener una correcta definición epidemiológica del fenómeno suicida, así como la creación de instancias administrativas que se encarguen de estudios

pormenorizados del tema y la existencia de dos redes, una legal y otra sanitaria.

Así mismo, se recomienda separar y soslayar los intentos de suicidio para contabilizar de forma adecuada los suicidios consumados y cuantificarlos en tramos de edad, tal y como marca la OMS.

La Organización Mundial de la Salud estima que en torno a un millón de personas fallecen en el mundo anualmente a causa de suicidio, lo que supone una muerte cada 40 segundos.

Habría que multiplicar hasta por 20 estas cifras para obtener el número de intentos de suicidio, según estimaciones del mismo organismo. Se trata, por tanto de un grave problema de Salud Pública de gran impacto en todo el mundo.

Las tasas de suicidio se han incrementado en un 60% en los últimos 45 años y alcanzan una cifra global de 16 suicidios por cada 100.000 habitantes. Se constata que, aunque tradicionalmente el suicidio era más frecuente en los ancianos y adultos mayores, actualmente aumenta en la población joven. El suicidio es una de las tres principales causas de muerte en jóvenes de 15 a 34 años y la segunda causa para población de 10 a 24 años. Al menos 100.000 adolescentes de entre 15 y 19 años mueren cada año a causa de suicidio en todo el mundo.

Los factores de riesgo no son homogéneos en todo el mundo. En Europa y Norteamérica el principal factor de riesgo es el trastorno mental.

Por lo que se refiere a la Unión Europea, en el año 2010 la tasa total era de 11,8 suicidios por 100.000 habitantes, según datos de Eurostat. Esta cifra se

eleva a 19,5 en el caso de los hombres, mientras que para las mujeres fue de 5,1.

España es uno de los países con menores tasas de suicidio. En 2010 su tasa total era de 6,8 por 100.000 habitantes según las tablas estandarizadas por edad de Eurostat y de 6,72 según datos del INE. De acuerdo con los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística, en 2012 la tasa total fue de 7,49.

2. FACTORES ASOCIADOS CON CONDUCTAS SUICIDAS.

La conducta suicida no es una conducta aleatoria sino que, en cierta medida, se puede predecir, ya que se encuentra asociada a ciertos factores que aumentan la probabilidad de desarrollar ideaciones y conductas suicidas.

- Factores sociodemográficos

- Sexo: las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida e intentos de suicidio. Los hombres tienen una mayor tasa de suicidios consumados.

- Edad: el suicidio aparece en todas las edades, pero son los jóvenes (15-34 años) y las personas mayores (>65 años) los grupos con mayor riesgo de suicidio.

- Origen étnico: la tasa de suicidio es mayor en personas de raza blanca. La emigración, y el desarraigo que conlleva, aumentan el riesgo de suicidio.

- Estado civil: se observa una mayor tasa de suicidios en hombre y mujeres solteros, divorciados o viudos. Vivir solo también se considera un factor de riesgo.

- Situación laboral: La pérdida del empleo, más que la situación de desempleo, está asociada al suicidio.

- Factores medioambientales

- Antecedentes familiares de suicidio: existen dudas sobre si la relación entre este factor y el riesgo de suicidio se debe a factores genéticos o está más relacionado con el ambiente familiar y social en el que crece el individuo.
- Hechos vitales estresantes: la mayoría de las personas que optan por el suicidio han vivido hechos estresantes en los tres meses previos al mismo, sobre todo problemas interpersonales, pérdidas de seres queridos, problemas escolares, laborales y financieros, situaciones de jubilación, etc.
- Conducta suicida previa: la existencia de antecedentes personales de suicidio es uno de los factores de riesgo más claros que aumenta la posibilidad de un nuevo intento de suicidio. Del 10% al 14% de las personas con tentativas de suicidio lo consuman.
- Disponibilidad de medios para cometer suicidio.

