



PROMOVIDO POR



SERFUJA

GUÍA DE

APOYO *PARA*

LA PREVENCIÓN

DEL SUICIDIO

CONTENIDO

- 5** *INTRODUCCIÓN / Héctor Castiñeira (Enfermera Saturada)*
EL SUICIDIO, UN PROBLEMA DE TODOS.
- 7** *PRÓLOGO / Román Reyes (portavoz 'Stop Suicidios')*
LA PARADOJA DEL SUICIDIO.
- 14** *PRÓLOGO / Lourdes Bermello López*
COLEGIO DE ENFERMERÍA.
- 17** *PRÓLOGO / Eduardo Iglesias García*
COLEGIO DE MÉDICOS.
- 20** *PRÓLOGO / José Luis Benedito Castellote*
COLEGIO DE VETERINARIOS.
- 23** *CAPÍTULO 1.*
BURNOUT, SUICIDIOS Y PROFESIONES SANITARIAS,
CERRANDO EL CÍRCULO.
- 31** *CAPÍTULO 2.*
SEÑALES DE ALERTA Y MÉTODOS DE PREVENCIÓN.
- 42** *CAPÍTULO 3.*
DIEZ MITOS A DERRIBAR SOBRE EL SUICIDIO. EL
EFECTO WERTHER.
- 51** *CAPÍTULO 4.*
GESTIÓN DEL DUELO TRAS EL SUICIDIO.
- 56** *EPÍLOGO / Jorge Balado (gerente Serfuja)*
¿TODOS CULPABLES?
MEJOR TODOS RESPONSABLES.
- 62** *GUÍA RÁPIDA.*
- 67** *REFERENCIAS.*

La diferencia fundamental entre un fallecimiento convencional por razones de edad y uno provocado por el suicidio reside en la capacidad de evitarlo. Dicho en otras palabras, en el papel de la prevención, una tarea que nos compromete -o al menos así debería ser- a todos los actores de la sociedad, tanto a título particular como público”.

JORGE BALADO
Gerente de Serfuja

EL SUICIDIO, UN PROBLEMA DE TODOS

Héctor Castiñeira

(‘ENFERMERA SATURADA’)



Por cada persona que era asesinada en 2020 en nuestro país se suicidaban 12 personas, aunque no se hablase de ellas

con palabras como mascarilla, test PCR, positivo asintomático o gel hidroalcohólico, solo en ese año, un total de 3.941 personas se quitaban la vida, según datos del Instituto Nacional de Estadística. Una cifra que tristemente es récord, la más alta desde que hay registros en el INE.

Gracias por su interés y bienvenido a esta guía para la prevención del suicidio. Mi nombre es Héctor Castiñeira, soy enfermero, escritor y divulgador sanitario; aunque es más probable que me conozca por Enfermera Saturada, el sobrenombre que utilizo desde hace años en redes sociales, medios de comunicación y en la literatura. Acostumbro a utilizar el humor como recurso en mis publicaciones, pero esta vez permítame que me ponga serio.

En España tenemos un gran problema que nos afecta a todos como sociedad y que se ha convertido en epidemia. Un problema que, al menos hasta hace unos años, no era visible en ningún medio de comunicación ni formaba parte de las conversaciones a pie de calle. Suele decirse que lo que no se ve no existe, pero, aunque toda la sociedad mirase para otro lado durante años y años, el problema estaba ahí, y sigue ahí. Ese problema se llama suicidio y se lleva la vida de casi 11 personas al día en nuestro país. Otros muchos lo intentan y no lo consiguen, algunos sufrirán secuelas que arrastrarán de por vida y la mayoría lo volverán a intentar para tratar de poner fin a su terrible sufrimiento.

Les voy a dar un dato. En el año 2020 en España, el año en que estallaba la pandemia y todos nos familiarizábamos

Pero por si todavía esta cifra de casi cuatro mil muertos no les parece alarmante, les daré otro dato que espero les haga darse cuenta de la magnitud del problema que tenemos delante. En el mismo año, 2020, hubo 333 asesinatos en España. Por cada persona que era asesinada en nuestro país se suicidaban 12 personas, aunque no se hablase de ellas. Como les decía, lo que no se ve o no se cuenta no existe, y así parece que todo está bien, que todos estamos bien.

