

EL SUICIDIO. UNA PERSPECTIVA CRIMINOLÓGICA

María FERNÁNDEZ DOMAICA

Graduada en Criminología por la UPV/EHU

Resumen: Este trabajo se centra en el suicidio debido al creciente interés surgido en los últimos años por su gran magnitud, lo que ha dado lugar a su percepción como un grave problema de salud pública. Es por ello que, con este trabajo, se trata de ampliar los conocimientos sobre el suicidio a nivel sociológico, psicológico, médico y legal, con el fin de crear una imagen lo más cercana posible a la realidad mundial y nacional del fenómeno. Para lograr este objetivo se ha realizado una revisión bibliográfica. Asimismo, se ha relacionado el suicidio con temas como la actual crisis económica y el efecto Werther, por un lado para determinar la incidencia real del primero, y por otro lado, para comprender el alcance y la influencia de la información aportada por los medios de comunicación y las redes sociales.

Abstract: This work focuses into suicide due to increasing interest emerged in the last few years for its large-scale, what has led to its perception as a severe public health issue. Therefore, with this work, it comes to expand knowledge about suicide to sociological, psychological, medical and legal level in order to create an image as close as possible to the national and global reality of the phenomenon. To achieve this goal a bibliographical review has been carried out. Also the suicide has been linked to issues such as the current economic crisis and the Werther effect, on the one hand to establish the actual incidence of the first, and on the other hand, to understand the scope and influence of the information provided by the media and social networks.

Palabras clave: Suicidio, factores, prevención, riesgo, vida, eutanasia.

Key Words: Suicide, factors, prevention, risk, life, euthanasia.

PARTE I. APROXIMACIÓN TEÓRICA

1. INTRODUCCIÓN

1.1. OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo es el de aumentar la comprensión del fenómeno del suicidio. Asimismo, consta de una serie de objetivos específicos, como son:

- Conocer la situación actual del suicidio a nivel mundial y nacional.
- Estudiar la relación entre la presente crisis económica y el suicidio.
- Estudiar la importancia del efecto Werther.
- Estudiar los suicidios en el ámbito penitenciario.
- Plantear mejoras.

1.2. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

El suicidio, proviene del latín *sui* (de sí mismo) y *caedere* (matar). Es la “acción y efecto de suicidarse” o “la acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza”, según la Real Academia Española.

Se trata de un fenómeno mundial que se ha producido en todas las culturas a lo largo de la historia. En ciertas épocas y culturas incluso ha sido vista como tradición, de hecho, en Japón se preveía la posibilidad de acabar con la propia vida voluntariamente con el fin de conservar el honor.

En ocasiones el suicidio se ha empleado como arma, como es el caso de los suicidios terroristas, es decir, aquellos casos en los que una persona se inmola con el fin de acabar con aquellos que estén a su alrededor para mandar un mensaje. Por lo general se trata de personas que forman parte de un grupo extremista religioso. Echeburúa y de Corral (2004) señalan la

sorprendente inhibición del instinto de supervivencia y apuntan como causa del mismo a un *“adoctrinamiento intenso y un entorno socio-político favorecedor”*. Los individuos que optan por llevar a cabo estos actos tienden a ser varones jóvenes y solteros, sin cargas familiares, sin trabajo, con estudios y muy muy aferrados a sus creencias religiosas, suelen tener un concepto nacionalista extremo de apego a la propia tierra y están vinculados a organizaciones islámicas, además, la situación política de opresión y el contagio emocional de otros terroristas suicidas cercanos sirven como impulso. Indican asimismo que, en el caso del Islam, el terrorista suicida se considera un elegido, cuyo sacrificio se verá recompensado con *“la vida eterna en el paraíso, permiso para ver de cerca el rostro de Alá y los privilegios que lleva aparejado el martirio”*. Es más, la propia comunidad cercana al mártir lo ve como tal, y su familia es felicitada por dicho sacrificio.

Actualmente se considera como un problema de salud pública. Las causas que dan lugar al suicidio son múltiples y abarcan todos los ámbitos imaginables, desde los sociales, hasta los psicológicos y psiquiátricos, ambientales e incluso culturales.

Según la Organización Mundial de la Salud (2014), en torno a 804 000 casos se dieron en 2012, suponiendo una tasa de 11.4 por cada 100 000 habitantes (15 para hombres y 8 para mujeres).

Hoy en día, a nivel mundial, también se estima que en torno a un millón de personas fallecen por suicidio al año, y se prevé que estas cifras aumentarán en medio millón más para 2020. Esto supone que en el mundo fallece una persona por suicidio cada 40 segundos. Y, a pesar de que únicamente se pueden hacer estimaciones, los intentos de suicidio podrían multiplicarse por 20 (World Health Organization, 2014).

Según las proyecciones de la OMS para el 2030, los casos de suicidio superarán el millón, de los cuales más de la mitad serán hombres, cuyos casos duplican casi a los de mujeres, siendo el grupo de mayor riesgo en los hombres el que abarca de los 30 a los 49 años (supone un 33% de los suicidios masculinos) y en el caso de las mujeres las edades de mayor riesgo son aquellas que se encuentran entre los 30 y los 69 (casi un 54% de los casos).

En cuanto a los ingresos, los países con un mayor número de suicidios son aquellos que tienen ingresos medios-bajos, seguidos de los países con ingresos medios-altos.

En la figura 1 se muestra el porcentaje de suicidios por nivel de ingresos de los países en 2012. Si juntamos los países de ingresos bajos y medios, el porcentaje de los suicidios totales es del 75%, sumando un 25% los casos de los países de ingresos altos. En las proyecciones realizadas por la OMS para 2015 y 2030 estos porcentajes se mantienen bastante similares (entorno al 80% los países de ingresos bajos y medios).

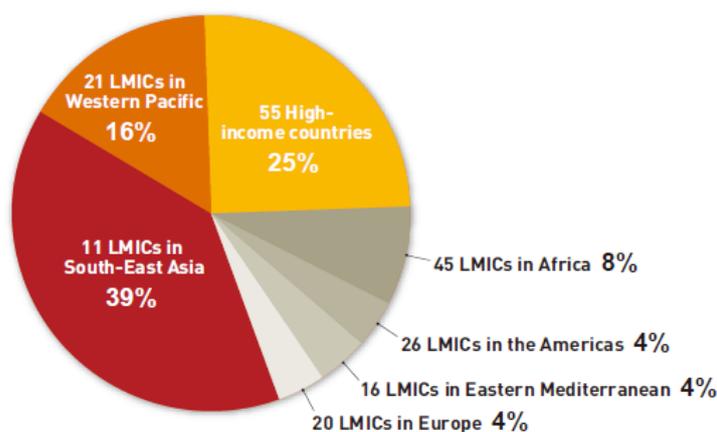


Figura 1. Fuente (World Health Organization, 2014, pág. 18). Porcentaje de suicidios por nivel de ingreso de los países en 2012.

De hecho, se calcula que en los países ricos o con ingresos altos mueren 3.5 veces más hombres que mujeres, mientras que en los países con ingresos bajos y medios, la proporción de suicidios por género es de 1.6 hombres por cada mujer. Otro dato de interés es la tasa, pues en los países de bajos y medios ingresos la de los hombres es de 13.7 puntos, ligeramente inferior a la global (15), pero en los países ricos esta cifra aumenta en 6.2 puntos, alcanzando los 19.9. La tasa de mujeres sin embargo, es inferior a la global (8) para los países de ingresos altos (5.7) y levemente superior para los países de ingresos medios y bajos (8.7) (World Health Organization, 2014).

Se ha constatado gracias a los datos de la OMS (2014), que en los países de ingresos altos los suicidios para ambos sexos suponen el 80% de las muertes violentas, mientras que en los países de ingresos medios y bajos el porcentaje se reduce a algo más del 50%.

A pesar de que en nuestro país las cifras no son alarmantes, pues hasta 2013¹ la tasa de suicidios por cada 100.000 habitantes no había alcanzado los 8 puntos, (lo que es bastante poco contando con que en el mundo la tasa ronda los 12 puntos), el suicidio se ha convertido desde hace varios años en la segunda causa de muerte no natural, por debajo de los accidentes de tráfico. En algunas comunidades autónomas, como Navarra, ha llegado incluso a liderar las listas de causas de defunciones por causas externas, aunque esto no es más que el resultado de la disminución de fallecidos por accidentes de tráfico.

En España, las causas externas de mortalidad están dentro de las 10 primeras causas de muerte (suponiendo entorno al 3.7% de las muertes anuales desde el 2009), incluyéndose en esta categoría las caídas accidentales, los suicidios y los accidentes de tráfico, entre otros. Desde el 2000 hasta el 2006 eran la quinta causa, desde el 2007 hasta el 2009 eran la sexta, y a partir de ahí hasta el 2013 la séptima, según datos del INE.

Dentro de dicha categoría, los accidentes de tráfico se ubicaban en la primera posición desde el 2000 hasta el 2008, seguido por los suicidios y las lesiones autoinfligidas. A partir de ese

¹ Aviso: Tras la creación del Observatorio de Suicidio por la Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio, los datos que se logren a partir de ahora serán un reflejo más realista del alcance del fenómeno en vista de la colaboración obtenida con el Instituto Anatómico Forense de Madrid. De hecho, el propio INE avisa que los datos del 2013 no son “estrictamente comparables” a años anteriores por haber podido acceder a dichos datos, pero en este estudio, y dado que siempre va a haber cifra negra independientemente del fenómeno que se estudie, los datos extraídos del INE son orientativos y servirán para tratar de acercarnos a la realidad de este fenómeno en España. Lo mismo pasa con los datos de la Organización Mundial de la Salud, ya que no se recogen en todos los países del mundo, y no se recogen de igual manera, por lo que siendo conscientes de este hecho se deberán tratar los datos como una aproximación a la realidad.

año, los suicidios se posicionaron los primeros. De hecho, según datos del INE, en el 2013 la primera causa de muerte no natural eran los suicidios, seguidos por las caídas accidentales, los ahogamientos, sumersiones y sofocaciones accidentales, otros accidentes y accidentes de tráfico.

En el gráfico 1 puede observarse la evolución de las causas externas de mortalidad, los accidentes de tráfico y los suicidios y lesiones autoinfligidas. Tal y como se ha señalado en los párrafos anteriores, se visualiza con claridad esa tendencia a la baja constante en los casos de accidentes de tráfico, mientras que las cifras de suicidio tienden a mantenerse en el tiempo (con cierto aumento), siendo esta la razón principal por la que se ha posicionado en primer lugar dentro de estas causas. Según el Observatorio del Suicidio (2015), los accidentes de tráfico han disminuido en torno al 70%, mientras que los suicidios han supuesto un aumento del 14%.

Evolución de casos de accidentes de tráfico y suicidios en España, 2000-2013

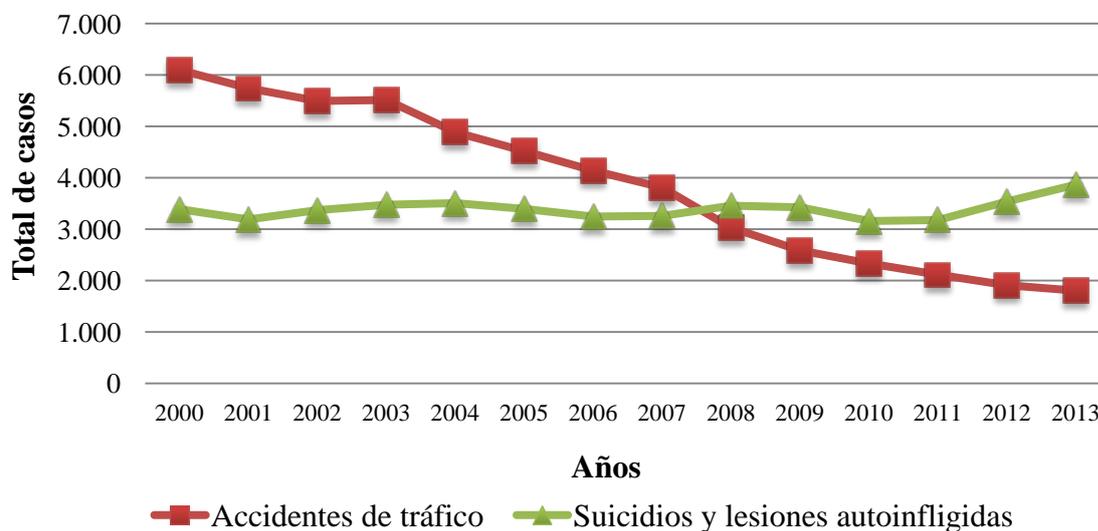


Gráfico 1. Evolución de casos de accidentes de tráfico y suicidios y lesiones autoinfligidas en España, 2000-2013.

Esta reducción de los accidentes de tráfico, bien podría ser por las campañas de sensibilización que llevan años realizándose, y por tanto han surtido efecto en la población. Así como la mayor severidad de la normativa y las sanciones viales, la educación en materia vial en los centros escolares, el aumento y la mejora de los controles policiales, y, por último, la mayor eficacia de los sistemas de seguridad de los vehículos.

Es decir, se podría suponer que si se emplease tiempo en crear campañas de concienciación sobre el suicidio, tal y como sucede con otras áreas de gran afectación social (drogas, violencia de género, tráfico...), así como una mayor preocupación e intervención desde distintos ámbitos de la administración (educación, sanidad, seguridad...), estos casos podrían verse disminuidos.

Además, hay que tener en cuenta que estadísticamente existen accidentes de tráfico recogidos como tales, pero que se sospecha que podrían ser suicidios, por lo cual, al ser una mera duda no se recogen como conductas autolíticas.

En conclusión, el margen existente entre los casos de accidentes de tráfico y de suicidios podría ser mayor, incluso, a lo que las estadísticas reflejan.

Asimismo, se habla de un crecimiento en los casos de suicidio de adolescentes y ancianos, lo cual debería llevar a un mayor análisis de estas franjas de edad, dada su vulnerabilidad. Incluso la OMS (2014) posiciona el suicidio como segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años de edad, después de los accidentes de tráfico. En las personas de entre 30 y 49 años el suicidio se ubica en la quinta posición en la lista de causas de muerte.