- Factores clínicos

- Padecimiento de una enfermedad o discapacidad: el riesgo de suicidio es mayor si se padece una enfermedad crónica o una discapacidad. Además, ciertos factores asociados a estas enfermedades contribuyen a aumentar el riesgo (pérdida de movilidad, desfiguración, dolor crónico, pérdida de estatus laboral e interrupción de las relaciones personales). La discapacidad y un mal pronóstico de la enfermedad están relacionados con el suicidio. Algunas de las enfermedades y discapacidades más relacionadas con el riesgo de suicidio son: trastornos neurológicos, cáncer, VIH, enfermedades crónicas renales y hepáticas, esclerosis múltiple, trastornos osteo-articulares con dolor crónico, trastornos sexuales, discapacidades motoras, visuales y auditivas y trastornos mentales.

Existe una fuerte relación entre enfermedad mental y suicidio. El riesgo de suicidio es mayor en fases tempranas de la enfermedad y en los primeros seis meses tras el alta de un ingreso psiquiátrico. Por otro lado es importante tener en cuenta que, además de factores de riesgo, se han identificado una serie de factores que actúan como agentes protectores contra el comportamiento suicida:

- Factores personales

- Poseer habilidades para la resolución no violenta de conflictos y la superación de problemas.
- Tener confianza en uno mismo y en sus logros, es decir, valorarse personalmente.
- Buenas habilidades sociales y de comunicación.
- Apertura a nuevos conocimientos, experiencias y soluciones que nos aporten otras personas.

- Factores sociales y medioambientales

- Apoyo familiar: contar con una familia estructurada con fuertes lazos entre sus miembros.
- Estar integrado socialmente, manteniendo buenas relaciones interpersonales con el entorno. El efecto protector se ve aumentado si se participa en alguna red de apoyo comunitario (club social, grupo parroquial, equipo deportivo, etc.).
- Poseer creencias religiosas.
- Adoptar valores culturales y tradiciones.
- Tener un acceso restringido a medios de suicidio.
- Recibir una adecuada atención integral bajo el principio de continuidad de cuidados.
- Tener fácil acceso a mecanismos de búsqueda de ayuda.

SUICIDIO Y ENFERMEDAD MENTAL

Existe una fuerte relación entre enfermedad mental y suicidio. Un 90% de las personas que se suicidan tenían uno o más trastornos psiquiátricos. El riesgo de suicidio es mayor en las primeras fases de la enfermedad y en los seis meses siguientes tras el alta de un ingreso psiquiátrico.

Las enfermedades mentales relacionadas con una mayor tasa de suicidios son: esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, y trastornos de personalidad, abuso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria.

Esquizofrenia

El suicidio es la primera causa de muerte prematura entre personas con esquizofrenia, situándose la tasa entre un 10% y un 13% de suicidios consumados y un 40% de intentos de suicidio.

Las personas con esquizofrenia comparten los factores de riesgo apuntados para la población general. Sin embargo, presentan una serie de factores específicos que potencian el riesgo de presentar conductas suicidas:

- Síntomas positivos (ideas delirantes y alucinaciones que le impulsan hacia el suicidio).
- Comorbilidad con estados depresivos.
- Falta de tratamiento o una adhesión pobre al tratamiento.
- Alto nivel académico y expectativas de alto rendimiento.
- Cociente intelectual elevado.
- Haber sufrido gran número de recaídas.
- Deterioro social y laboral como consecuencia de la enfermedad.
- Abuso de sustancias: en el caso de personas con esquizofrenia es más significativo el abuso de drogas que el de sustancias alcohólicas.

Debido a estos factores de riesgo añadidos, las personas con esquizofrenia necesitan ayuda y supervisión adicionales en los siguientes momentos:

- En las primeras etapas de la enfermedad.
- En períodos en los que están en estado depresivo.
- Cuando sufren una crisis psicótica y pierden el contacto con la realidad.
- Tras una recaída, cuando sienten que están superando el problema pero los síntomas reaparecen.
- Tras recibir un alta hospitalaria.
- En los primeros momentos de su recuperación, en los que los síntomas de la enfermedad están remitiendo pero se sienten vulnerables.