Se preguntarán probablemente el porqué de esta opacidad en los medios de comunicación. Se lo voy a contar, pero para conocer el origen debemos remontarnos al año 1974. Ese año se acuña lo que se conoce como "efecto Werther", un término empleado para describir el suicidio imitativo inspirado por los medios de comunicación. Toma ese nombre de la novela "Las penas del joven Werther" publicada en 1774, donde se narra la historia de un joven inteligente y cultivado que, tras un desengaño amoroso que le provoca gran sufrimiento, acaba pegándose un tiro para quitarse la vida. La novela fue recibida con gran éxito de la crítica y miles de lectores en varios países europeos, y cuenta la leyenda que muchos jóvenes de la época aparecieron muertos del mismo modo que el joven Werther. Años después, en 1974, el sociólogo americano David Phillips publicaba un estudio que demostraba que el número de suicidios aumentaba en todo Estados Unidos al mes siguiente de que el diario *The New York Times* publicara alguna noticia en portada relacionada con el suicidio.

Ese es el motivo por el que, hasta hace no demasiados años, en no pocas Facultades de Comunicación se decía a los futuros periodistas que el suicidio era un tema que no se debía abordar en los medios, para evitar el supuesto efecto imitativo de la conducta suicida. Si esto ha empezado a cambiar en los últimos

años es, en parte, porque desde el año 2.000 la Organización Mundial de la Salud recomienda la necesidad de ofrecer información responsable en medios sobre este problema, todo para tratar de prevenir más muertes evitables. Un grave problema que la propia OMS ha llegado a calificar como la pandemia de nuestro siglo.

Afortunadamente, en los últimos años vemos cómo la importancia que le damos como sociedad a la salud mental va aumentando, y esta guía que usted tiene entre sus manos y que tengo el placer de prologar es buena muestra de ello. Una guía que nace de la iniciativa de Serfuja, una empresa funeraria lucense que ha querido dar un paso adelante apostando por la prevención ante un problema tan relevante como este, en el que todavía perduran ciertos mitos y estigmas que debemos empezar a desterrar. Y es que quitarse la vida no es un acto de cobardía, no es algo que tenga que ver con ser cobarde o valiente; es algo que nace del sufrimiento más profundo y la desesperanza. Tampoco es una forma de llamar la atención, como se oye frecuentemente por la calle, ni es cierto que quien habla de quitarse la vida en realidad no llega a hacerlo. Y, por supuesto, no podemos olvidar los efectos devastadores que cada suicidio tiene para familia y amigos, a los que a menudo invade una profunda sensación de culpa o incluso vergüenza por no haber podido identificar a tiempo el problema o por si no hicieron lo suficiente por ese ser querido.

El suicidio se puede prevenir, y ayudar está en nuestra mano. Las personas que han perdido toda esperanza y piensan en desaparecer necesitan entender qué les sucede y cómo pueden salir de donde están. Necesitan nuestro apoyo, nuestra comprensión y ayuda profesional. Solo si todos, la sociedad y por supuesto las administraciones, nos implicamos de verdad podremos frenar este grave problema.

LA PARADOJA DEL SUICIDIO

Román Reyes

PORTAVOZ PLATAFORMA STOP SUICIDIOS

Hola, mi nombre es Román. No tienes por qué conocerme, pero si escribo estas líneas es porque me gustaría que no tuviéramos que tener nada en común, al menos en un tema en concreto. En un problema que ya toca a 11 familias cada día: personas que aman a alguien que se suicida y que se ven abocados a tener un trauma vital violento. De repente... Todo cambia para ellas en un segundo. Y esto pasa 11 veces al día. 11 personas. Sí, 11, al día de media en nuestro país.

Esta guía que sigue a esta introducción pretende que este número sea cada vez menor. Efectivamente, aspira a que no tengamos ese nexo llamado dolor profundo. El dolor indescriptible de cuando pierdes a la persona que más quieres de una forma abrupta e incomprensible. Con rabia y con la sensación de que se pudo haber evitado. Como era mi caso. Como era mi madre, Isabel. Yo lo defino algo así como tener un agujero negro en el estómago, constante. A partir de ahí tu vida cambia radicalmente para siempre.

Mi madre me quería, mucho. No tengo duda. Era lo más importante para ella. Pero pidió ayuda, y no tuvo ayuda institucional a la altura. Paradójico, ¿no? Ella era funcionaria y, sin embargo, el Estado le dio la espalda. Ella era mujer y, sin embargo, parece que su vida en concreto daba igual. Ella era una vida que merecía otro final, abrazada de los suyos, no muriendo sola y de una forma traumática para todos, incluido para ella.