Proyección mundial de suicidios por grupos de edad para 2015 y 2030

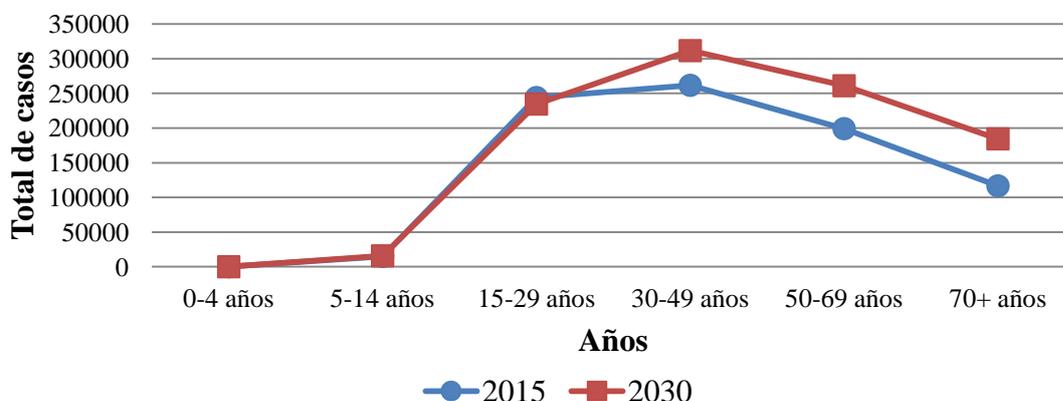


Gráfico 2. Proyección mundial de suicidios por grupos de edad para 2015 y 2030.

El gráfico muestra las proyecciones de suicidios por grupos de edad para 2015 y 2030, según datos de la OMS. Así pues, además de observar que los grupos de edad que presentan un mayor riesgo son los que abarcan de los 15 a los 49 años, se prevé un significativo aumento desde el 2015 hasta el 2030 de los 30 años en adelante.

En cuanto a los métodos, la intoxicación por pesticidas, el ahorcamiento y las armas de fuego tienden a ser los más usados de forma general, pero esto varía con el país, la edad y el género. Se remarca la importancia del ambiente a la hora de seleccionar los métodos de suicidio, por ejemplo en ciudades donde la mayoría de la gente vive en pisos muy elevados los suicidios tienden a darse por precipitación, o los pesticidas tienden a usarse más en zonas rurales donde la agricultura como forma de vida está muy arraigada (World Health Organization, 2014).

Además, antes de finalizar esta introducción me gustaría resaltar un dato realmente impactante a nivel nacional, y es que en el 2013 se dieron 70 veces más casos de fallecimientos por suicidio que por violencia de género, siendo éste último un fenómeno de gran envergadura por el que se están creando tantas campañas de sensibilización y programas. Así pues, se hace más que fundamental ver el suicidio como un **PROBLEMA SOCIAL** en mayúsculas y por el que deberían tomarse más medidas.

Teniendo en cuenta los párrafos anteriores se puede deducir fácilmente la gravedad del fenómeno. Se trata de una situación que afecta mundialmente y que se presenta cada vez más en grupos de personas jóvenes. Es por ello que realizar un estudio sobre el suicidio, abarcándolo desde distintas perspectivas es más que recomendable, porque la comprensión es la clave para la prevención y para la erradicación del estigma que en muchos casos está asociado a estas conductas.

1.3. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO

En la actualidad, se tiene una concepción del suicidio como un fenómeno de causas individuales, sociales y ambientales.

Además, para llegar al suicidio se debe haber pasado primero por la ideación, entendida esta como pensamientos autodestructivos de acabar con la propia vida. Existen diversos grados dependiendo de hasta qué punto tenga planeado la persona el suicidio. Por supuesto, cada grado implica un mayor riesgo.

Hay personas con ideación suicida pero sin plantearse la acción; los que tienen ideación suicida pero con un método inespecífico o indeterminado; aquellos con ideación con un método específico pero no planificado; y, por último, los que tienen organizado el plan completo (Pérez Barrero., s.f.).

En cuanto a la terminología para las conductas suicidas, existe un afán común por crear un lenguaje unificado. Actualmente son dos las terminologías más empleadas, por un lado la de la CDC o National Center for Injury, Prevention and Control, y, por otro lado, la de Silverman et al (Gobierno de Navarra, 2014).

El CDC diferencia entre violencia autoinfligida, intentos de suicidio, otros comportamientos suicidas y el suicidio consumado. Silverman et al., por otro lado, diferencian entre ideación suicida, comunicación suicida y conducta suicida.

2. PERSPECTIVAS TEÓRICAS

El suicidio es un fenómeno que se ha estudiado en incontables ocasiones desde diversas perspectivas como la psicológica, sociológica, jurídica y médico-legal. Por ello, mi intención es la de intentar abarcar estos ámbitos con el fin de lograr una comprensión lo más amplia posible.

2.1. EL SUICIDIO DESDE LA SOCIOLOGÍA

Comenzando desde un aspecto sociológico, sin duda alguna, la obra de Durkheim “El suicidio”, de 1897, es y fue una de las más influyentes.

Para este autor el hombre es fundamentalmente un ser social, que ha sobrevivido a lo largo de la historia viviendo y colaborando con sus semejantes, y que tiene arraigada la necesidad de pertenecer a una comunidad. Entendiendo como “comunidad”, además del conjunto de individuos, un ente que existe por sí mismo y tiene poder. Ésta comunidad es la que permite la organización para la existencia de los individuos, creando y manteniendo normas y valores necesarios para que dicha organización sea suficientemente firme y sirva como apoyo. De hecho, las personas necesitan tanto la comunidad como la individualidad, en otras palabras, necesitan creer en una existencia real y especial de comunidad y formar parte de ella, así como tener normas y reglas de la comunidad como soporte. Y por otro lado, necesitan ser ellos mismos, y creer en su propia identidad, tanto como individuo como comunidad (Bille-Brahe, 2000).

Durkheim entendía el suicidio, tal y como señala Pinto Rodríguez (2006), como “*todos aquellos casos en los que la muerte de una persona es el resultado directo o indirecto de su propia acción y la víctima sabe que su propia acción producirá ese resultado*”.

En su obra *Le suicide* se relaciona el suicidio con la sociedad, por lo que la variación en las tasas del fenómeno tendrían como explicación causas sociales. Así “*no se suicidarían los individuos, sino la sociedad a través de ciertos individuos*” (Giner Jiménez, 2010). Es decir, mientras que el suicidio sería el resultado de factores y circunstancias individuales, la

frecuencia del suicidio depende del estado moral y psicológico de la sociedad. Esto supone que las oscilaciones en dicha frecuencia sólo pueden ser explicadas por el hecho de que ciertas condiciones sociales desalientan a las personas a reaccionar ante los problemas y el dolor tratando de eliminarlos, y en su lugar se eliminan ellos mismos (Bille-Brahe, 2000).

Durkheim realiza una diferencia entre los factores extrasociales, donde se encuentran los estados psicopáticos, los estados psicológicos normales (donde estudia el suicidio en relación a la raza y la herencia), los factores cósmicos (tienen que ver con el clima y las temperaturas de las épocas del año) y la imitación (a la cual me referiré más adelante en el apartado “Discusión: Una aproximación criminológica al suicidio” pág. 33).

Este autor realizó una clasificación de los suicidios que dependía de la relación entre la integración social del individuo y del grado de control social que se ejercía sobre el mismo. Así pues diferenciaba entre el suicidio egoísta (caracterizado por una falta de integración social contundente), el suicidio altruista (donde la integración es tal que el colectivo resulta más importante que el individuo), el suicidio anómico (propio de sociedades con una débil regulación) y el suicidio fatalista (que aun siendo el más escaso, se produce en sociedades con una regulación extrema). Todos estos tipos conviven en la sociedad, tal y como expone Durkheim, dando lugar a una sociedad suicidógena cuando alguna de las ramas toma demasiada intensidad.

El modelo de aprobación del suicidio de Agnew (1998, citado por Villalobos Galvis, 2009), establece que las personas pueden llegar a tener una actitud positiva hacia el acto del suicidio, lo que daría lugar a un mayor riesgo. No sólo eso sino que el autor señala por un lado, que el individuo tendría menos dificultades para acabar con su propia vida si se rodea de personas que aprueban el suicidio, y por otro lado, que esa influencia que los demás ejercen sobre el individuo puede ser útil para prevenir el suicidio.

Existen otros tipos de clasificaciones como los de Jousset y Moureau de Tours, o los de Baelcher. Los primeros, tal y como expone Pinto Rodríguez (2006) establecen cuatro tipologías, todas basadas en la locura, mientras que Baelcher, tal y como explica Giner Jiménez (2010), los clasifica según la finalidad del acto en sí.

Para Mäkinen (citado por Bille-Brahe, 2000) el suicidio debe entenderse como un fenómeno esencialmente cultural. De hecho, para este autor, las leyes referentes al suicidio, las actitudes culturales hacia el mismo y la religión, intervienen en un sistema normativo-cultural, creando así patrones de ideas que las personas usan para evaluar sus conductas y sus actos.

Asimismo, establece que la cultura se crea mediante la convivencia de las personas. Se entendería como un conjunto de ideas, hábitos, pensamientos, tradiciones, normas y valores que se manifiestan como el patrón cultural de un grupo específico de personas que viven juntas, en una comunidad concreta y en un momento concreto. Incluyendo en este patrón tanto la visión y las creencias que se tienen sobre la vida y la muerte, como las actitudes hacia la autoagresión deliberada.

El proceso por el cual se crean y se mantienen los múltiples elementos de una comunidad constituye un factor relevante en tanto en cuanto se basan en un consenso o se ejecuta por un control social estricto.

De esta forma, Mäkinen afirma que los patrones culturales no deben analizarse basándose únicamente en el aspecto estructural de la sociedad, incluyendo aquí la clase, la política, la distribución del poder, la religión, etc.

Este factor cultural puede observarse claramente en los países musulmanes donde el suicidio es condenado abiertamente, lo cual está prohibido de forma explícita en el Corán. También existen actitudes contradictorias hacia el suicidio en culturas asiáticas, por lo que en algunos casos se acepta y en otros no. Estas contradicciones afectan sobre todo a las mujeres, pues, tal y como exponen Millner y De Leo (2010) los factores más comunes relacionados con el suicidio en dichas regiones tienen que ver con los matrimonios arreglados, las reivindicaciones de la dote y la desigualdad de derechos, que son aspectos culturales.

2.2. EL SUICIDIO DESDE LA PSICOLOGÍA

Visto cómo se entiende el suicidio sociológicamente, pasamos a una perspectiva psicológica. Lo primero que debe entenderse es que el suicidio es un fenómeno multicausal, no existe un

único motivo por el cual las personas deciden poner fin a su vida. De hecho, estos factores pueden ser personales, familiares, sociales y ambientales, dando lugar a un gran cúmulo de situaciones de riesgo. Es más, según Francisco Santolaya y Manuel Berdullas (INFOCOP, 2007), los factores externos e internos serán diferentes dependiendo de la franja de edad en la que se encuentre el individuo. Incluso un informe de la World Federation of Mental Health (2006) indica la diversidad de factores de riesgo según la edad.

Tras un exhaustivo estudio, ha sido posible la realización de una lista basada en diversos informes, guías y artículos revisados, con los factores que facilitan la ideación y conducta suicida, así como los que previenen dicho fenómeno.

Factores de riesgo: Son factores que aumentan el nivel de riesgo suicida. Pueden ser individuales, sociales y ambientales. Los factores de riesgo pueden ser modificables o inmodificables. Los modificables clínicamente son factores sociales, psicológicos y psicopatológicos (por ejemplo: trastornos, salud física...), y los inmodificables clínicamente están relacionados con el propio sujeto o el grupo social al que pertenece (por ejemplo: la edad, el sexo, el estado civil, el apoyo social...).

- Factores de riesgo individuales
 - Trastornos mentales:
 - Depresión mayor: es el trastorno mental que más se asocia con las conductas suicidas.
 - Trastorno bipolar: el riesgo es mayor al inicio del trastorno y cuando existen comorbilidades asociadas. 25-50% de los sujetos con trastorno bipolar realizan un intento de suicidio.
 - Trastornos psicóticos: tienen mayor riesgo los hombres jóvenes durante la primera etapa del trastorno, los pacientes con recaídas crónicas y en los primeros meses tras un alta hospitalaria. Se estima que el 25-50% de los individuos con esquizofrenia realizarán un intento de suicidio a lo largo de su vida.
 - Trastornos de ansiedad: se puede asociar a altas tasas de ideación suicida, tentativas y suicidios consumados.

- Trastornos de la conducta alimentaria: la anorexia nerviosa es la que mayor riesgo presenta, sobretudo en mujeres durante la adolescencia tardía.
 - Abuso de alcohol y otras sustancias tóxicas: además de ser un factor de riesgo es también un factor precipitante.
 - Trastornos de personalidad: los más asociados son el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno límite de la personalidad.
- Factores psicológicos: Impulsividad, sentimientos de fracaso personal, indefensión pensamiento dicotómico, dificultad de resolución de problemas, sobregeneralización en el recuerdo autobiográfico², perfeccionismo, desesperanza y rigidez cognitiva.
- Intentos de suicidio previos: durante los seis primeros meses y durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta. También dependerá del número de intentos, de la gravedad de los mismos y del grado de ocultación.
- Ideación suicida: cuando la ideación va avanzando en el tiempo, si esta no se acompaña e intentos o planes, el riesgo se atenúa.
- Edad: los momentos con más riesgo de intentos y suicidios consumados son la adolescencia y edad avanzada.
- Sexo: los hombres presentan más consumaciones y las mujeres más intentos de suicidios. También es cierto que los hombres emplean métodos más letales que las mujeres.
- Factores genéticos y biológicos: Factores que reducen la actividad serotoninérgica, que reducen el control de los impulsos. Los estudios de epigenética³ vinculan la cantidad de los receptores de una hormona con el control de impulsos, de modo que a menor cantidad de dicho receptor, menor control de impulsos tendrá la persona. Se realizó una investigación con ratas y se comprobó que los cuidados en la infancia influyen en la cantidad de estos receptores, por tanto, no es sólo una base genética sino que las relaciones interpersonales son cruciales. De hecho, un

² Consiste en una tendencia a recordar acontecimientos pasados específicos de una manera muy amplia.

³ Ciencia que se basa en que todo comportamiento tiene una base genética.

estudio de Tovilla-Zarate y Genis Mendoza (2012) evidencia que existe un componente genético en las conductas suicidas, en cuanto a los genes del sistema serotoninérgico.