Depresión

La depresión es un problema de salud mental muy común en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud calcula que 121 millones de personas sufren de depresión en la actualidad, de los cuales, el 5,8% de los hombres y el 9,5% de las mujeres experimentan un episodio de depresión cada año. Se calcula que para el año 2020 la depresión se convertirá en la segunda causa más común de discapacidad, después de las enfermedades cardíacas. A la vista de estos datos, es preocupante que sea la afección psiquiátrica más común asociada con el suicidio. Se calcula que el riesgo de suicidio en personas con depresión es de aproximadamente de un 10% a un 15%.

La depresión abarca una amplia variedad de experiencias y formas de enfermedad de leves a severas, de pasajeras a permanentes, y el riesgo de suicidio varía considerablemente con el tipo de depresión.

Dado el alto número de suicidios en la comunidad y los altos índices de depresión entre los que mueren por suicidio (del 20% al 60% de las muertes por suicidio ocurren entre personas que poseen un trastorno del estado de

ánimo), es vital que aquellos que sufren de depresión busquen también tratamiento para minimizar el riesgo de suicidio.

Sin embargo, es importante aclarar que la tristeza de un trastorno depresivo importante difiere en grado y cantidad de la tristeza que sufre una persona en momentos en los que la vida es especialmente difícil.

Generalmente, los estados normales de dolor o tristeza tienen efectos menos profundos y duran menos tiempo que los que indican una depresión importante, y no llevan asociado un aumento del riesgo de suicidio al tratarse de estados de ánimo no patológicos.

Trastorno bipolar

El trastorno afectivo bipolar es una afección común y entre las enfermedades mentales se encuentra en segundo lugar, después de la depresión unipolar, como causa de discapacidad mundial. El riesgo de suicidio en personas con este trastorno es alrededor de quince veces mayor que el de la población general. El suicidio ocurre, generalmente, cuando las presiones laborales, de estudio, familia o emocionales son muy grandes.

Muchas personas que padecen trastorno bipolar pueden, con un tratamiento adecuado, llevar una vida totalmente normalizada. Sin embargo, puede que no tengan acceso o abandonen el tratamiento, y es en esos momentos cuando el riesgo de suicidio se vuelve particularmente alto.

Abuso de sustancias

El trastorno por abuso de sustancias, fundamentalmente el alcohol y en menor medida otras drogas, frecuentemente se ha asociado al suicidio, tanto como factor de riesgo como precipitante de conductas suicidas. Entre un 5% y un 15% de las personas con problemas de abuso de alcohol se suicidan y este factor está presente en el 25-50% de todos los suicidios.

Los problemas de abuso de sustancias y alcohol contribuyen al comportamiento suicida de muchas maneras. Entre las personas con problemas de alcohol, el riesgo aumenta si comenzaron el consumo a edad temprana o si tienen un largo historial de consumo. Las personas que usan y abusan de sustancias, a menudo están expuestas a muchos otros factores de riesgo para el suicidio. Además de padecer más frecuentemente depresión, también es probable que tengan problemas sociales y financieros.

El uso y abuso de sustancias tiende a ocurrir con más frecuencia entre personas con carácter impulsivo. También ocurre frecuentemente entre aquellos que se involucran en comportamientos de alto riesgo que pueden provocar una autolesión. Además, las personas en estado de intoxicación pueden tener intentos de suicidio repentinos y más impactantes socialmente. La asociación entre enfermedad mental y abuso de sustancias (patología dual) promueve y multiplica de manera considerable el riesgo de suicidio. Un estudio realizado en Canadá e Italia ha demostrado que las personas con enfermedades mentales con problemas de adicción a drogas o alcohol presentaban un índice de 40% de intentos de suicidios. En cambio, en pacientes sin dependencia de estas sustancias, el riesgo disminuía hasta el 24%.