Como siempre digo cuando alguien me escribe a mi cuenta actoral o a @stop.suicidios: *"Date la oportunidad que mi madre no tuvo".*

No tienes que sentirte culpable si te sientes mal o si necesitas ayuda. Si no ves el final del túnel. Si ves todo negro... Está claro que hay gente que lo ha superado. Una amiga hace poco me pidió ayuda. Le derivé a profesionales. Aunque no está bien del todo, hace poco nos tomamos un café. Ya no tiene ideación suicida: SE PUEDE SALIR, aunque ahora no veas esa salida. Pero la sensación de indefensión e inseguridad es tremenda, no te lo voy a negar. Por eso, esta guía es un poquito de luz en el camino, una mano que se lanza para abrazar una posibilidad: si hablamos del suicidio se

puede prevenir. Y, para ello, necesitamos herramientas.

Lejos queda ya el anticuado *efecto Werther*. Ese estudio que tanto daño ha hecho, que hablaba de "efecto réplica o dominó" y que todo el mundo -incluyendo profesionales- esgrimían como excusa para no mirar a los ojos de la realidad: se están suicidando personas todo el rato. Mañana puede ser tu hija, tu hermano, el camarero que te sirve una caña. O incluso tú.

Por eso, lo maduro como sociedad no es poner barreras a los puentes o medicarnos hasta las trancas. La solución es ir al origen del problema, no poner parches, que es lo que se ha hecho hasta ahora, tanto

El Efecto Papageno demuestra que hablar del suicidio lo previene

desde el punto de vista médico (totalmente desahuciados sin medios ni número de profesionales) como desde el punto de vista político (sólo salen a colación cuando muere un famoso, como pasó con Verónica Forqué). De palabras "muchas", pero de hechos está poco llena la historia

política respecto a la salud mental. Y la gente sigue muriendo. Y siguen urgiendo tantas cosas... Urge educación emocional, prevención y, sobre todo, formación. Esto no lo digo yo, lo dice la OMS y estudios más recientes (no como el nombrado efecto Werther que data de 1974): os invito a leer sobre el Efecto Papageno que, en resumidas cuentas, dice y demuestra que **HABLAR DEL SUICIDIO LO PREVIENE**. Obviamente, tratándolo de forma RESPONSABLE. Dicho lo cual, para eso hace falta dotar de herramientas a familias, ciudadanía y PROFESIONALES.

Ayer mi tía me llamó. Me dijo que había vivido una escena horrible: una chavala de 14 años, en medio de un intento en Gran

Canaria. Ella paró el coche... hablaron con ella, la intentaron tranquilizar mientras llegaba la policía. Un ciclista que pasaba por ahí le abrazó. Cuando llegaron los agentes (seguro que sin mala intención) se la llevaron a la fuerza mientras la niña decía que no quería ir a casa. Era un espectáculo dantesco. Pero los policías no tienen culpa (bastante viven también en el cuerpo de forma interna el suicidio). Lo que es demencial es que en esa urgencia no vaya una psicóloga o un psicólogo especialista en prevención del suicidio para poder lidiar con la situación como se merecen tanto los profesionales como la misma afectada.

Si ya hay medidas concretas en violencia de género, ¿por qué no hay equipos especializados en esta urgencia? Y es que yo mismo lo he vivido: de llamar al 112 con mi madre muy agudizada y tener que ser el mismo policía municipal el que le insistiera a la médico de la ambulancia que “A mi madre la había visto mal” – aunque cuando llegara la ambulancia estuviera más tranquila – y que “necesitaba una valoración profesional en el hospital”. Qué os voy a contar... Ese día a mi madre la valoraron y, aun estando mal, ni la ingresaron (les vendría mal económicamente por números en ese hospital).

La situación es tan grave que es lo mismo que si fueras con un cáncer y, si todavía no está muy avanzado, te mandaran para casa cambiándote aspirinas por ibuprofeno. Básicamente hacían eso: cambio de medicación y para casa. Se está cometiendo un crimen con la ciudadanía. Día tras día...