- Presencia de enfermedad física o discapacidad: generalmente está asociado a un trastorno mental.
- Factores familiares y contextuales
 - Historia familiar de suicidio: aumenta el riesgo especialmente en género femenino y cuando se produce en un familiar de primer grado.
 - Factores sociofamiliares y ambientales:
 - Falta de apoyo sociofamiliar: El suicidio se da más en personas solteras, divorciadas o viudas, que viven solas o que carecen de apoyo social.
 - Nivel socioeconómico, situación laboral y nivel educativo: La pérdida de empleo, la pobreza, el bajo nivel educativo y los trabajos muy cualificados con alto nivel de estrés, aumentan el riesgo.
 - Eventos vitales estresantes: por ejemplo divorcios, pérdida de trabajo, conflictos en relaciones interpersonales... estos eventos son los desencadenantes, es decir, existen otros factores de riesgo y éste es el decisivo.
 - Suicidio en el entorno.
 - Efecto Werther: hacer públicos los suicidios puede conllevar más suicidios.
 - Historia de maltrato físico o abuso sexual.
 - Orientación sexual: aunque no está del todo probado parece que los estudios apuntan hacia un mayor riesgo de los colectivos homosexuales y bisexuales.
 - Acoso por parte de iguales: en la adolescencia está asociado con altos niveles de estrés, con ideación y conducta suicidas.
 - Fácil acceso a armas, medicamentos y/o tóxicos.
- Factores precipitantes
 - Eventos vitales estresantes (pérdida de un ser querido, quedarse de pronto sin trabajo, abandono de la pareja...).

- Fácil acceso a armas de fuego, medicamentos o tóxicos.
- Acoso por parte de pares.
- Abuso de alcohol u otras sustancias tóxicas.

Factores de protección: Son factores que disminuyen el riesgo de pensamientos y conductas suicidas en presencia de factores de riesgo. Éstos son los aspectos que deben promoverse para lograr una futura prevención y disminución de los casos de suicidio.

- Factores personales
 - Habilidad en la resolución de conflictos o problemas de forma adaptativa: Por ejemplo, la reestructuración cognitiva y la expresión de emociones.
 - Tener confianza en uno mismo.
 - Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales.
 - Presentar flexibilidad cognitiva.
 - Poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos: valores como el respeto, la justicia o la amistad, entre otros.
- Factores sociales o medioambientales
 - Apoyo familiar y social: tener hijos, hermanos o amigos es un buen apoyo. Por tanto, una alta cohesión familiar y social son de gran ayuda para evitar tanto la ideación como la conducta suicida.
 - Integración social: evitar el aislamiento y la soledad, proporciona una mayor protección a la persona.
 - Adoptar valores culturales y tradicionales.
 - Tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol.

Un estudio de la *University of British Columbia* trató de buscar los motivos de los intentos de suicidio, y descubrieron que las principales razones eran los sentimientos de desesperanza y el padecimiento de una dolencia física crónica. De la misma forma, realizaron una distinción dependiendo de la intensidad del deseo de morir. Por lo que dedujeron que las motivaciones determinadas por factores sociales suponen un deseo menos intenso, mientras que las motivaciones que emanan de los dos principales factores ya expuestos (desesperanza y dolor

crónico) están asociadas a un deseo bastante más intenso de morir (Consejo General de la Psicología de España, 2013).

Señales: Existen una serie de conductas y verbalizaciones que sirven para detectar una ideación suicida que puede derivar en una posterior conducta suicida. Es por ello que conocer esas señales es vital para prevenir los suicidios.

La American Psychological Association (2015) creó una lista de señales de riesgo suicida que son:

- Hablar sobre cometer suicidio.
- Tener problemas para comer o dormir.
- Exhibir cambios drásticos o bruscos de comportamiento.
- Aislarse de los amigos, la familia o las actividades sociales.
- Perder intereses en el colegio, trabajo o aficiones.
- Prepararse para la muerte escribiendo su voluntad y haciendo arreglos finales.
- Regalar posesiones preciadas.
- Haber cometido intentos de suicidio anteriormente.
- Tomar riesgos innecesarios.
- Haber experimentado recientemente graves pérdidas.
- Parecer preocupado con la muerte y el morir.
- Perder interés en su propia apariencia.
- Incrementar el consumo de alcohol o drogas.

Además, en una serie de guías así como en la WFMH (2006), se especifican otra serie de señales, aparte de las ya comentadas, verbales y no verbales. Por ejemplo, comentarios negativos sobre sí mismos, sobre la vida, sobre el acto suicida o sobre la muerte, “*Sería mejor que no estuviera aquí*”.

La WFMH también incluye otra señal que consiste en la búsqueda de información sobre los métodos para suicidarse (Consejo General de la Psicología de España, 2006).

La American Foundation for Suicide Prevention (2015) realiza una clasificación sobre estas señales, dando lugar a tres apartados: Hablar, comportamiento y estado de ánimo. En el primer y el último apartado se añaden algunos aspectos que no se comentan en lo señalado anteriormente sobre señales.

En el apartado de las verbalizaciones, hacen hincapié en que una de las señales es que las personas hablen sobre:

- Suicidarse.
- No tener razones para vivir.
- Ser una carga para los demás.
- Sentirse atrapado.
- Sentir un dolor insoportable.

En cuanto al estado de ánimo, indican que las personas que están considerando suicidarse suelen presentar una o más de los siguientes: Depresión, pérdida de interés, rabia, irritabilidad, humillación y ansiedad (American Foundation for Suicide Prevention, 2015).

2.3. EL MARCO JURÍDICO-LEGAL DE LOS COMPORTAMIENTOS SUICIDAS

Otro ámbito a estudiar es el jurídico, es decir, cómo está recogida en la legislación el suicidio.

El suicidio supone que la persona pone fin a su propia vida, siendo esta uno de los bienes jurídicos más importantes. La persona hace uso de su vida como le place, en este caso, decide acabar con ella, de ahí proviene el conflicto, de si tenemos derecho o no de disponer de dicho bien jurídico.

Hoy en día, en torno a 25 países tienen leyes y penas contra los intentos de suicidio, pudiendo aplicar una pena pecuniaria o incluso la cadena perpetua. Sin embargo, en la gran mayoría de estados estas conductas no están tipificadas en sus legislaciones. De hecho, la criminalización de estas conductas da lugar a una disminución de las denuncias por miedo a las represalias

legales y por consiguiente se ocultan, lo que provoca una falsa sensación de disminución de los casos de suicidio (World Health Organization, 2014).

Lo que sí está penado es que un tercero ayude a una persona a suicidarse, ya sea incitándole a ello (inducción) o ayudándolo proporcionándole los medios (cooperación). Sin embargo, existe un conflicto constante en lo referente al derecho de las personas a disponer de sus vidas, sobre todo, cuando éstas padecen alguna enfermedad irreversible o están bajo un sufrimiento constante e insoportable. Hay quienes opinan que en estos casos excepcionales sí que debería proporcionarse la ayuda necesaria para cometer el suicidio siempre y cuando las personas que padezcan dicha enfermedad así lo quieran, es decir, hablamos de la eutanasia y del suicidio asistido.

La palabra eutanasia proviene del latín *eu* (bien) y *thanatos* (muerte), es decir, podría traducirse como buena muerte. La RAE define eutanasia como “*acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él*” (Real Academia Española). Volvemos por tanto a lo señalado anteriormente, se trata de facilitar la muerte a personas que tienen grandes padecimientos con la finalidad de acabar con su sufrimiento.

Es importante señalar la diferencia entre eutanasia y suicidio asistido, pues en las regulaciones de algunos países se evidencia esta distinción de conceptos. Tal y como exponen C. De Miguel Sánchez y A. López Romero (2006), por un lado tenemos la eutanasia, que se refiere a las acciones llevadas a cabo por otras personas, a petición expresa y reiterada de un paciente que, a causa de una enfermedad irreversible, padece un sufrimiento insoportable y constante. Por otro lado tenemos el suicidio asistido, que consiste en que una persona proporciona los conocimientos y medios necesarios para que la otra persona que sufre una enfermedad irreversible, cometa el suicidio.

La regulación de estas conductas varía dependiendo del país, hoy en día hay Estados en los que la eutanasia y/o el suicidio asistido están legalizados, siendo éstos Suiza, Bélgica, Holanda, Luxemburgo, Oregón, Washington, Montana, Vermont y Colombia. Cada país exige que se den una serie de requisitos.

En España ni el suicidio consumado ni la tentativa están tipificados en el Código Penal, no son conductas penadas en nuestro sistema jurídico. Como dato curioso podemos comentar que antiguamente, en la legislación española, el suicidio estaba penado con la confiscación de los bienes de aquel que se quitaba la vida (Giner Jiménez, 2010).

Sin embargo, dado que el bien jurídico que está en riesgo es la vida, sí que se condenan conductas de inducción y cooperación al suicidio, que se recogen en los artículos 143.1 y 143.2 del Código Penal respectivamente. La inducción al suicidio se castiga con una pena de 4 a 8 años de prisión, y la cooperación al suicidio con una pena de 2 a 5 años de prisión, y si además esa cooperación llega hasta el punto de ejecutar la muerte, la pena de prisión aumenta de 6 a 10 años, según el punto tercero del artículo 143 (Gimbernat Ordeig & Mestre Delgado, 2014).

En el artículo 143.4 del Código Penal también se señala la cooperación al suicidio por razones humanitarias, que se trataría de una cooperación necesaria, pero a petición de la persona que desea morir. Si esta petición se realiza por motivo de una enfermedad incurable o un dolor crónico e insoportable, aquel que coopere será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 del artículo. Es decir, la pena quedaría reducida a 2 años o incluso menos, lo que da lugar a una posible sustitución o suspensión.

Lo que se puede deducir de este artículo es que se pena tanto la eutanasia como el suicidio asistido, pero éste último caso reviste una menor gravedad por la situación de sufrimiento en la que se encuentra el sujeto pasivo, es decir, la persona que desea morir.

Volviendo a los casos de inducción y cooperación, tal y como establece el artículo 28 del Código Penal Español de 1995, se consideran autores de delitos y faltas aquellos que *“cooperan a su ejecución con un acto sin el cual no se habría efectuado”* (Gimbernat Ordeig & Mestre Delgado, 2014).

También es destacable la imprudencia o negligencia profesional, recogida en el artículo 142.3 del Código Penal. Esta negligencia supone el descuido voluntario o falta de cuidado de un profesional durante el desempeño de su oficio o profesión, dando lugar como resultado a un daño efectivo al perjudicado. Esto puede dar lugar a responsabilidades penales y civiles.

Son necesarios ciertos requisitos para que concurra la imprudencia:

- Acción u omisión voluntaria.
- Naturaleza negligente o falta de previsión.
- Infracción del deber de cuidado.
- Resultado dañoso.
- Relación causal entre la acción u omisión y el resultado dañoso.

Esta imprudencia profesional es, en muchas ocasiones, el motivo que las familias de los fallecidos por suicidio emplean para interponer una denuncia, pero estas denuncias no suelen prosperar. Las familias interponen la denuncia porque el perder a un ser querido por suicidio deja tal incertidumbre a su alrededor que lo más racional en el momento es buscar un culpable externo. Así pues, si la persona estaba en tratamiento o bajo el cuidado de algún profesional, las familias y allegados responsabilizan a éste de la conducta autolítica del fallecido.

2.4. EL SUICIDIO Y LA MEDICINA-LEGAL

En este apartado pretendo comentar los métodos que se emplean de forma más habitual para cometer suicidio.

- Suspensión o ahorcadura: Se trata de colocarse una cuerda o cable alrededor del cuello, formando un lazo.
- Precipitación: Hace referencia a lanzarse desde un lugar elevado, como puede ser una azotea, una ventana, un balcón, etc.
- Intoxicación: Consiste en provocarse una intoxicación o envenenamiento intencional, por ejemplo por ingestión de drogas o medicamentos, por exposición a gases, vapores u productos químicos nocivos.
- Asfixia: Supone la muerte por falta de oxígeno, puede darse por la inhalación de gases tóxicos.
- Lesión por arma de fuego: Se trata de provocarse intencionadamente lesiones con un arma de fuego, como armas cortas, rifles, escopetas o armas largas.

- Lesión por arma blanca: Implica la muerte mediante lesiones infligidas por armas blancas, que pueden ser objetos cortantes o romos. Suelen emplearse cuchillos para cortarse las venas o apuñalarse diversas zonas del cuerpo.
- Arrojar o colocarse delante de un objeto en movimiento: Consiste en situarse repentinamente delante de un tren, un coche o cualquier otro vehículo a motor.
- Quemaduras o carbonización: Supone la muerte por provocarse lesiones con fuego u objetos o sustancias que provoquen quemaduras. Un ejemplo famoso es el denominado “quemarse a lo bonzo”, que consiste en rociarse el cuerpo con un líquido inflamable para, posteriormente, prenderse fuego.
- Sumersión: Implica provocarse la muerte en un medio líquido, lo que impide la respiración.
- Tráfico: Consiste en colisionar intencionalmente mientras se conduce un vehículo a motor. En ocasiones los accidentes de tráfico en realidad son suicidios, pero esto es muy difícil de demostrar. Tal y como señala Pérez Camarero (2009), varios estudios estiman que el 5% de los accidentes de tráfico son consecuencia de conductas suicidas, incluso se señala que el automóvil se consideraría un medio idóneo de autodestrucción.

Además de lo expuesto hay que entender que no en todos los países ni regiones del mundo se emplean los mismos métodos ni con la misma frecuencia.

Un estudio de Ajdacic-Gross et al. (2008) arrojó luz sobre este aspecto indicando que la selección del método de suicidio no sólo varía por países, sino que además depende de la aceptabilidad social sobre el método y de su disponibilidad. La aceptabilidad proporciona una serie de creencias sobre suicidarse o no, y las normas socioculturales darían directrices sobre cómo proceder.

Como resultado de este trabajo se encontraron tres medios altamente empleados en todo el mundo: Las armas de fuego, la suspensión o ahorcadura y el envenenamiento con pesticidas.

Así pues, el método más empleado en casi todos los países es la suspensión. Las armas de fuego son empleadas con más frecuencia en aquellos países en los que tienden a usarse para

proteger los hogares, muestra de ello sería el predominante uso de este método en los Estados Unidos de América, aunque también se usan en Argentina, Suiza (sólo los hombres) y Uruguay. En los países asiáticos y en Portugal sin embargo, el envenenamiento con pesticidas es muy frecuente. Por otro lado el envenenamiento con drogas es común en Canadá, los países nórdicos y el Reino Unido. De hecho en China un estudio de Zhang, Stewart, Phillips, Shi y Prince (2009) demostró que existía una correlación entre la exposición a pesticidas y las ideaciones suicidas.

También hallaron divergencias en cuanto al nivel de violencia y letalidad de los métodos por género, siendo los hombres los que emplean métodos más violentos y letales, como las armas de fuego. Las mujeres por el contrario optan más por el envenenamiento y el ahogamiento, que suponen tanto una menor violencia como letalidad (Ajdacic-Gross, y otros, 2008).