Trastornos de ansiedad

Casi un 20% de las personas con algún trastorno de ansiedad presentan intentos de suicidio. Si aparecen asociados con depresión, aumenta el riesgo de cometer un suicidio consumado. Los trastornos de ansiedad con una mayor tasa son: fobia social, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada.

Trastornos de personalidad

Las características propias de los trastornos de personalidad pueden determinar la aparición de la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a la aparición de otros trastornos mentales, como depresión o abuso de sustancias; favoreciendo problemas de relación interpersonal y de ajuste social; precipitando acontecimientos vitales estresantes; deteriorando la capacidad de afrontamiento de un trastorno físico o mental. Estos trastornos aumentan seis veces el riesgo de suicidio. Los trastornos de personalidad que más frecuentemente se asocian con comportamientos suicidas son: trastornos límite, antisocial, histriónico y narcisista.

Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos alimenticios poseen el índice más alto de mortalidad de todas las enfermedades mentales. Esto incluye muertes por suicidio y muertes por complicaciones directas de su trastorno alimentario. La prevalencia de intentos de suicidio es menor entre personas con anorexia nerviosa tratados ambulatoriamente (16%) y mayor para personas con bulimia nerviosa tratados como pacientes ambulatorios (23%) y pacientes hospitalizados (39%). Los índices más altos de suicidio aparecen en personas con bulimia que presentan comorbilidad con abuso de sustancias (54%).

3. LOS SUPERVIVIENTES

A los familiares y amigos de las personas que han desarrollado conductas suicidas, se les denomina supervivientes, con frecuencia, experimentan una amplia gama de reacciones de duelo, incluyendo algunas de las que parecen a continuación, o todas ellas:

- El shock es una reacción inmediata común. Conlleva un sentimiento de paralización y desorientación con dificultad para concentrarse.
- Síntomas de depresión, entre los que se incluyen sueño interrumpido, pérdida del apetito, tristeza intensa y falta de energía.
- Ira hacia el fallecido, hacia otro miembro de la familia, hacia un terapeuta o hacia uno mismo.
- Culpabilidad, lo que incluye pensamientos como: «Si yo tan solo hubiera....».

Muchos supervivientes luchan por entender las razones del suicidio, preguntándose una y otra vez: «¿Por qué?». Muchos reviven los últimos días de sus seres queridos en busca de pistas, particularmente si no detectaron signos de que el suicidio era inminente.

Debido a que, a menudo, se sabe muy poco sobre el suicidio, algunos supervivientes se sienten víctimas injustas de un estigma. Pueden sentir que el suicidio es algo de lo que avergonzarse, o que ellos o su familia son de alguna manera culpables de esta tragedia. Normalmente, estos sentimientos disminuyen con el tiempo, a medida que desarrollan la habilidad de hacer frente a la situación, comenzando paulativamente la recuperación.

Para muchos supervivientes, una parte crucial de su proceso de recuperación es el apoyo y la sensación de conexión que sienten al compartir su duelo con otros supervivientes. La manera más habitual en que dicho compartir tiene

lugar es por medio de grupos de apoyo para supervivientes. Estos grupos proporcionan un lugar seguro en que los supervivientes pueden compartir sus experiencias y apoyarse unos a otros. En este sentido las asociaciones de supervivientes desarrollan una labor fundamental orientada hacia la intervención y ayuda de familiares y amigos.

4. ACTUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD ANTE EL SUICIDIO.

El Sistema de Salud y en concreto la Estrategia de Salud Mental ha establecido la necesidad de desarrollar intervenciones preventivas en materia de suicidio y la evaluación de acciones específicas para disminuir la tasa de suicidio en grupos de riesgo.

La recomendación general del Sistema Nacional de Salud consiste en que las intervenciones se basen en las características específicas de la población en la que se pretende prevenir la conducta suicida, por lo que si esos datos no están disponibles, el primer paso sería realizar estudios exploratorios en cuyos resultados puedan basarse posteriormente las indicaciones.