Con esto obviamente no acuso a ningún profesional, ya que hacen lo que pueden. Por muchos motivos: no tienen formación, están desbordados, acumulan muchas horas de trabajo o existen presiones internas de superiores. Un ejemplo claro fue el último ingreso de mi madre (aunque también pasó en el anterior en Madrid). La

misma psiquiatra me dijo que “mi madre ya había pasado el mes de ingreso y que le estaban echando la bronca”. Es decir: le tenía que dar el alta sí o sí, cuando era obvio que mi madre no estaba bien. No pasaron ni dos meses de esa alta cuando mi madre se suicidó.

Es obvio que esto es un crimen de estado: muchos profesionales fallaron. Sin ir más lejos, su psiquiatra de cabecera, que hasta me pidió perdón. “No lo vi venir”, me dijo, cuando yo sí le estaba advirtiendo de la gravedad de mi madre... Y no la ingresó. Y repito, nunca fue realmente responsabilidad total de ellos, que están atados de pies y manos. Ellos no tienen medios, están en muchos casos sin motivación y sin capacidad de decisión desde un punto de vista objetivo médico. La responsabilidad en todo este asunto es política y social.

Aquí entramos nosotros como sociedad. Y, por eso, espero que esta guía sea un granito de arena más para que no tengas que entender estas líneas con el sentimiento y el vacío del “después” de la hostia más grande que me ha dado la vida. Para eso es esta guía, para evitar ese vacío.

Es triste saber como ni siquiera en la carrera de psicología hay una especialización concreta para la prevención del suicidio. Aun siendo el mayor drama como primera causa de muerte no natural en España y que se ha llevado más vidas de nuestros jóvenes que la tan publicitada pandemia.

Pero esto lo vamos a cambiar: no redacto estas líneas para instalarnos en la queja o victimismo, sino para que tomemos conciencia de donde estamos y, con esa rabia legítima, **ACTUEMOS**. Se pueden salvar muchas vidas, y ello depende más de nosotros de lo que creemos. No esperes a que te toque de cerca a ti, porque estadísticamente es más probable que vivas un suicidio cercano a un accidente de tráfico.

Recuerdo el caso de Carlos, un chico que me escribió cuando mi caso salió en los medios y mi hilo de Twitter se hizo viral. Su madre también se había suicidado. Estaba devastado y me pedía ayuda. Yo sólo le dije que no podía hacer mucho más que pedir ayuda psicológica continuada por lo privado y denunciarlo en redes. Redactó un hilo que me envió previamente por correo electrónico. Cuando lo publicó, se hizo mucho más viral que el mío. Hablaba de corazón.

Llegó tan lejos que el mismísimo presidente del gobierno le envió su pésame por privado (una vez más, más palabras que acciones). Pero este gesto nos habla de la importancia de hacer denuncias públicas. Por cierto, Carlos tenía entonces 400 seguidores en Twitter. No era nadie famoso.

Por eso te animo a que no delegues en alguien conocido. Acciona tú, toma acción. Difunde esta guía. Si hay irregularidades o te dan una cita a muchos meses vista en salud pública denúncialo en redes. Haz un hilo en Twitter. Cuéntalo en vídeos en Instagram. Todo sirve, todo ayuda, todo puede convertirse en una medida de presión para derribar el estigma y que cambiemos la situación.

La vida de muchas personas está en juego y hoy tenemos mucho más poder del que creemos. Ya no vivimos en la sociedad del efecto Werther. Ya no estamos en 1974. Ahora estamos interconectados y esto puede servir para cambiar la sociedad a mejor.

Otra paradoja de la sociedad actual española es ese mantra repetido de que "tenemos una de las mejores sanidades del mundo". Pero lo cierto es que no hay salud sin salud mental, y en este último apartado estamos lejísimos de ser una sanidad decente.

No hay más que comparar la media de psicólogos en España con la media

europea: aquí tenemos 6 psicólogos por cada 100.000 habitantes, mientras que la media europea es de 18. Pero si nos comparamos con países vecinos como Francia el salto es aún más traumático: tienen unos 23 profesionales por cada 100.000 personas.

Y siempre lo repito: esto ha sido algo que han ignorado todos los políticos, de absolutamente todos los colores. Es una pena, porque no se puede ser tan patriota mirando hacia otro lado cuando se te suicidan tus habitantes. Ni tan social, dando la espalda de nuevo, año tras año, a un problema que provoca tanto dolor.