Asimismo, existe una correlación entre los tres métodos más predominantes, pues descubrieron que la suspensión tendía a usarse cuando no había otro medio mejor a su disposición. Además la cifra de suicidios por ahorcadura disminuía mientras que se incrementaba el de suicidios por arma de fuego y pesticidas. Es por ello que hay que tener especial cuidado a la hora de tratar de prevenir el uso de estos medios, pues la introducción de programas específicos de prevención sobre un método puede dar lugar por un lado a la disminución del uso de dicho medio, pero al aumento de otro. Por ejemplo, en Australia y Canadá el uso de las armas de fuego se restringió, pero aumentaron los casos de suicidio por suspensión (Ajdacic-Gross, y otros, 2008).

3. EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO

Resulta conveniente estudiar la incidencia del suicidio tanto a nivel mundial como estatal.

Según los datos más recientes, del 2013, en España hubo un total de 3870 fallecimientos por suicidio, de los cuales tres cuartas partes eran hombres. Esta cifra supone 10.6 suicidios al día. Con respecto al año anterior, 2012, los casos aumentaron un 9.3%, aunque teniendo en cuenta la ya señalada nota del INE sobre la colaboración con el Instituto Anatómico Forense de

Madrid, sin dicha colaboración el aumento hubiese sido de 2.7% (Fundación Salud Mental España, 2015).

El Instituto Nacional de Estadística estableció dos nuevos apartados dentro de las Defunciones según la Causa de Muerte, dedicado exclusivamente al suicidio, desde el 2005. Es por ello que, para estudiar los métodos más empleados en España para cometer suicidio, los datos que voy a emplear abarcan desde el 2005 hasta el 2013.

Así pues, entre los medios para suicidarse más empleados encontramos la ahorcadura en casi el 50% de los casos, seguido por la precipitación en el 20% de los casos y por último el envenenamiento, que se produce en el 10% de los casos. La aplicación del resto de métodos es más bien escasa y a veces casi inexistente, como es el caso de la quemadura o la colisión de vehículo a motor. Si además atendemos al género, las mujeres emplean, de mayor a menor incidencia, la precipitación, la ahorcadura y el envenenamiento, aunque entre los dos primeros métodos hay solamente una diferencia de 200 casos. El género masculino opta más por la ahorcadura, 55% de los casos, y después escogen la precipitación y el envenenamiento. En conclusión, en España se emplean estos tres métodos comentados independientemente del género. Además, en ningún caso se da un cambio evolutivo brusco, de hecho, las cifras se mantienen año tras año.

Según la Organización Mundial de la Salud, las formas más comunes de quitarse la vida a nivel mundial son los pesticidas, el ahorcamiento y las armas de fuego.

En cuanto al género, al igual que en el resto del mundo, en España se han dado desde 1989 más fallecimientos por suicidio masculinos que femeninos. De hecho de los 81 466 casos que se han dado en ese periodo, el 75.80% eran hombres y el 24.2% mujeres. Es más, la tasa de suicidio masculino supera la media nacional en todos los años, siendo 3 veces superior a la tasa femenina, que se encuentra por debajo de la media nacional.

Dentro de España las Comunidades Autónomas que superan la tasa nacional, en el año 2013, son Asturias, Galicia, Andalucía, Islas Baleares, Castilla La Mancha e Islas Canarias, Y tienen la misma tasa que España Castilla y León y País Vasco (Fundación Salud Mental España, 2015).

A nivel mundial, la tasa de suicidios, según la OMS (2014), es de 11.4 por cada 100 000 habitantes. Para los hombres esta tasa es de 15 puntos, y para las mujeres es de 8. España se ubica por debajo de la tasa en ambos casos, dando una puntuación de 8.2 para el género masculino y 2.2 para el femenino:

Si nos fijamos en la tasa de suicidios por regiones de ingresos bajos y medios de la OMS (2014) nos encontramos con los siguientes datos (hay que recordar que estas regiones dan lugar al 75% de los suicidios a nivel mundial):

La tasa más alta la contabiliza el Sudeste asiático con 17.7 puntos, seguido de Europa con 12 puntos, África con 10, el Pacífico Occidental con 7.5, el Mediterráneo Oriental con 6.4 puntos y, por último, América con 6.1 puntos.

En cuanto a la tasa de hombres y mujeres, se continúa con la tendencia de género expuesta hasta ahora, es decir, todas las tasas masculinas superan a las femeninas. La única excepción la protagoniza la región del Pacífico Occidental donde la tasa de mujeres supera por 0.7 puntos a la de hombres, lo que da lugar a una proporción de 0.9 hombres fallecidos por suicidio por cada mujer fallecida por suicidio.

De lo señalado anteriormente cabe destacar que las dos regiones con mayor porcentaje de población, el Sudeste Asiático (25.9%) y el Pacífico Occidental (23.1%) respectivamente, son las que contabilizan una mayor cantidad de suicidios, 39.1% y 16.3%.

Además, en casi todos los países la tasa masculina es superior a la femenina, aunque siempre hay alguna excepción como es el caso de Pakistán (9.1 hombres y 9.6 mujeres), Iraq (1.2 hombres y 2.1 mujeres), China (7.1 hombres y 8.7 mujeres) y Bangladesh (6.8 hombres y 8.7 mujeres). Asimismo, hay otra serie de países cuyas tasas destacan con gran diferencia sobre las demás, un ejemplo claro sería el de Guyana, que llega a alcanzar los 70.8 puntos para los suicidios en hombres y 22.1 en mujeres, o Sri Lanka, que puntúa 46.6 suicidios por cada 100.000 habitantes en los hombres y 18 en las mujeres.

En los datos del 2013 ofrecidos por la FSME (2015) se observa cómo España se sitúa dentro de las posiciones más bajas a nivel mundial, en el puesto 29 de 36. Los países que mayor tasa

de suicidios han tenido en el 2013 (o por lo menos de los que se han obtenido datos) han sido Corea del Sur, Rusia, Hungría y Japón.

3.1. SUICIDIOS POR EDADES

Como ya se señaló en la introducción, además de la preocupación por el imparable incremento de suicidios en todo el mundo, existe otro punto de igual importancia, el por qué los grupos de mayor riesgo son los adolescentes y las personas de tercera edad. Para ello, se expone a continuación la situación actual de suicidios para cada una de las franjas de edad.

Según la OMS (2014) la tasa de suicidios más baja es la perteneciente al grupo de edad inferior a 15 años, y es la más alta en personas de más de 70, tanto para hombres como para mujeres en casi todo el mundo. En cuanto a la diferencia de las tasas de edades por sexo difieren de unas regiones a otras. En algunas regiones la tasa de suicidio aumenta de forma constante con la edad, mientras que en otras se da un pico en los adultos jóvenes que se mantiene a lo largo de la etapa adulta.

La mayor diferencia se da cuando analizamos las regiones por ingresos. En los países de ingresos altos se suicidan bastantes menos adultos jóvenes y mujeres ancianas que en los países de ingresos medios y bajos, aunque son más frecuentes los suicidios de hombres adultos.

Para realizar cierta comparación con lo referido por la OMS, he realizado un análisis de los datos en España desde el 2000 hasta el 2013 por franjas de edad, quedando clasificadas de la siguiente manera:

- Infantil: De 0 a 14 años.
- Juvenil: De 15 a 29 años.
- Adulto: De 30 a 69 años. Aquí hay que diferenciar entre los adultos jóvenes (30 a 49) y los adultos (50-69).
- Tercera edad: De 70 años en adelante.

Tal y como señala el Observatorio del Suicidio, la tendencia del 2013 es que los casos de suicidio aumentan con la edad, aunque las mayores cifras se contabilizan en la etapa de los 40 a los 49 años (Fundación Salud Mental España, 2015). Esa tendencia no ha hecho más que reproducirse a lo largo de los años, aunque cabe resaltar que la década anterior también suma una gran cantidad de muertes. De hecho, desde el 2000 hasta el 2013, ha habido un total de 47 478⁴ suicidios en España, de los cuales entorno al 17% eran de personas de 40 a 49, seguidos por un 16% de 30 a 39 años y cerca del 15% tanto para los que van de los 50 a los 59 y de los 60 a los 69, Es decir, casi más de la mitad de los suicidios se contabilizan en la edad adulta.

En cada una de las categorías, de forma resumida y en base al estudio de los datos estadísticos nacionales, se puede afirmar lo siguiente (no se incluye el análisis de los suicidios infantiles en estas conclusiones dada su escasa incidencia):

- Suicidios consumados por jóvenes: Estos casos disminuyen anualmente (mientras que mundialmente esta cifra va en aumento), a pesar de ser una de las principales causas de muerte no natural en este grupo de edad, por encima de los accidentes de tráfico. De hecho, en el periodo comprendido entre el 2000 y el 2013, del total de jóvenes fallecidos por causas externas de mortalidad, el 17.6% falleció por suicidio.

Pese a dicha tendencia a la baja en España, a nivel mundial el suicidio en jóvenes es una realidad más que preocupante. Frías Ibáñez, Vázquez Costa, Del Real Peña, Sánchez del Castillo y Giné Servén (2012), tras el análisis de varios estudios, concluyen que entre el 6-16% de los adolescentes presentan conductas autolesivas (lo que no implica que deban dar lugar a un resultado fatal) tanto en países norteamericanos como británicos, asiáticos, oceánicos, escandinavos y mediterráneos. De hecho, indican que dicho porcentaje aumenta cuando se trata de adolescentes que han sido atendidos en unidades de salud mental, hasta un 22-45%. Esas conductas autolesivas tienden a realizarse mediante cortes, golpes e ingestión de fármacos.

⁴ Esta cifra incluye los suicidios de personas de más de 10 años, ya que apenas hay suicidios de personas menores de dicha edad.

Además, estas conductas son más frecuentes en mujeres, en las cuales se observa una tendencia de “U” invertida, teniendo su pico más alto en la adolescencia media, mientras que en los hombres la prevalencia se mantiene más o menos constante. Esa mayor prevalencia en el género femenino puede ser por la mayor presencia de síntomas depresivos, baja autoestima y disregulación emocional (Frías Ibáñez y otros, 2012).

- Suicidios en la edad adulta y en la tercera edad: Los suicidios consumados aumentan según aumenta la edad del individuo. De hecho, en la edad adulta la mayoría de fallecimientos por suicidio se dan entre los 40 y los 49 años, mientras que en la tercera edad, los casos se acumulan en los individuos que tienen entre 70 y 89 años, disminuyendo considerablemente en edades más avanzadas.

Profundizando en el suicidio juvenil y desde una perspectiva más psicológica, Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2014) hacen hincapié en el fomento de la resiliencia, definido por Rutter como un “concepto interactivo que se relaciona con la combinación de experiencias de riesgo significativas y consecuencias psicológicas relativamente positivas a pesar de esas experiencias”. Estos investigadores hallaron una serie de factores internos y externos que aumentaban dicha resiliencia. Entre los factores internos están los cognitivos (p. ej. El autoconcepto positivo), afectivos (p.ej. La autoestima), conductuales (p. ej. El control de impulsos) y de personalidad (p. ej. La empatía); y los externos son, entre otros, el apoyo social de tipo emocional, la dificultad de acceso a métodos de suicidio o la disponibilidad y fácil acceso a los servicios de salud mental y comunitaria.

Durá Llopis (2009) señala la impulsividad como forma primordial del suicidio en la adolescencia, como respuesta a un sentimiento de frustración. Según este autor, el origen del suicidio estaría en síntomas depresivos, desesperanza, sentimientos de culpa, insomnio, aislamiento social, consumo de sustancias y trastornos mentales, entre otros. Asimismo, señala una gran falta de comunicación familiar y social en los casos de suicidios infantiles. Además, hace hincapié en la falta de conciencia o de comprensión sobre el concepto “muerte” de los niños y adolescentes, es decir, no son sujetos con una idea de muerte claramente formada, de hecho, para los más pequeños se trata de un proceso reversible.

Alonso Fernández (citado por Durá Llopis, 2009) clasifica las conductas suicidas en las etapas tempranas de la vida de la siguiente forma:

- Suicidio por desesperación: los sentimientos predominantes son los de soledad y desesperanza. El suicidio se ve como una forma de evitar o huir de esa situación insostenible.
- El suicidio por miedo: se trata de un acto más bien impulsivo como respuesta a una situación inmediata de castigo. El suicidio se entiende como una forma de erradicar ese castigo o amenaza.
- Suicidio por ventaja o chantaje: el suicidio se ve como un instrumento para vengarse de sus progenitores. Es decir, el menor no desea la muerte, sino provocar dolor a sus padres. Desde el psicoanálisis, Adler ya lo señaló como un instrumento de venganza contra los adultos, así como método para compensar el sentimiento de inferioridad y lograr el poder o la influencia.
- Suicidio por sacrificio: responde a una motivación religiosa o altruista. El suicidio sirve como fin para resolver una situación conflictiva.
- Suicidio por imitación: el origen de estos suicidios estaría en la inmadurez que afecta, a su vez, al desarrollo de la capacidad de inhibición de los sentimientos de frustración.

Además, los divorcios suponen un factor de riesgo relevante en estas conductas. Los individuos en estas edades entienden el divorcio como un fallo personal, es decir, creen ser la fuente del problema (Durá Llopis, 2009).

Por último, y en relación a los suicidios en la tercera edad, Conwell y Duberstein (2001) indican que existe una actitud social específica hacia los suicidios en estas edades. Se tiende a mantener una mayor comprensión y aceptación en comparación con las conductas suicidas en los adolescentes porque los años de vida perdidos son menores, es decir, las personas de mayor edad han vivido más años, han tenido más experiencias, por tanto, si un anciano decide suicidarse el impacto social es menor que cuando lo hace un joven. Además, tanto en los medios de comunicación como en las investigaciones, se presta una menor atención a los suicidios en mayores.

Por otra parte, estas personas dan menos señales de intentos de suicidio, realizan las conductas de forma más reflexionada y planeada, y emplean métodos más violentos e inmediatos porque tienen un menor deseo de sobrevivir a los intentos. Asimismo, tienen una mayor probabilidad de haber sufrido depresión previa a la conducta suicida, en comparación con personas jóvenes. Sin embargo, la ideación suicida es menos común en los ancianos (Conwell, y otros, 1998).

Conwell y otros (2012) indican una serie de factores de riesgo relevantes en estas edades, que son: la enfermedad psiquiátrica, más frecuentemente los trastornos afectivos, psicóticos y de ansiedad; la enfermedad física y el deterioro de la capacidad funcional, que a pesar de ser un indicador limitado por su presencia en la gran mayoría de este grupo social, sí que se apreciaría un aumento de riesgo en enfermedades como el VIH, las enfermedades malignas y la esclerosis múltiple, entre otros; los acontecimientos vitales estresantes; y, los rasgos de personalidad, enmarcando un mayor riesgos aquellos ancianos tímidos, reclusos, hostiles, rígidos, obsesivos, ansiosos y con un estilo de vida independiente.