La prevención del suicidio en la población general, se centran de manera prioritaria en pacientes con trastornos mentales, puesto que los estudios informan que al menos el 90% de las personas que se suicidan presentan algún tipo de trastorno mental, constituyendo el 47-74% de la población en riesgo de cometer suicidio.

En la población que realiza intentos de suicidio también se pone de manifiesto una alta frecuencia de trastornos psiquiátricos. Estudios de autopsia psicológica revelan que las personas que se suicidan sin trastorno mental evidente también tienen síntomas psiquiátricos y características de personalidad similares a las de los individuos con trastorno mental.

Los diagnósticos más asociados a conducta suicida son el trastorno depresivo mayor en primer lugar seguido por el uso de sustancias (alcohol), la esquizofrenia y trastornos de personalidad, especialmente trastorno límite.

En el ámbito de la Comunidad Foral de Navarra, el Área de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea puso en marcha en 2017 un Programa de Seguimiento Telefónico.

Este servicio de intervención con personas que han realizado ya un intento de suicidio, pretende disminuir el riesgo de repetición de la conducta suicida -dentro de las estrategias preventivas llevadas a cabo por el Departamento de Salud-. Para ello, se realizan una serie de contactos breves y sistemáticos en forma de 6 llamadas telefónicas durante un año a aquellas personas atendidas en los Servicios de Urgencias por un intento de suicidio.

El 70% de las personas atendidas han sido mujeres y la franja de edad que ha predominado es de 40 a 50 años.

Tras los primeros meses de actividad, Salud Mental considera que este Programa de Seguimiento Telefónico puede constituir una intervención eficaz para prevenir futuros intentos de suicidio, al destacar que en los procesos de evaluación que se desarrollan en las sucesivas llamadas telefónicas se objetiva una clara mejoría en la escala de Impresión Clínica Global y en la exploración de la intencionalidad de las y los pacientes. Así mismo, se consigue una adherencia al sistema sanitario que puede evitar la repetición de la conducta.

En este sentido el Servicio de Salud Mental ha divulgado una serie de recomendaciones para quien pueda estar en una situación de ideación suicida.

- El suicidio se puede presentar como solución a un intenso dolor emocional, mental o físico o para relaciones interpersonales conflictivas. Sin embargo, la persona con ideas de suicidio debe saber que la desesperanza, el dolor y el vacío son estados temporales, no permanentes.
- Quien piensa en suicidarse, seguramente no quiere morir. Lo que desea es liberarse de las circunstancias intolerables de su vida y del sufrimiento emocional, mental y físico que siente. La conducta suicida es la única alternativa que ve en ese momento, pero no lo es.
- El reto es encontrar otras maneras de resolver esos sentimientos intolerables. El apoyo de la familia y/o amigos, acudir a su médico de familia

o especialista de Salud Mental y dejarse ayudar constituyen factores muy valiosos para la prevención.

- Hay factores de protección que pueden ayudar, como son el apoyo familiar y social, tener habilidades de comunicación, saber resolver problemas de manera adaptada, buscar ayuda cuando surgen dificultades, trabajar la autoestima y, también, tener creencias y prácticas religiosas.

- Es muy importante conocer los factores de riesgo más habituales: tener un trastorno mental; haber realizado tentativas suicidas; sentir indefensión, fracaso personal y desesperanza frente a la vida y al futuro; ser una persona impulsiva y con baja tolerancia a la frustración; tener antecedentes familiares de suicidio; y vivir acontecimientos vitales negativos.

Asimismo el Departamento de Salud también ha elaborado una serie de consejos de actuación ante situaciones de urgencia para personas en crisis:

- No se debe ignorar nunca una amenaza suicida y mucho menos una tentativa, la mayor parte de los suicidas avisan de alguna manera antes de consumarlo.

- Quien piense que puede estar deprimida/o, debe solicitar ayuda. Si siente que no le entienden al hablar con alguien, debe intentarlo con otra persona, y contárselo a alguien de confianza.