Sólo espero que ningún mandatario tenga que sufrir lo que vivimos en primera persona un superviviente para tomar acción. Así, "supervivientes", es como nos llaman a los que hemos vivido un suicidio cercano. Porque también se dice que hay mucha ideación suicida en nosotros. Yo también lo pensé, no me escondo, tras perder a lo más

En suicidios, en España ocurre un 11M cada 18 días

importante de mi vida como era mi madre. Desgraciadamente, ella se suicidó un 4 de noviembre, el día de un debate electoral previo a las elecciones generales. Según supe la noticia, estaban en la televisión esas personas que dicen representarnos hablando de temas de "moda", que, aunque importantes, se centran en ellas porque les dan votos. Pero, desde luego, con unas cifras a años luz de las trágicas del suicidio.

Sin restarles gravedad ni relevancia a estas otras realidades, porque también la tienen, se suicidan tres veces más personas de las que mueren en accidentes de tráfico. E

incluso el volumen de muertes autolíticas multiplica por 60 veces los feminicidios.

La conclusión es evidente: somos la ciudadanía los que tenemos que exigir que se trabaje con las cifras. Es decir, para las personas. No que ellos trabajen para ellos mismos. Es triste, pero esto me lo han reconocido en las distancias cortas algunos políticos que no tienen tanto poder y que todavía creen en el sistema para poder cambiar las cosas. Pero los hechos son los hechos. Cuando ascienden piensan más en ellos que en su deber o ética. Piensan más en su vida que en la vida de los que representan.

Pero, ¿sabes? Yo pienso en mi madre y me acuerdo de algo... Aunque pueda parecer que no hacemos nada, si por algo se caracteriza España es por ser solidarios. Por ejemplo, somos líderes mundiales en donación de órganos. Pienso en mi madre y me acuerdo del 11-M: yo vivo en Madrid y escuché las noticias en shock mientras estaba en la ducha. Mi madre llegó destrozada... Miguel, uno de sus mejores amigos y entonces compañero suyo del trabajo había desaparecido. Todo apuntaba a lo peor. Él fue una de esas víctimas a las que al volver para socorrer a otras víctimas de las explosiones le pilló una segunda detonación. Miguel fue un héroe. España entendió ese drama. Perdimos a 193 personas de forma injusta. Todos nos volcamos: manifestaciones, señales de duelo en los balcones... La unanimidad era enorme. España estaba con la gente que quería: con sus vecinos. Los viajes en el metro y tren tenían otro color. Nos volvimos a mirar a los ojos.

Imaginaos... Por suicidio perdemos de forma injusta una cantidad mayor de personas cada 18 días si cogemos las últimas cifras de suicidio, las de 2020. Es decir, en suicidios, en España, cada 18 días ocurre un 11M. ¿Nos unimos todos y EXIGIMOS de una vez lo que merecemos?

Mientras esto pasa, hay personas que ya han pasado a la acción, poniendo su capital privado si hace falta. Y de otra forma paradójica, como refleja el título que corona estas líneas.

¿Una funeraria poniendo de su dinero para prevenir el suicidio? Pues sí amigo, amiga. Se ve que tienen más humanidad estas personas -desde la ignorancia de quien no pertenece a estos mundos, como es la mía- que "parece que viven de la muerte" y que prevenir suicidios puede llegar a ir en contra de sus intereses económicos. Pero lo cierto es que viven como nadie durante horas el vacío que deja esa persona en sus seres queridos. No es esa la forma de morir, sintiéndose mal cuando ellos les hacen preguntas que estos no saben responder.

Sin duda, esto es algo a celebrar. Porque es un golpetazo en la mesa, un cambio de rumbo y un símbolo en cuanto a ética y humanidad se refiere. Una lección moral de la ciudadanía ante unos políticos que no están a la altura.

Estoy seguro de que nosotros vamos a dar este cambio y esta lucha y de que la vamos a ganar. Porque de ello dependen nuestras vidas y el futuro de todas las generaciones venideras. No hay nada más importante que la salud mental, que es la mayor de las pandemias pese a que no es de todo invisible. Porque las lágrimas que derramas cuando sucede esto, te aseguro que se pueden sentir a kilómetros.

Y si te animo una vez más a que des estos pasos es porque yo mismo he constatado que hablando y mirando a los ojos a este problema se está mejorando la sociedad. He recibido cientos de mensajes de personas que abren los ojos. Una madre, al verme en el programa de Risto Mejide, se dio cuenta de que no les podía hacer eso a sus dos hijos pequeños. Ahora, esa señora avanza y gracias a ese clic se puso en manos de profesionales.