3.2. SUICIDIO CARCELARIO

La prisión es otro ámbito de la sociedad en el que el suicidio está presente. España cuenta con 161 establecimientos penitenciarios entre los cuales hay 68 centros penitenciarios, 32 centros de inserción social, 3 unidades de madres, 56 servicios de gestión de penas y medidas de libertad y, por último, 2 psiquiátricos penitenciarios.

La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias publica anualmente el Informe General de la Administración Penitenciaria, en el cual aparecen los datos relativos a suicidios. También aparecen dichos datos en los Boletines Epidemiológicos de Instituciones Penitenciarias. El mayor problema con el que me he encontrado es que en ambas fuentes, tanto en los informes (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 y 2013), como en los boletines (Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012), no sólo no se recoge la

misma información, sino que además hay años en los que aparecen una gran cantidad de variables de gran interés y en otros años se centran únicamente en dar el número de suicidios consumados. Por poner un ejemplo, en el Informe General del 2010 (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2011) aparece la diferencia entre suicidios consumados y frustrados (tentativas) para las variables edad, estado civil, régimen penitenciario, aislamiento, nacionalidad, método, hora, aplicación del programa de prevención de suicidios, delito cometido y tiempo de estancia desde el último ingreso hasta la fecha de los hechos. En conclusión, no he podido realizar un examen exhaustivo de las variables por las deficiencias a la hora de recoger y plasmar los datos en los documentos nombrados.

Lo que sí ha sido posible es analizar la evolución de los motivos de fallecimiento, entre los que se encuentra el suicidio, desde 1997 hasta el 2013. En este tramo los suicidios oscilan desde los 10 hasta los 40 casos anuales. Hay una gran variación en las puntuaciones, pero la gran mayoría se encuentran entorno a los 20 y los 30 casos anuales. En diversos informes se hace hincapié en que la población reclusa ha crecido de un año a otro, mientras que los suicidios han disminuido. Porcentualmente, los suicidios suponen el 14% de los fallecimientos, posicionándose así como la cuarta causa de muerte en las prisiones españolas.

Tal y como he dicho anteriormente, resulta difícil estudiar la evolución de ciertos factores debido a la falta de información, sin embargo, con el fin de hacernos una idea, he recogido las tentativas de suicidio (denominados suicidios frustrados en los informes) en el periodo que abarca desde 1996 hasta el 2006. Lo que es importante destacar es que en este periodo se dan 4 veces más tentativas que suicidios consumados. Hay años en los que se han llegado a dar 7 e incluso 9 veces más tentativas que suicidios consumados, como son los casos del año 1998 y 2000.

Ahora, bien, como conclusión general, se puede señalar que los cambios en la tasa de suicidios consumados, no son significativos, como señalan los diversos Boletines Epidemiológicos de Instituciones Penitenciarias. De hecho, según los mismos, a pesar de que estas tasas nunca superan a las de la Unión Europea, sí que se muestran algo superiores en comparación con la población general para grupos de edad y sexo iguales. Tal y como indican:

“La causa de esto radica en que en la población penitenciaria se concentran muchos de los factores de riesgo que la OMS asocia al suicidio tales como: ruptura de relaciones y aislamiento social, problemas jurídicos, nivel socioeconómico bajo, abuso de alcohol y drogas, trastornos mentales, trastornos de la personalidad y padecer enfermedades orgánicas graves que acorten la esperanza de vida”.

En cuanto a los métodos más empleados, queda clara la predominancia del ahorcamiento sobre el resto de modalidades, dando lugar al 91.56% de los casos en el periodo que abarca del 2005 al 2013. En cuanto al resto de métodos encontramos la inhalación de humo, la autolesión por arma blanca, la precipitación desde altura, la sofocación, las quemaduras por incendio deliberado en celda, el envenenamiento por drogas, la inanición y la autolesión por heridas, que suman, en total, 15 casos.

Sobre las diferencias de género cabe destacar primero, que la población penitenciaria está compuesta entorno a un 90% por hombres, por lo que no es sorprendente que de las 225 muertes por suicidio que hubo desde el año 2005 hasta el 2013, 213 sean varones y 12 mujeres.

Una vez comprendida la realidad del suicidio en los centros penitenciarios españoles, cabe preguntarse qué medidas se habrán tomado para disminuir los casos. Lo que se ha hecho es implementar un Programa Marco de Prevención de Suicidios, que entró en vigor en marzo de 2014, y que se ejerce en virtud del artículo 3.4 de la Ley Orgánica General Penitenciaria, que señala el deber de *“velar por la vida, la integridad y la salud de los internos”* (Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2005).

Por último, me gustaría destacar un recurso co-producido por la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, para la prevención del suicidio en cárceles y prisiones (2007).

Lo más destacable de este documento es por un lado, los perfiles de personas de alto riesgo (reclusos en espera de juicio y presos sentenciados) y factores de riesgo (situacionales,

psicosociales y sociodemográficos) que establecen; y por otro lado, las claves que indican para la creación de un programa de prevención del suicidio.

PARTE II. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. DISCUSIÓN: UNA APROXIMACIÓN CRIMINOLÓGICA AL SUICIDIO

Este apartado reviste un carácter más personal pero no por ello prescindible. La Criminología es una ciencia multidisciplinar encargada de estudiar el delito, el infractor, la víctima y el control social del comportamiento delictivo. Debido a su carácter multidisciplinar, creo conveniente revisar las perspectivas anteriores y reflexionar con ellas un tema tan importante como es el que se aborda en este trabajo de fin de grado.

1.1. ANÁLISIS CRIMINOLÓGICO

Tras haber revisado las anteriores perspectivas, se aprecia una evolución en la percepción social del suicidio. Tal y como sostiene Menno Boldt (1988, citado por Bille-Brahe, 2000), existen una gran cantidad de concepciones socio-culturales del suicidio que abarcan desde un pecado imperdonable, hasta un acto psicótico, un derecho humano, una obligación ritual, y un acto impensable, entre otros. Esta variedad de términos asociados al suicidio dependen tanto de aspectos culturales (la religión es uno de los factores fundamentales a la hora de percibir el suicidio de una u otra manera), como sociales y psicológicos.

A lo largo de la historia la percepción social de este fenómeno ha variado ampliamente. Resulta complicado saber con certeza qué posicionamiento mantuvieron las sociedades más primitivas respecto a este fenómeno. De hecho, en Grecia, consta tanto la prohibición del

mismo como la posibilidad de realizarlo bajo ciertas circunstancias. Con la llegada del cristianismo pasó a convertirse en uno de los mayores pecados (aunque esto fue sobre todo influencia de San Agustín, y el suicidio se comenzó a condenar a partir del año 452; actualmente el cristianismo no penaliza tanto este tipo de conductas). También era visto como un acto psicótico tan sólo realizado por personas con cierta psicopatología. Posteriormente llega el auge de los derechos y libertades personales con la Revolución Francesa, y comienza a verse como un derecho de los individuos, lo que provocó su despenalización en la mayoría de países (Suárez Suárez, 2000). Este último punto queda plasmado con la evolución de las legislaciones revisadas en el apartado “El marco jurídico-legal de los comportamientos suicidas” (pág. 20), ya que el derecho evoluciona, aunque más lentamente, con los cambios sociales.

Así pues, llega el primer conflicto, la protección estatal del bien jurídico vida y el derecho a disponer de la propia vida. El debate comienza con una pregunta sencilla de realizar pero no tanto de responder, ¿hasta qué punto debe el Estado proteger la vida de sus ciudadanos, siendo ésta una de las más preciadas posesiones del ser humano?

Para poder responder a esta cuestión, debemos acudir al artículo 15 de la Constitución Española de 1978 (Biblioteca de Legislación Serie Menor, 2003), que dice así:

“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra”

Por tanto, la vida es un derecho fundamental protegido por la Constitución (Biblioteca de Legislación Serie Menor, 2003), y no está permitido realizar actos que puedan ocasionar daños a la vida ajena. Pero, en ningún momento se habla de no atentar contra la propia vida.

La mayoría de países, a excepción de los nombrados anteriormente, ven el suicidio asistido y el auxilio al suicidio como actos ilegales, aunque bajo ciertas circunstancias las penas que corresponden al acto son más bien simbólicas y sirven para disuadir a la población de realizarlos, pues se entiende que al no revestir una mayor gravedad el castigo no deberá ser

muy severo⁵, es decir, se estaría aplicando la función simbólica del derecho penal. En algunos países incluso el suicidio es ilegal, a pesar de que si se consuma, la persona, lógicamente, no podrá ser penada.

En base a los estudios realizados puede afirmarse que la gran mayoría de las personas que se suicidan, en torno al 90%, deberían ser tratadas psicológicamente porque tienden a llegar a esas conclusiones debido a diversos trastornos. Sin embargo, considero correcto mantener una posición favorable hacia el suicidio en aquellas personas que, estando mentalmente sanas y capaces, hayan tomado una decisión meditada de forma libre. Pero, hay que recordar, que este conjunto de personas lo conforma una minoría muy restringida.

Además de todo lo expuesto, llega el segundo tema de conflicto, más relacionado con la eutanasia y el auxilio al suicidio. ¿Debe protegerse la vida o la vida digna?

En estos casos, la mayoría de países, lo consideran actos ilegales. Es decir, no se permite que terceras personas dispongan de la vida de otro, aunque este individuo se encuentre en una situación de sufrimiento como consecuencia de una enfermedad irreversible. No se permite ni que otras personas le proporcionen los medios necesarios para realizar el suicidio por sí mismo, ni que otras personas acaben con su vida en caso de encontrarse en una situación de incapacidad (ya sea física o mental).

Por ende, lo que el Estado está permitiendo al ilegalizar estas conductas, es que personas que se encuentran en un “estado vegetativo” (cuando una persona no da señal alguna de consciencia y es incapaz de reaccionar), o personas que como consecuencia de alguna enfermedad sólo puedan mover la cabeza y hablar, o individuos que se encuentran sedados permanentemente por padecer dolores insufribles, pasen largas temporadas en hospitales mientras se consumen física y moralmente, y no sólo ellos sino también sus familiares. Con

⁵ Hablamos aquí de la cooperación al suicidio bajo circunstancias de enfermedad irreversible y que produce un gran dolor, por lo que se castiga a la persona con una pena pequeña que puede ser suspendida o sustituida. De esta forma la población ve que ese acto se castiga y no lo realiza, pero el sujeto activo no sale muy perjudicado porque se entiende que ha sido un acto humano y solicitado por el sujeto pasivo.

esto no quiero decir que haya que acabar con la vida de estas personas cuando se encuentren en alguna de estas situaciones, pero si han elaborado previamente una declaración de voluntades anticipadas, y en ellas consta la eutanasia para estos casos, debería legalizarse y respetarse esta decisión (por supuesto siempre que haya sido meditada suficientemente y de forma libre).

En conclusión, la vida debe vivirse, debe ser digna, debe ser de calidad, y cuando una persona, dándose las circunstancias expuestas, no quiere continuar viviéndola, lo más racional sería respetar su decisión y no castigar a quienes quieran ayudarla.

A pesar de todo lo expuesto, es necesario incluir un matiz, el del control. Todas las sociedades necesitan un control, unas normas, para lograr crear una comunidad con una convivencia medianamente pacífica, hecho que se ha dado desde las sociedades más primitivas hasta las más contemporáneas. Ello implica que todo derecho conlleva sus limitaciones, porque un exceso de permisibilidad puede dar lugar a consecuencias extremadamente graves. Por ejemplo, en Suiza, cuando se abrieron las instituciones que permitían la eutanasia, se comenzó a hablar de un “Turismo suicida”, haciendo referencia a la gran cantidad de individuos de todo el mundo que acudían allí para acabar con su propia vida. No obstante, aunque en dicho lugar la eutanasia no esté penada, existe una regulación, que como todo, deberá ir mejorándose con el tiempo. De modo que la legalización del suicidio asistido o el auxilio al suicidio, al igual que todos los derechos, no están exentos de una amplia regulación y control.

Además, y como última cuestión, al considerar a las personas que cometen suicidio como víctimas, ¿no estarían incurriendo los estados en una victimización secundaria al penalizar el suicidio, la eutanasia y el auxilio al suicidio?

De alguna manera se está obligando a un individuo a vivir cuando su deseo es el de morir, ya sea por padecimientos insufribles como consecuencia de una enfermedad física incurable, por causas psicológicas, o por cualquier otro motivo. En definitiva, la persona que quiere quitarse la vida porque, por diversos motivos, no la desea, está siendo obligada, por parte del Estado, a mantenerse en ella independientemente de si vive de forma digna o no.

Todas las cuestiones previamente expuestas se deben, sobre todo, a la regulación del suicidio, que va variando con los cambios sociales. Sin embargo, hay otros aspectos que van ajustándose a las sociedades contemporáneas, como es el caso de las tecnologías de la información. Estas últimas están asociadas al suicidio en cuanto a la imitación de estas conductas, que es lo que se conoce como Efecto Werther.

Este efecto tiene su origen en los incidentes ocurridos tras la publicación de la novela *“Las penas del joven Werther”* de Goethe, en 1774. En su obra, el personaje principal decidía poner fin a su vida disparándose como resultado de un amor no correspondido. Tras publicar el libro y pasado un tiempo, se notificó cierto aumento en los suicidios así como en el método, que era el mismo que el de la obra. Es por ello que 200 años más tarde de dicha publicación David Phillips, sociólogo, acuñó el término “Efecto Werther”. El cual también es conocido a día de hoy como “Efecto Copycat” (Álvarez Torres, 2012).

Existe otro ejemplo como es el del libro *“Final Exit”* de Derek Humphry. Se trata de un libro sobre prácticas de suicidio y suicidio asistido. Tras su publicación se observó un aumento en la similitud del método de suicidio con el comentado en el libro, aunque no queda muy claro si también aumentaron el número de suicidios de forma relevante.

Pero no son los únicos hechos que demuestran esta tendencia. La OMS señala que en torno a 50 investigaciones sobre la imitación del suicidio llevan a la misma conclusión, y es que la información sobre suicidios transmitida por los medios de comunicación pueden llevar a conductas de imitación. Además, hay grupos de personas especialmente vulnerables, como jóvenes y personas con depresión (WHO, 2008).