- Estas personas no deben aislarse. Ni pensar que solo es cuestión de ser fuerte, ni recurrir al alcohol o a las drogas como forma de resolver los problemas; ya que en lugar de ayudar, empeora la situación.

- Las personas en situación de crisis deben hablar con su médico de familia u otro profesional sanitario. Se recomienda, también, contactar con grupos de apoyo.

- Aquellas personas que tengan pensamientos relacionados con la muerte, han de saber que es importante que hablen con alguien de su confianza que pueda estar con ellas hasta que se sienta mejor.

- Se aconseja, también, llamar al teléfono de emergencias, 112-SOS Navarra, o solicitar apoyo telefónico específico para personas con ideas de suicidio (948 243 040 o 902 500 002, Teléfono de la Esperanza). Todas las llamadas son confidenciales. Su misión es ayudar a estas personas a buscar la forma de sobrellevar situaciones difíciles. La mayoría de estas líneas nacionales brindan atención las 24 horas al día, los 7 días a la semana.
- Por último, el departamento recomienda acudir al Servicio de Urgencias, ya que las crisis de salud mental son tan urgentes como las crisis de salud física.

5. PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN LA POLICÍA FORAL.

Policía Foral aprobó en 2018, un instrumento para la atención sistematizada de los suicidios consumados, mediante un Procedimiento Normalizado de Trabajo. Este procedimiento tiene como objetivo sistematizar las actuaciones policiales que deben llevarse a cabo en orden a conciliar la preceptiva actuación policial y la elaboración de las diligencias policiales que sean oportunas, bajo la dirección de la autoridad judicial competente con la adecuada gestión de la atención a familiares y allegados para minimizar el trauma emocional que dicho desenlace genera en las personas allegadas.

Entre los aspectos que recoge este documento deben resaltarse los siguientes:

1. Impacto psicológico en los supervivientes

Una muerte traumática, especialmente un suicidio, produce siempre un impacto psicológico en los familiares que se manifiesta, inicialmente, con reacciones poco predecibles y a veces desadaptadas. Las muertes por suicidio complica el proceso del duelo y el impacto psicológico negativo puede cronificarse.

La comunicación inicial con los familiares es muy importante y puede contribuir a disminuir de manera decisiva el impacto negativo. Por tanto la actuación de todos los componentes de Policía Foral que atiendan suicidios consumados es sumamente delicada.

La Policía Foral es parte de una extensa red de apoyo y de intervinientes ante una situación de muerte traumática y cada parte interviniente tiene

funciones específicas, siendo la de los policía especialmente relevante por ser la que actúa en los primeros momentos.

La comunicación deberá realizarse con carácter general de manera presencial, evitando hacerlo por teléfono.

Debe asumirse que, en la mayoría de los casos, las reacciones de familiares y amigos son normales, ante un hecho anormal. Estas reacciones pueden manifestarse como negación, incredulidad, shock emocional, dolor, sentimientos de culpa, etc.

2. Comunicación del fallecimiento a los familiares

Si, la comunicación de las malas noticias es ya de por sí una tarea delicada, cuando se trata de un suicidio, conviene tener en cuenta diversos factores que van a afectar desde ese mismo momento a los supervivientes.

Nuestro papel es el de ayudar y contribuir a que la vivencia sea procesada de la mejor forma posible, llevándolo a cabo con la colaboración con los PSICÓLOGOS DE URGENCIA o en su defecto con PERSONAL SANITARIO o PERSONAL ALLEGADO a la familia que pudiera contribuir a minimizar el trauma emocional propio del momento.

La comunicación puede ayudar a que situaciones complejas ya de por sí sean vividas por los supervivientes de una manera más adaptada. Por eso es importante cuidar nuestra comunicación, tanto verbal como no verbal.

Debemos tener en cuenta que, ante la mala noticia, va a predominar la emoción sobre el razonamiento y que no existen pautas concretas de actuación, porque cada persona vive las situaciones de manera diferente y

sus recursos personales para afrontar las situaciones varían de una persona a otra.