¡Que no pasa nada! Que si te rompes una pierna vas al médico. Si tienes el alma rota, si tienes la cabeza “rota”, no pasa nada por ir al psicólogo. Es algo saludable y normal. Y no sólo hace el bien para ti, sino también para tu entorno.

Otro ejemplo más antes de despedirme. Nia es la actual ganadora del programa musical *Operación Triunfo*. Ella es amiga y fue súper generosa prestando su imagen al venir a la primera entrega de firmas en el Ministerio de Sanidad. Ese día nos reunimos con el entonces ministro de Sanidad, Salvador Illa (para que veáis lo lejos que se puede llegar con la presión de las firmas). Fue el 4 de noviembre de 2020. Justo un año después del día que se había suicidado mi madre. Fue un día lleno de emociones encontradas, por lo que estábamos avanzando y por el dolor de ese día... Bien, pues Nia habló en sus redes sociales abiertamente de suicidio y salud mental. Mucha gente se le echó al cuello a criticarla con argumentos del tipo “de eso no se puede hablar”, “fomenta más suicidio”. Y todas las bobadas que ya conocemos que son una excusa para perpetuar el estigma.

Recientemente Nia ganó una gala en el conocido programa televisivo *Tu cara me suena*. Ella creía que podía ganar esa gala y me preguntó si era factible destinar los 3000 euros del premio a Stop Suicidios. Yo le expliqué que, dada la naturaleza de Stop Suicidios (que sólo somos medida de presión y visualización), lo coherente es que esa dotación se destinara a algo más urgente como es el Teléfono de prevención del suicidio de la Barandilla. Esto era lo lógico y urgente ya que, en ese momento, el 024 seguía sin estar activo. Después de esa acción, todo el mundo le daba las gracias en sus redes por visibilizar el suicidio y la salud mental.

Y es que es muy importante que todos entendamos que esto no es una moda: es un movimiento incontestable del que te quiero hacer partícipe. Porque, aunque no lo quieras, todos somos partícipes de nuestra propia salud y de la salud de la sociedad. ¿Te unes?

Ojalá que la muerte de mi madre, la de la madre de Carlos, Kira, esa niña que se suicidó por no ir al cole, la madre de Virginia... Y todos los casos que conozco y desconozco sirvan de un punto y aparte. Porque la única forma de dar un sentido vital a estas pérdidas tan valiosas para nosotros es que sirvan para salvar otras vidas.

No hacen falta más Verónicas Forqué, sino que hacen falta más ciudadanos con valentía, como esta empresa que ha puesto en marcha este manual. Hace falta humanidad y amor a la vida, y esta guía está llena de ella. Espero que ayude a muchísima gente. No en vano, somos afortunados de vivir conectados aquellos que creemos que incluso desde el más profundo dolor se puede cambiar el mundo.

Son valores que me enseñó mi madre. Y a ella se lo debo.

Gracias por todo. Seguimos. Cuento con vosotros. De nuevo, gracias. Ojalá podáis ayudar a mucha gente y os sea útil.

Como siempre digo, mi profesión es otra. Pero quien se dedica a diario a salvar vidas tendrá siempre mi mayor admiración. No hay mejor moneda que esa.

Si este manual ha llegado a ti porque necesitas ayuda, ánimo. Ya has dado un paso gigante. Se puede salir, aunque ahora cueste todo un horror. Hay muchos ejemplos de personas que lo consiguen y tú mereces un final distinto. Date la oportunidad ahora que puedes.

Si este manual ha llegado a ti porque eres un profesional, GRACIAS. Gracias por querer ser mejor. Tu trabajo es importante y cada vez seremos más. Un ejército para llevar esto al lugar que se merece. Gracias por ser esos soldados del día a día. Mi más profunda admiración.

Si este manual ha llegado a ti porque eres un familiar o alguien cercano a alguien vulnerable, ánimo. Sé lo que es esa mierda. Sé lo que es vivir con el miedo de que en algún momento pueda pasar algo. La realidad es que todavía no ha pasado. Agárrate a eso: todavía se puede y este manual es otro pasito.

Todo está cambiando más rápido de lo que creemos. Cada vez somos más. Y cada vez habrá más herramientas para luchar contra ese monstruo que son los problemas de salud mental y el suicidio.