Asimismo, ha de señalarse que el efecto reviste una mayor gravedad cuando el individuo que ha fallecido por suicidio se trata de un personaje famoso, tal y como expone Álvarez Torres (2012) al hacer referencia al estudio de Hawton et al (1999), que demostraron un aumento en el método de suicidio similar al de uno de los personajes de una serie del Reino Unido.

Además, Gould et al (2003, citados por Álvarez Torres, 2012) señalan claramente que *“ya no queda ninguna duda al respecto a la validez de los efectos contagiosos del suicidio”*, tras

realizar un análisis bibliográfico de noticias de prensa de suicidio y su incidencia en los posteriores suicidios por imitación.

Existe otro fenómeno, el “Efecto Papageno”, que hace referencia a la prevención del suicidio a través de la comunicación responsable de la información. El nombre del efecto se debe al personaje análogo de la “Flauta Mágica” de Mozart, el cual evitó el suicidio cuando unos niños le revelaron las alternativas que la vida le podía ofrecer (Ramírez Herrera, Ures Villar, & Martínez Jambrina, 2015).

Debido al creciente desarrollo de las tecnologías de la información y al incremento de su uso por la población general, hoy en día cualquier persona puede conocer una noticia que ha pasado al otro lado del mundo, y puede lograr información sobre una cantidad ingente de temas. Es por ello que el uso inteligente, responsable y adecuado de información sobre asuntos tan graves como el suicidio puede ayudar a erradicar el estigma y a promover conductas de prevención.

Teniendo en cuenta lo anterior, podemos ver que las nuevas tecnologías son un arma de doble filo, por un lado pueden suponer un efecto de imitación pero por otro lado también sirven para la prevención. El uso de folletos, carteles, la prensa, la radio, los teléfonos, la televisión e incluso internet, pueden servir como oportunidades de prevención.

De hecho, centrándonos en este último medio, las ventajas que ofrece son innumerables. Primero, es una vía que puede emplearse a cualquier hora y en cualquier lugar, por lo que las personas que se encuentren en una situación de crisis pueden acceder al mismo sin necesidad de acudir a un lugar físico y explicar su problema a personas físicas. Esto último promueve tanto la privacidad como el anonimato, lo cual para muchos individuos es más fácil y menos “vergonzoso” que llamar a un teléfono de ayuda o buscar profesionales. Es por ello que mucha gente acude a foros y blogs para informarse, pero esto tiene a su vez un alto riesgo, porque, a no ser que sea un experto quien se encargue de dicha página web, puede darse información negativa y en lugar de prevenir podría llegar a fomentar conductas autolíticas (Luxton, June, & Kinn, 2011). Sin embargo, Arroyo Fernández y Bertomeu Ruiz (2012) señalan que, Internet puede aumentar la ideación y las conductas suicidas debido a la falta de control de las personas que escriben en las páginas web. Existen así una gran cantidad de

espacios prosuicidas en los que se habla de los métodos, cómo conseguir los materiales, cuál es el mejor momento para realizar la conducta autolítica, etc. Señalan además una serie de métodos poco comunes que se han ido expandiendo por internet, como es el uso del helio, la inhalación de sulfuro de hidrógeno y la intoxicación por taxina⁶, entre otros.

La OMS, propuso dentro del programa SUPRE, una herramienta para los profesionales de los medios de comunicación (WHO, 2008), con el fin de implantar medidas para prevenir el suicidio, y son las siguientes:

- La noticia puede emplearse como una oportunidad para educar a la población sobre el suicidio, erradicando mitos, expresando la multicausalidad del hecho (factores psicológicos, culturales, genéticos, socioeconómicos, etc.), haciendo especial hincapié en que no es una buena forma de solucionar los problemas.
- No se debe emplear un lenguaje sensacionalista ni que dé a entender que el suicidio es algo normal y una solución a los conflictos.
- No hay que posicionar la noticia en las primeras páginas sino en las centrales, y tampoco debe realizarse una repetición innecesaria de las historias.
- No se debe dar información detallada sobre el método empleado ni sobre el lugar concreto, independientemente de si el suicidio ha sido o no consumado.
- Es necesario tener mucha precaución con las palabras que se empleen en el titular, así como con las imágenes y los vídeos, que no deben ser excesivamente claras y siempre deben contar con el consentimiento de la familia y los allegados.
- Tener especial cuidado con noticias de personajes famosos fallecidos por suicidio, pues son los que más pueden influenciar en las personas. Tampoco debe ponerse el suicidio como algo atractivo, y glorificar a una celebridad que ha puesto fin a su vida puede dar a entender que la sociedad entiende este acto como algo honorífico.
- Es fundamental respetar la privacidad de los familiares y allegados, pues se encuentran en una situación difícil y de riesgo.

⁶ Elemento tóxico que se encuentra en el tejo, un arbusto de hoja perenne. (U.S. National Library of Medicine)

- Facilitar información sobre recursos disponibles para pedir ayuda es algo más que recomendable (profesionales, páginas web, teléfonos de ayuda, instituciones, etc.).
- Los propios profesionales de los medios de comunicación pueden verse afectados por historias sobre el suicidio, por tanto, deben buscar apoyo en los recursos disponibles.

En un estudio de Herrera, Villar y Jambrina (2015), en el que analizaron 148 noticias de suicidios recogidas de 5 prensas españolas diferentes durante un año (01/09/2011-30/09/2012), se constató el incumplimiento de las recomendaciones de la OMS. Como ejemplos está el carácter inexplicable del suicidio o la atribución de causas simplistas, la información que se da sobre el método, la falta de información sobre los antecedentes psicopatológicos de la víctima, así como de posibles medios de ayuda, etc.

Existe otro recurso, desarrollado por la colaboración de una gran cantidad de instituciones (American Foundation for Suicide Prevention, y otros, 2012), en el cual se señala, además de lo recomendado por la OMS, que es importante no hablar del suicidio como una “epidemia”, ni señalarlo como un fenómeno inexplicable, simplista y repentino. Tampoco deben reportarse los suicidios como si se tratase de crímenes, sino como un problema de salud pública. Es más positivo pedir consejo a expertos en prevención que pedir detalles a los policías, médicos o bomberos, sobre las razones del suicidio. Por último, no deben emplearse ciertas palabras como “sin éxito” o “intento fallido”, es mejor hablar de “murió por medio del suicidio” o “completado”. Asimismo, puede darse información sobre los factores de riesgo y de protección, las señales, los tratamientos disponibles, las líneas de ayuda, etc. Incluso las páginas y espacios de internet dirigidos por ciudadanos no expertos en prevención deben tener cuidado con el contenido de dichos medios, ya que en lugar de fomentar estas conductas pueden ayudar a disuadir a las personas con ideación suicida de llevarlo a cabo.

Además, y como prueba de la masiva información que puede encontrarse por Internet, si se introducen en el buscador de Google las palabras “cómo suicidarse”, nos encontraremos con aproximadamente 17 200 000 resultados, entre los que aparecen una cantidad ingente de blogs, foros y noticias. Sin embargo, como forma de prevención, el Teléfono de la Esperanza aparece como primera opción cuando alguien realiza este tipo de búsquedas. Ciertamente sería interesante la implantación de programas de prevención por Internet que permitan

conectar a las personas con los servicios y otros individuos con experiencias similares, así como crear un entorno interactivo y atractivo de apoyo y educación, aunque siempre deberá tenerse un control riguroso sobre estos ámbitos con el fin de evitar la incitación de conductas suicidas.

1.2. EL SUICIDIO, LA CRISIS ECONÓMICA Y EL DESEMPLEO

Como último punto de esta discusión, es interesante estudiar la conexión entre el contexto actual de crisis económica y el suicidio. La relación entre el suicidio y las variables socioeconómicas no es novedosa, Durkheim y Hammermesh (citados por Domènech y otros, 2014) ya lo estudiaron en su época. Algunos autores opinan que cuando el individuo privado de empleo se percibe a sí mismo como inútil para el grupo, el riesgo de suicidio aumenta, así pues, el empleo no es sólo una forma de obtener sustento sino que se convierte en una forma de interactuar con el grupo (Milner, McClure y De Leo, 2012, citado por Domènech y otros, 2014). El trabajo por tanto, no nos aporta únicamente estabilidad económica para lograr objetivos o metas materiales, sino que nos proporciona estabilidad mental, ayuda a la interacción entre las personas y forma parte de todas aquellas variables que indican en el desarrollo de nuestra identidad personal. Es por ello que en los siguientes párrafos trataré de arrojar luz sobre la relación entre un momento de desestabilidad económica y la tasa de suicidios, a través de una revisión bibliográfica.

Muñoz Sánchez, García Jorge, García de Fernando García, Portabales Barreiro, Moreno Fernández, Ceverino Domínguez y Polo Usaola (2014) exponen la relación entre los suicidios y la crisis económica en una revisión bibliográfica. En ella hacen referencia a un artículo que la *European Journal of Public Health* publicó en el 2013 sobre la situación de ambos fenómenos en España. En él se concluye el aumento de la tasa de suicidios en los años posteriores al 2008 (hasta el 2010, que es la fecha final de análisis), aunque este incremento es inferior a las tasas previas al 2005. Ramos (2014) añade que la tasa del 2012 es la más alta desde el 2005, aunque continúa siendo uno de los países con menos suicidios en Europa.

Volviendo a la publicación anterior, se incide en la relación entre la tasa de desempleo y las cifras de suicidio, dando lugar a un incremento del 0.79% tanto en suicidios como en homicidios por cada 1% de crecimiento de la tasa de desempleo (Muñoz Sánchez, y otros, 2014). Stuckler y McKee (2009, citado por Espino, 2014) además de verificar lo anterior, indican que un 3% de incremento del paro podría dar lugar a un crecimiento en la tasa de suicidios del 4.5%.

En Grecia, se observó un aumento del 60% en los suicidios a partir del 2007, según la publicación del Lancet (2013, citada por Muñoz Sánchez, 2014). En otro estudio realizado en este país en el que se analizó el impacto de los eventos de austeridad y prosperidad en los suicidios en una serie temporal interrumpida de 30 años, se concluyó el aumento de suicidios tras la crisis, pero además, se apreció que existían aumentos de la tasa tanto con el comienzo de la crisis en 2008 (en hombres) como con la toma de medidas de austeridad en 2011, sin embargo la aplicación de una medida de prosperidad en 2002 dio lugar al descenso de la tasa de suicidios (Branas y otros, 2015).

En Estados Unidos, tras analizar los ciclos económicos, se ha apreciado una tendencia de aumento de la tasa de suicidios durante las recesiones y la caída de dichas tasas durante las expansiones. Aunque este aumento afecta sobre todo a las personas en edad de trabajar. Lo mismo indica López Bernal (2013, citado por Ramos, 2014) tras realizar un estudio sobre las cifras españolas, por el cual concluye que a pesar de que durante el 2008 y el 2011 los suicidios han disminuido, los de hombres en edad de trabajar han aumentado. También se aprecia lo mismo en el Informe de 2013 de la OCDE (citado por Espino Granado, 2014).

Reeves (2012, citado por Muñoz Sánchez y otros, 2014) en Estados Unidos alude al incremento de la tasa de suicidios en un 3.8% como respuesta al aumento de la tasa de desempleo. Incluso se indica que esa tasa de desempleo podría explicar en torno al 25% del aumento de los suicidios. Asimismo se recalca dicha correlación entre el crecimiento del desempleo y de los suicidios. En Inglaterra, también se afirma esta relación, pues las mayores tasas de suicidio se hallan en las regiones inglesas con mayores tasas de desempleo. A ésta última conclusión llegaron también Barr y otros (2012, citados por Ramos, 2014) tras realizar un estudio para conocer las consecuencias de la recesión en Inglaterra. E incluso Stuckler y

Basu (2013, citados por Espino, 2014) alegaron esta relación en un estudio realizado en Italia, añadiendo además que tanto el aumento de la tasa de suicidios como de intentos autolíticos afectaba en su mayoría a hombres.

Sin embargo, Ramos (2014), en un trabajo en el que relacionó el suicidio con variables macroeconómicas en el periodo que abarca desde 1980 hasta el 2012, señaló que la tasa de desempleo estaba inversamente relacionada con la de suicidios. De hecho, hace hincapié en la relación entre la evolución del PIB y la de la tasa de suicidios, que parece ser más clara en el caso de los hombres. Para Domènech y otros (2014) sin embargo, no existe una relación clara entre factores socioeconómicos y suicidios, de hecho indican la necesidad de realizar estudios más adelante.

A pesar de lo dicho hasta ahora, absolutamente todo es cuestionable y está sujeto a crítica y duda, por lo que son necesarios más estudios al respecto para poder verificar estas afirmaciones. En esta línea, se critica la explicación simplista que se hace sobre la correlación entre desempleo y suicidio, incluso se señalan ejemplos como Estonia, Lituania y Latvia, donde los suicidios no aumentaron con la llegada de la crisis, pero sí lo hicieron con la caída del muro de Berlín. De hecho, Fountoulakis (2013, citado en Muñoz Sánchez y otros, 2014) indica que las mayores tasas de suicidio se registran con crisis políticas más que económicas, señalando países como Argentina, Hungría y Ucrania.

En España, un estudio indica el aumento de las tasas globales de mortalidad con los momentos de crecimiento económico, mientras que las cifras de suicidio lo hacen en los periodos de recesión. Sin embargo, la cantidad de intentos autolíticos no parecen aumentar con la crisis económica, según Miret y otros (2014, citados por Ramos, 2012) de la Universidad Autónoma de Madrid.

En Asia existen controversias en la relación entre desempleo y suicidio. Ciertamente los suicidios aumentan cuando lo hace el desempleo, pero no disminuyen cuando lo hace éste. Aun así se recalcan ciertas características en los suicidios ocurridos en las zonas rurales de China, donde se cree que las variables socio-culturales (cultura tradicional, clase social, posición económica...) han sido determinantes (Muñoz Sánchez, y otros, 2014). Espino (2014) también hace referencia al gran aumento de suicidios que hubo en Japón, Hong-Kong,

Corea del Sur y Tailandia como el resultado del impacto de la crisis asiática de finales de los 90.

Para finalizar, hay que destacar la falta de consenso sobre la relación entre crisis económica y tasas de suicidio, pues los datos están sujetos a interpretaciones muy diversas y difieren de unos países a otros. Por ejemplo Miguel Roca (2013, citado por Ramos, 2014), señala la dificultad de realizar aseveraciones sobre la relación entre crisis económica y suicidio, y cita a Fountoulakis, el cual señala la falta de pruebas que defiendan dicha relación causa-efecto.