El ejercicio de las propias capacidades personales de empatía, comprensión y respeto en este momento inicial de la vivencia traumática puede afectar de manera significativa a la salud de las personas cercanas.

En caso que sean agentes de la Policía Foral lo que vayan a comunicar la noticia del fallecimiento, deberemos presentarnos y comunicar que estamos para informarle sobre lo que ha sucedido. Podemos encontrarnos con que ya saben algo, bien porque alguien les haya comunicado parcialmente o porque sospechan o intuyen el desenlace. Nos vendrá bien averiguar lo que ya conocen, pero en ningún caso dar por sentado que ya están informados.

El estilo debe ser claro desde el principio, informar con precisión, y con un lenguaje sencillo y fácil de comprender. Utilizar frases cortas. En caso de que la comunicación sea presencial la actitud del policía será serena y seria, manteniendo un contacto visual, mostrando seguridad, empatía, paciencia con las reacciones de la persona.

Trataremos de infundir seguridad y confianza, procurando mantener algo de distancia para poder contener nuestras emociones y captar las de nuestro interlocutor. En esta primera fase de la comunicación se considera especialmente relevante la neutralidad de la información, especialmente si no se ha confirmado oficialmente el suicidio.

En cualquier caso, evitar la palabra "suicidio" mientras no esté confirmado oficialmente.

Puede resultar oportuno informar a los familiares que agentes de la policía judicial y la policía científica se personarán en el lugar de los hechos para iniciar las investigaciones sobre lo ocurrido.

Colocarle a la persona en situación, para que vea el proceso de lo que ha ocurrido y de lo que se ha hecho. En este sentido, el hecho de procurar un espacio privado acompañando al familiar/es, y el relato del proceso seguido (por qué estamos aquí, la concreción de los horarios, los diferentes pasos que se han dado, etc.), sirve para “preparar psicológicamente para lo peor” y amortigua el impacto traumático.

3. Referentes en el lugar de los hechos e información a facilitar.

Se considera necesario identificar un referente de la Policía Judicial que en coordinación con el Psicólogo de Guardia, atienda las necesidades de información que el entorno familiar del fallecido pueda necesitar, tanto en el lugar de los hechos como con posterioridad. Asimismo se identificará una persona referente del entorno familiar que esté en condiciones de comprender la información sobre el procedimiento que se va a seguir con el cuerpo del fallecido.

Se informará con la mayor claridad posible sobre, los siguientes aspectos:

- La necesidad de preservar intacta la escena hasta que se proceda al levantamiento del cadáver.
- Lugar al que va a ser trasladado el cuerpo para practicar la autopsia por personal del Instituto Navarro de Medicina Legal.
- Que con posterioridad a la práctica de la autopsia, deberán elegir el Tanatorio al que desean que se traslade el cuerpo del fallecido, siendo esta opción exclusiva de la familia.

- Lugar de destino de las pertenencias del fallecido, que les serán entregadas una vez se concluyan las diligencias por parte de policía judicial.

4. Dónde comunicar la noticia del fallecimiento.

Siempre que sea posible se deberá buscar un espacio adecuado que reúna cierta privacidad. Mientras buscamos este espacio, no está de más tener algún contacto físico, como tocar en el hombro, el brazo... Si no disponemos de un espacio privado y tenemos que comunicar "in situ", intentaremos hacerlo de forma apartada, creando un espacio de cierto aislamiento.

A la hora de comunicar malas noticias es conveniente hacerlo reuniendo a los familiares presentes, porque el apoyo entre ellos es muy importante. En el caso de un suicidio, debemos tener en cuenta la trascendencia de una muerte así y respetar la privacidad, especialmente en lugares como tanatorios, depósito de cadáveres, etc.

En el caso de que sea necesario contactar con los familiares para demandarles información o comunicarles cualquier cuestión relacionada con los hechos, se acordará con los familiares un momento y lugar adecuados.