Pero, según Chang, Stuckler, Yip y Gunnell (2013) se observa claramente un aumento de suicidios a partir de la crisis económica mundial del 2008, incluso hace una distinción entre géneros indicando un mayor aumento en los hombres que en las mujeres. También señala que el impacto en Europa fue mayor para los hombres de 15 a 24 años y en América lo fue para los que abarcaban la edad de 45 a 64 años. Asimismo indica una relación entre la tasa de desempleo y los suicidios en 2009, y más concretamente en los hombres de los países con un nivel bajo de desempleo antes de la crisis.

En lo que sí se está de acuerdo es en que las políticas sociales dirigidas a la protección social y laboral inciden en el impacto producido por la crisis y previene el aumento de la tasa de suicidios. Esto se ha deducido por las tasas de suicidio durante épocas de cambio económico tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, los cuales no tienen sistemas de protección adecuados. De hecho, Karanikolos y otros (2013, citados por Muñoz Sánchez y otros, 2014) señalan como factores que incrementan el riesgo de suicidio la austeridad fiscal, el shock económico y la débil protección social derivados de la situación de crisis económica. La propia Unión Europea emplea el porcentaje de gasto público sanitario como predictor de las tasas de suicidio (Innamorati y otros, 2010, citados por Espino, 2014).

Después de todo lo expuesto he de introducir un factor distinto pero no por ello menos relevante. Ya sabemos que la relación entre suicidios y crisis no es concluyente, sin embargo, sí que existe una relación más que confirmada entre, por un lado, crisis económica y depresión y, por otro lado, entre suicidio y depresión.

Saugar (2013) hace hincapié en este tema, en la revista AVIVIR, y señala que la crisis aumenta la depresión, el estrés y la ansiedad. Asimismo, tal y como indica Gorricho (2013) la depresión conlleva la debilitación de las energías, la desvalorización de la persona, la desesperanza, el aislamiento social y la desconexión comunicativa, entre otras. En otro artículo de esta misma revista también se indica que esta patología está asociada al 40% de los suicidios (Jiménez Ruiz, La familia del suicida, 2013).

Así pues, como conclusión, podemos deducir que si la crisis aumenta la depresión, y la depresión está asociada al suicidio, existiría una relación entre la crisis y los suicidios, aunque no sea de forma directa. Es decir, la crisis sería uno más de todos los factores que aumentan el riesgo de suicidio, porque incide en otros muchos factores, diversas patologías mentales, inestabilidad social y familiar, inestabilidad económica, etc. Además, podríamos valorarlo como un factor precipitante en aquellos individuos que ya cuentan con cierta cantidad de factores de riesgo.

2. CONCLUSIONES GENERALES

En este apartado trataré de englobar los aspectos más relevantes de este trabajo. Para ello, es necesario que realicemos una imagen mental de la realidad del suicidio hoy en día.

Se trata de un problema de salud pública presente en todo el mundo. Afecta en torno a un millón de personas al año, sin contar con los familiares y allegados, y no sólo no menguan las cifras, sino que va en aumento. Además, en la gran mayoría de países no se considera un acto ilícito, pero sí lo es la intervención de terceras personas, con excepciones como Oregón, Washington y Suiza, entre otros.

Dichas excepciones en la regulación jurídica tienen su origen en un cambio en la percepción social del suicidio, el cual cada vez se entiende más como un derecho que como un acto aberrante.

Tras leer el texto se puede constatar que, a nivel mundial, los suicidios son altamente más frecuentes en los hombres que en las mujeres, aunque se percibe que ellas son quienes más

intentos autolíticos realizan. Pérez Camarero (2009) indica que ello probablemente se derive de la menor letalidad del método y de la ausencia de intencionalidad. En cuanto a las franjas de edad en las que más se dan son en la edad adulta, de los 30 a los 50 años, sin embargo el suicidio en los jóvenes de 15 a 29 años va en aumento. En relación al método, la suspensión, las armas de fuego y los pesticidas son los más empleados.

A lo largo de estas páginas se ha hecho hincapié reiteradamente en la gravedad del fenómeno, por lo que su prevención es altamente necesaria. Recientemente, la OMS realizó un detallado informe sobre el fenómeno del suicidio en el que incluía una gran cantidad de datos, recomendaciones y en definitiva, pedía la colaboración y la actuación a nivel internacional para tratar de reducir el 10% de los suicidios. Sin embargo, a pesar de existir una gran cantidad de estudios sobre el suicidio (médicos, psicológicos, psiquiátricos, sociológicos, revisiones sistemáticas, debates jurídicos, etc.) tan sólo 28 países cuentan con una estrategia de prevención nacional para el suicidio (World Health Organization, 2014), entre los que encontramos a Argentina, Australia, Canadá, Dinamarca, España, Reino Unido, Suecia, Suiza, Uruguay, entre otros. Las regiones que cuentan con un mayor número de estrategias son Europa y América. En España tan sólo hay una estrategia a nivel nacional y fue adoptada en el 2006 por la Confederación Española de Agrupaciones Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES).

La OMS establece los siguientes niveles de prevención:

- **Universales:** Están dirigidas a toda la población. Son estrategias encaminadas a incrementar el acceso a los sistemas de salud, promocionar la salud mental, reducir el daño por consumo de alcohol y otras sustancias, limitar el acceso a los medios para cometer suicidio, promover de forma responsable información sobre los suicidios en los medios de comunicación o concienciar a la población sobre la salud mental, los trastornos por abuso de sustancias y el suicidio.
- **Selectivas:** Tienen como objetivo incidir en grupos especialmente vulnerables, como pueden ser los individuos que han sufrido abusos o traumas, los que han sufrido un desastre (conflicto bélico o desastre natural), los inmigrantes y refugiados, y los

sobrevivientes de un suicidio. Se pretende entrenar cuidadores que asistan a estas personas vulnerables así como ofrecer servicios de ayuda, como puedan ser teléfonos de ayuda. En España tenemos al Teléfono de la Esperanza como mayor referente para estos casos, y sin embargo apenas se hace publicidad del mismo.

- Indicadas: Son las dirigidas a personas concretas especialmente vulnerables. Estas estrategias se centran en el apoyo comunitario, el seguimiento de los que abandonan los centros de salud, la educación y formación para los trabajadores del área de la salud y una mejor identificación y gestión de los trastornos mentales y el abuso de sustancias.

Todas estas estrategias deberían tenerse en cuenta a la hora de crear un plan integral y multinivel de prevención, pues debido a la naturaleza multifactorial del suicidio, deben abarcarse una gran cantidad de ámbitos y de grupos de riesgo.

Ahora bien, es del todo necesario, e incluso urgente, solucionar los problemas que suscita la recogida de datos, que son esenciales para poder realizar programas de prevención y protocolos de actuación.

A nivel global resulta una tarea más que ardua, pues hay muchos países que no aportan datos, pero éste no es el único obstáculo. La auténtica traba deriva de la ineficacia de los sistemas de recogida de datos de los países que los aportan. Miler y De Leo (2010) explican que en países de ingresos bajos hay una escasa disponibilidad de recursos y de profesionales para la investigación y prevención del suicidio. En consecuencia, resulta complicado conocer los grupos de riesgo porque muchas veces se obtienen datos fragmentados, es decir, no todos los años, ni todas las zonas, etc.

Y no sólo eso, sino que hay suicidios que no se reportan como tal por temas culturales, de estigmatización y de prohibiciones legales.

Sin embargo, esta cuestión también afecta a los países con ingresos medios y altos. En España mismo, en el año 2013, las cifras se incrementaron un 9.3% gracias a la colaboración entre el Instituto Anatómico Forense de Madrid y el Instituto Nacional de Estadística. Este aporte ha

provocado que los datos del 2013 no puedan ser comparados con años anteriores, porque no resultaría fiable. Aunque como ya he expuesto con anterioridad, en este trabajo se han analizado los datos del 2013 y anteriores porque es lo más cercano a la realidad que hay ahora mismo a nivel nacional, aunque claramente se deberían volver a analizar todos los datos una vez recabados de todas las instituciones necesarias.

Como consecuencia de esta insuficiente e ineficaz recogida de datos nos encontramos con una gran cifra negra. Si el problema hoy por hoy ya alcanza unas dimensiones amplias, podemos deducir que esto no es más que la punta del iceberg. Por ello se hace necesario encontrar la forma de crear una base de datos unificada con una única clasificación para las distintas variables, así como una cooperación entre las distintas instituciones. Al hilo de lo comentado, podría aplicarse la autopsia psicológica⁷ para recolectar aquellas variables que el fallecido no pueda aportar, como pueden ser la presencia de trastornos mentales, la situación económica, la situación laboral, la situación familiar, etc.

En cuanto a la percepción de este fenómeno, aunque poco a poco se están dando pasos hacia la comprensión y la aceptación de esta realidad, sigue siendo un tabú. Es un problema del que no gusta hablar, no sólo entre las personas, sino tampoco en los medios de comunicación. Tiende a relacionarse, no erróneamente, con trastornos mentales, sin embargo, esto da lugar, por ignorancia y desconocimiento, a la estigmatización de los mismos. Esta estigmatización alimenta los prejuicios y da lugar a la desigualdad en el trato a estas personas, y en consecuencia, a la discriminación. También es una de las causas por las que las personas que están en riesgo no acuden a los lugares en los que podrían proporcionarles ayuda. Para acabar con el estigma es necesario un cambio en la percepción social, y para ello son necesarios tres

⁷ Es un procedimiento empleado principalmente en los casos de muertes de etiología dudosa. Sirve para recabar datos sobre una persona fallecida con el fin de hallar información suficiente para conocer cómo se ha producido la muerte y cuál era la intención del individuo fallecido, aunque existen excepciones, porque puede emplearse para la investigación de suicidios que no han llegado a consumarse (Velasco Díaz, 2014). Para ello se deben tener en cuenta los factores económicos, sociales (incluye relación con familiares y amigos), ambientales, psicológicos, antecedentes de intentos de suicidio, etc.

factores enumerados muy convenientemente en el informe de la OMS “*Preventing suicide*” (2014), y son: El conocimiento, el apoyo público (a través de la política) y una estrategia social como puede ser una respuesta nacional con el fin de lograr las metas que lleven a la prevención del suicidio.

Es destacable asimismo, el uso de explicaciones simplistas sobre las causas que originan las conductas suicidas, cuando en realidad influyen una cantidad ingente de factores. Ciertamente suele haber uno que es el desencadenante, es lo que comúnmente se conoce como “la gota que colma el vaso”, pero detrás de éste hay muchos otros.

Un claro ejemplo de lo señalado en el párrafo anterior, es la relación que se ha hecho entre el suicidio y la crisis. Es cierto que los suicidios han aumentado, pero no por el hecho de entrar en crisis, es decir, esa situación económica es la que serviría en muchos casos como precipitante, pero previamente existen factores psicológicos, sociales y ambientales que predispondrían a la persona al suicidio. Y es relevante señalar esto porque los medios de comunicación cuando hacen referencia a una noticia de suicidio y lo relacionan con la crisis, no informan que hay otra cantidad de motivos detrás y esto aumenta la desinformación.

Al hilo de lo recientemente comentado, la crisis económica es, y con mucha razón, uno de los temas más comentados y reflexionados hoy en día. Su relación con las conductas suicidas no debe tomarse a la ligera, de hecho, se precisan más investigaciones al respecto. Lo único que sí puede decirse actualmente sin dar lugar a error, es que la crisis aumenta los trastornos como la depresión y la ansiedad (que están presentes en la gran mayoría de las personas que cometen conductas autolíticas), y además afecta más a las personas en edad de trabajar, por lo que no sorprende que ese grupo de edad sea el que más suicidios contabiliza. Por tanto, la crisis es uno de los tantos factores que inciden en el suicidio, pero no el único, aunque claramente incide en el desarrollo de otros factores de riesgo como pueden ser trastornos afectivos (depresión), pérdida del empleo, falta de autoestima, desesperanza, etc.

Como último punto de este apartado, pero no por ello menos importante, me gustaría hacer hincapié en la Victimología, la ciencia que estudia a las víctimas.

El suicidio, como bien se ha reiterado a lo largo de este trabajo, consiste en la muerte causada por uno mismo, en otras palabras, la misma persona que atenta contra el bien jurídico es al mismo tiempo quien sale perjudicado directamente por dicho acto. Sin embargo, aquí no puede hablarse de delincuente, porque el suicidio no está tipificado como delito, la persona que comete suicidio no es el autor de un delito, sino una víctima.

A lo largo de los años, diversos autores han tratado de clasificar a las víctimas en distintas categorías: dependiendo de la relación entre el delincuente y la víctima, dependiendo de la intencionalidad, etc. Para las personas que cometen suicidio las dos clasificaciones más claras las encontramos con Mendelsohn y Neuman. Para el primero se trata de una víctima voluntaria, y para el segundo es una víctima individual con actitud victimal dolosa, es decir, con intención.

Según el artículo 1 de la Resolución 40/34, de 29 de noviembre de 1985 de la Organización de las Naciones Unidas (1985):

“Se entenderá por “víctimas” las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de los derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder.”

Además, en el artículo 2 de esta declaración, se señala que cuando se usa el término “víctimas”, se hace referencia también a los familiares y personas a cargo que tengan una relación inmediata con la víctima directa, por lo que en el caso del suicidio, los familiares y allegados también son víctimas de hecho. Es más, a la hora de crear planes y programas de prevención, también se tiene en cuenta a estas personas y se les presta ayuda, sobre todo porque uno de los factores de riesgo es que alguien cercano haya fallecido por suicidio, por lo que ayudar a los sobrevivientes (familiares y allegados de la persona que ha realizado un intento autolítico, tanto si se ha consumado como si no) es de vital importancia de cara a la prevención de posibles futuras conductas autolíticas.

Para finalizar, me gustaría resaltar que los casos de fallecimiento por suicidio en España, según los últimos datos aportados por el Observatorio del Suicidio para el año 2013, son 12 veces más que los casos de homicidio y 70 veces más que los de muerte a causa de la violencia de género (obviamente todos los fenómenos presentan cifra negra, pero aquí me refiero a las cifras conocidas). De hecho, según la OMS los suicidios suman, en el mundo, más fallecidos que las guerras y los homicidios juntos. A pesar de ello, los programas y planes de prevención aunque ya han comenzado a realizarse, son escasos, no sólo en España sino también en el resto del mundo. Una mayor concienciación de este tema ayudaría a eliminar el estigma que conlleva y probablemente minimizaría el temor que sienten las personas para buscar ayuda.

Por tanto, es necesaria una actuación y una actitud preventiva desde todos los ámbitos de la sociedad. En primer lugar la familia y los amigos, que conforman la red de apoyo más importante para la persona; en segundo lugar la escuela, que debe aportar los valores y conocimientos necesarios para adoptar una actitud comprensiva hacia el suicidio y los trastornos mentales, con el fin de erradicar el tabú y el estigma que rodea estas cuestiones; en tercer lugar los medios de comunicación, que sirven como herramienta de comunicación y aprendizaje, la función de informar si se realiza de forma inteligente, adecuada y responsable da lugar a un efecto preventivo en lugar de imitativo; en cuarto lugar las políticas encaminadas a la protección de las personas, desde la educación ya comentada hasta la sanidad (facilitando el acceso a la misma), pasando por políticas laborales y en general de protección social. Un ejemplo claro expuesto en casi todos los artículos de la OMS es el de obstaculizar el acceso a los medios para cometer suicidio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez Torres, S. M. (2012). Efecto Werther: Una propuesta de intervención en la facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación (UPV/EHU). *Norte de salud mental*, 10 (42), 48-55.

Agnew, R. (1998). The Approval of Suicide: A social-psychological model. *Suicide and life-threatening behaviour* , 28 (2), 205-225.

Ajdacic-Gross, V., Weiss, M. G., Ring , M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F., et al. (2008). Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization* , 86, 726-732.

American Foundation for Suicide Prevention. (2015). *Suicide Warning Signs*. From American Foundation for Suicide Prevention: <https://www.afsp.org/preventing-suicide/suicide-warning-signs>

American Foundation for Suicide Prevention, Anneberg Public Policy Center, Columbia University Department of Psychiatry, National Alliance on Mental Illness, Substance Abuse and Mental Health Serv. Adminis., & Suicide Awareness Voices of Education. (2012). *The Recommendations for Reporting on Suicide*. From Recommendations for Reporting on Suicide: <http://reportingonsuicide.org/Recommendations2012.pdf>

American Psychological Association. (2015). *Suicide warning signs*. From American Psychological Association: <http://www.apa.org/topics/suicide/signs.aspx>

Arroyo Fernández, A., & Bertomeu Ruiz, A. (2012). Métodos suicidas e Internet. *Revista Española de Medicina Legal* , 38 (4), 143-148.

Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA). (2008). *Suicidio e Intento de Suicidio*. Santander: AEPNYA.

Biblioteca de Legislación Serie Menor. (2003). *Constitución Española* (3 ed.). Madrid: Thomson-Civitas.

Bille-Brahe, U. (2000). Sociology and Suicidal Behaviour. In K. Hawton, & K. V. Heeringen, *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 193-207). Chichester: Wiley.

Branas, C. C., Kastanaki , A. E., Michalodimitrakis, M., Tzougas, J., Kranioti, E. F., Theodorakis, P. N., et al. (2015, Febrero). The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis. *BMJ Open* , 1-11.

Chang, S.-S., Stuckler, D., Yip, P., & Gunnell, D. (2013). Impacto of 2008 global economic crisis on suicide: time tren study in 54 countries. *BMJ* , 347-362.

Consejo General de la Psicología de España. (2013, 09 10). *El dolor físico intenso y la desesperanza, principales motivos para el suicidio*. From Infocop: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4681&cat=

Consejo General de la Psicología de España. (2006, 10 10). *INFOCOP*. From Reducir el riesgo de suicidio: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1072

Consejo General de la Psicología de España. (2006, 10 10). *INFOCOP*. From Factores de riesgo en el suicidio: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1070

Consejo General de la Psicología de España. (2007, 10 15). *Infocop*. From El suicidio... ¿Un "rasgo de modernidad"?: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1562

Conwell, Y., & Duberstein, P. R. (2001). Suicide in Elders. *Annals of the New York Academy of Sciences* , 932, 132-150.

Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J., Forbes, N., & Caine, E. D. (1998). Age Differences in Behaviors Leading to Completed Suicide. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* , 6, 122-126.

Conwell, Y., van Orden, K., & Caine, E. D. (2012). Suicidio en ancianos. *Psiquiatría Biológica* , 19 (4), 127-136.

Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2009). Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias. *Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2006 (1)* , 13 (1), 1-4.

Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2009). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2006 (y 3). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 13 (3), 9-12.

Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2010). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2007 (2). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 14 (5), 17-20.

Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2010). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2008 (1). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 15 (1), 1-4.

Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2010). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2008 (2). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 15 (2), 5-8.

Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2010). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2008 (y 3). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 15 (3), 9-12.

Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2011). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2009 (2). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 16 (2), 5-8.

Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2011). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2009 (y 3). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 16 (3), 9-12.

Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2009). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2006 (2). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 13 (2), 5-8.

Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2010). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2007 (1). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 14 (4), 13-16.

Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2010). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2007 (y 3). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 14 (6), 21-24.

Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2011). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2009 (1). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 16 (1), 1-4.

De Miguel Sánchez, C., & López Romero, A. (2006). Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia. (S. Arán Ediciones, Ed.) *Medicina Paliativa* , 13 (4), 207-215.

Dirección General de Instituciones Penitenciarias. (2005). *Programa Marco de Prevención de Suicidios*. Madrid: Ministerio del Interior.

Domènech, A., Gili, M., Salvá, J., Homar, C., Sánchez de Muniain, M., Llobera, J., et al. (2014). Variables socioeconómicas asociadas al suicidio. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y psiquiatría de enlace* (111), 15-23.

Durá Llopis, M. (2009). Perfil socio-cultural del suicidio infantil. *Isla de Arriarán: revista cultural y científica* (34), 301-308.

Durkheim, É. (2004). *El Suicidio*. Buenos Aires: Losada.

Echávarri Gorricho, A. (2013). Retrato psicológico de una persona con depresión. *AVIVIR* (251), 18-23.

Echeburúa, E., & de Corral, P. (2004). Raíces Psicológicas del Fanatismo Político. *Análisis y Modificación de Conducta* , 30 (130), 161-176.

Espino Granado, A. (2014). Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* , 34 (122), 385-404.

Frías Ibáñez, Á., Vázquez Costa, M., Del Real Peña, Á., Sánchez del Castillo, C., & Giné Servén, E. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace* (103), 33-48.

Fundación Salud Mental España. (2015). *España 2013. Suicidios*. Madrid: FSME.

Fundación Salud Mental España. (2015). *Navarra 2013. Suicidios*. Madrid: FSME.

Gimbernat Ordeig, E., & Mestre Delgado, E. (2014). *Código Penal. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre* (20 ed.). Madrid: Tecnos.

Giner Jiménez, L. (2010). *Diferencias en la conducta suicida. Estudio comparativo entre los intentos de suicidio y suicidio consumado*. Madrid.

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

Instituto Nacional de Estadística. (n.d.). *Instituto Nacional de Estadística*. From www.ine.es

Jiménez Ruiz, J. (2013). Familia y Depresión. *Avivir* (251), 24-28.

Jiménez Ruiz, J. (2013). La familia del suicida. (T. d. Esperanza, Ed.) *avivir* (250), 26-32.

Luxton, D. D., June, J. D., & Kinn, J. T. (2011). Brief Communication. Technology-Based Suicide Prevention: Current Applications and Future Directions. *Telemedicine and e-Health* , 17 (1), 50-54.

Muñoz Sánchez, S., García Jorge, P., García de Fernando García , S., Portabales Barreiro, L., Moreno Fernández, L., Ceverino Domínguez, A., et al. (2014). Conducta suicida y crisis económica. *Norte de salud mental* , 12 (48), 36-43.

Organización de las Naciones Unidas. (1985). *Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder*. From <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/40/34&Lang=S>

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Organización Mundial de la Salud*. From www.who.int/mental_health/publications/suicide_prevention/es/

Organización Mundial de la Salud y Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio. (2007). *Prevención del suicidio en cárceles y prisiones*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Otero, H. (2013). La depresión, una crisis mundial. *AVIVIR* (251), 6-11.

Pérez Barrero, S. A. (n.d.). *World Psychiatric Association*. From http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/la-idea-suicida.pdf

Pérez Camarero, S. (2009). El suicidio adolescente y juvenil en España. *Revista de estudios de juventud* (84), 126-142.

Pinto Rodríguez, M. E. (2006). *Suicidio Juvenil: Sociología de una realidad social*. Madrid.

Ramírez Herrera, R., Ures Villar, M. B., & Martínez Jambrina, J. J. (2015). El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto werther o efecto papageno? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* (125), 123-134.

Ramos, M. E. (2014). Evolución del número de suicidios en España respecto a variables macroeconómicas. *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses* (13), 31-48.

Real Academia Española. (n.d.). *Real Academia Española*. From <http://www.rae.es/>

Real Academia Española. (n.d.). *Real Academia Española*. From <http://www.rae.es/>

Ros Segura, L. (2009). *Los Procesos Ejecutivos en la Sobregeneralización y los Efectos de Positividad de los Recuerdos Autobiográficos en Jóvenes y Mayores*. Albacete: Universidad de Castilla-La Mancha.

Roxin, C. (2013). Homicidio a petición y participación en el suicidio Derecho vigente y propuesta de reforma. *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales* , 66, 313-327.

Rueda López, F. (2010). *Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares*. Andalucía.: Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Ryan, C. (2009). *Niños saludables con el apoyo familiar: Ayudar a las familias con niños gays, lesbianas, bisexuales y transgénero*. San Francisco: San Francisco State University.

Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, M. A. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del Psicólogo* , 35 (2), 181-192.

Saugar, A. (2013). El paro y la crisis económica aumentan el número de deprimidos en España. *AVIVIR* (251), 42-45.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (1999). *Informe General 1996*. Madrid: Ministerio del Interior.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (1999). *Informe General 1997*. Madrid: Ministerio del Interior.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (1999). *Informe General 1998*. Madrid: Ministerio del Interior.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2000). *Informe General 1999*. Madrid: Ministerio del Interior.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2002). *Informe General 2000*. Madrid: Ministerio del Interior.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2003). *Informe General 2001*. Madrid: Ministerio del Interior.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2003). *Informe General 2002*. Madrid: Ministerio del Interior.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2004). *Informe General 2003*. Madrid: Ministerio del Interior.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2005). *Informe General 2004*. Madrid: Ministerio del Interior.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2006). *Informe General 2005*. Madrid: Ministerio del Interior.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2007). *Informe General 2006*. Madrid: Ministerio del Interior.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2011). *Informe General 2009*. Madrid: Ministerio del Interior.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2011). *Informe General 2010*. Madrid: Ministerio del Interior.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2013). *Informe General 2012*. Madrid: Ministerio del Interior.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2014). *Informe General 2013*. Madrid: Ministerio del Interior.

Sibón Olano, A., Martínez-García, P., Palacios Granero, R. J., & Romero Palanco, J. L. (2005). Muerte por Ahorcadura. *Cuadernos de Medicina Forense*, 11 (40), 145-149.

Simón Cabodevilla, A., & Sanchis Cordellat, F. (2011, 11 29). *INFOCOP*. From Perfil personal de adolescentes con ideación suicida patológica: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3674

Suárez Suárez, A. (2000, Febrero). *Disponibilidad sobre la propia vida y el derecho a morir con dignidad*. From Noticias Jurídicas: <http://noticias.juridicas.com/articulos/25-Derecho-Sanitario/20002-425582621022840.html>

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2008). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2005 (1). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias*, 11 (10), 37-40.

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2008). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2005 (2) . *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 11 (11), 41-44.

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2008). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2005 (3). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 11 (12), 45-48.

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2009). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2006 (1). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 13 (1), 1-4.

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2009). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2006 (2). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 13 (2), 5-8.

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2009). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2006 (3). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 13 (3), 9-12.

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2010). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2007 (1). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 14 (4), 13-16.

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2010). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2007 (2). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 14 (5), 17-20.

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2010). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2007 (3). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 14 (6), 21-24.

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2010). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2008 (1). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 15 (1), 1-4.

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2010). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2008 (2). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 15 (2), 5-8.

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2010). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2008 (3). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 15 (3), 9-12.

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2011). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2009 (1). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 16 (1), 1-4.

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2011). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2009 (2). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 16 (2), 5-8.

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2011). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2009 (3). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 16 (3), 9-12.

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2012). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2010 (1). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 17 (1), 1-4.

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2012). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2010 (2). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 17 (2), 5-8.

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2013). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2011 (1). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 18 (1), 1-4.

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2013). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2011 (2). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 18 (2), 5-8.

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2013). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2011 (y 2). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 18 (2), 5-8.

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2014). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2012 (1). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 19 (5), 17-20.

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2014). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2012 (2). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 19 (6), 21-24.

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2012). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2010 (1). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 17 (1), 1-4.

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2012). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2010 (y 2). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 17 (2), 5-8.

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2013). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2011 (1). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 18 (1), 1-4.

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2014). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2012 (1). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 19 (5), 17-20.

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2014). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2012 (y 2). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 19 (6), 21-24.

Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. (2008). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias. Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2005 (2)* , 11 (11), 41-44.

Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. (2008). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias. Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2005 (3)* , 11 (12), 45-48.

Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. (2008). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP) Año 2005 (1). *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* , 11 (10), 37-40.

Torras García, A., Jiménez Pietropaolo, J., Martín Ulloa, S., Pachecho Tabuenca, T., & Santiago García, P. (2012). *Guía de autoayuda. Prevención del suicidio ¿Qué puedo hacer?* Madrid: Salud Madrid.

Tovilla-Zarate, C. A., & Genis Mendoza, A. D. (2012). Los genes, el sistema serotoninérgico y la conducta suicida. *International Journal of Psychological Research* , 5 (1), 52-58.

U.S. National Library of Medicine. (n.d.). *Yew poisoning*. From Medline Plus: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002877.htm>

Velasco Díaz, C. M. (2014). La Psicología Aplicada a la Investigación Criminal. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología* (16-02), 1-41.

Verwilghen, M. (2002, 5 28). Loi relative à l'euthanasie. Bruxelles, Bélgica.

Villalobos Galvis, F. H. (2009). *Ideación suicida en jóvenes: Formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior*. Granada: Universidad de Granada.

Weiss, J. M. (1954). Suicide: An Epidemiologic Analysis. *The Psychiatric Quarterly* , 28 (1), 225-252.

World Federation of Mental Health. (2006). *WFMH*. From Building awareness - Reducing risk: Mental Illness and suicide: <http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/12/wmhd2006-SPANISH-RIGHT.pdf>

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide. A global Imperative*. Geneve: World Health Organization.

World Health Organization. (2008). *Preventing suicide: a resource for media professionals*. Geneva: World Health Organization.

Zambrano-Enrriquez Gandolfo, D. (2014). *Mortality and suicide risk in the evolution of child and adolescent psychopathology*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Zhang, J., Stewart, R., Phillips, M., Shi, Q., & Prince , M. (2009). Pesticide exposure and suicidal ideation in rural communities in Zhejiang province, China. *Bulletin of the World Health Organization* , 87, 745-753.