Por muy grande que parezca, ese bicho enorme acabará doblegándose ante nosotros, postrándose, con las piernas dobladas. Estoy seguro. Es lo que mereces tú y será en homenaje a todos los que ya no están.

Va por ti mamá. Otro pasito más. Entre todos y de la mano.

Gracias de corazón y un abrazo.

Firmas: <http://change.org/stopsuicidios>
[@romanreyes](https://twitter.com/romanreyes) [@stop.suicidios](https://twitter.com/stop.suicidios)
<http://stopsuicidios.org>

Román Reyes

COLEGIO DE ENFERMERÍA

Lourdes Bermello López

PRESIDENTA DEL COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE LUGO

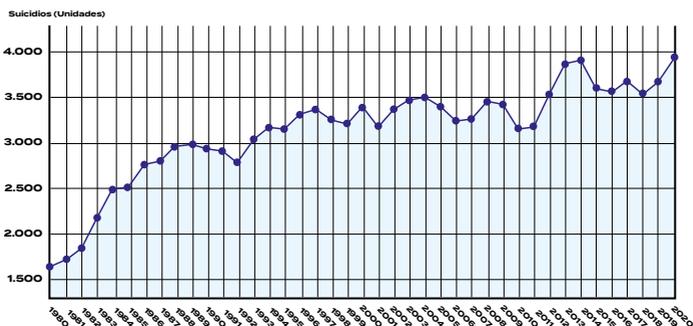


El suicidio es considerado un problema de salud pública y, para muchos, la nueva pandemia del siglo XXI.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se suicidan en el mundo entre 800.000 y 1.000.000 de personas, lo que sitúa al suicidio en una de las cinco primeras causas de mortalidad. En España, un total de 3941 personas se suicidaron en 2020, según las últimas cifras anuales del Instituto Nacional de Estadística (INE). Si lo analizamos según Comunidades

Autónomas, vemos una importante desigualdad territorial, estando Asturias y Galicia a la cabeza de casos, y Cantabria y Madrid a la cola en cuanto a incidencia registrada. En lo relativo al sexo, en España se suicidan tres hombres por cada mujer. Sin embargo, si valoramos las tentativas de suicidio, el orden se invierte: por cada tentativa de un hombre, se producen tres de una mujer. Lo preocupante de esta cuestión radica también en estas tentativas, y es que son entre 10 y 20 veces más frecuentes en general que el suicidio consumado.

Número de suicidios ocurridos en España entre 1980 y 2020



Fuente: INE, www.epdata.es

Desde que existen registros, la tendencia es claramente ascendente, pero con la llegada del COVID-19 se ha visto disparada, aumentando de forma abrumadora, debido al aumento también de personas con trastornos de estado de ánimo como ansiedad y depresión y también al incremento de consumo de sustancias. Esto es debido a situaciones vitales

El estrés repetitivo y traumático experimentado durante la pandemia por Covid-19 ha colocado a las enfermeras/os en un riesgo sustancialmente mayor de una salud mental vulnerable

estresantes vividas estos últimos años: dificultades económicas, el aislamiento al que nos hemos visto sometidos, pérdidas de seres queridos... Todo ello producido en un contexto en el cual no contamos con una estrategia de Salud Mental suficiente ni con los profesionales necesarios para cubrir estas necesidades.

Este aumento preocupa especialmente en los jóvenes. Estamos viendo que cada vez son más las

personas jóvenes que acuden a los servicios de urgencias por intentos autolíticos (ya sea mediante autolesiones, sobreingesta de fármacos, etc.), precisando de ingresos posteriores en las unidades de agudos. Estas conductas tienen mucha repercusión en el paciente, tanto a nivel emocional como conductual o cognitivo. Hay una marcada desesperanza ante el futuro que se ve acompañada por la percepción de la muerte como única vía de escape. Esto conlleva un importante impacto en su desarrollo y es preciso abordarlo de forma cuidadosa.

La enfermería constituye también un colectivo de alto riesgo de suicidio: así lo refleja el estudio llevado a cabo por Davis et al. (2021) entre 2007 y 2018 en el que se concluye que las enfermeras/os tienen más probabilidades de morir por suicidio que la población general. Por su parte, Kunz et al.(2021) también señalan que el estrés repetitivo y traumático experimentado durante la pandemia por Covid-19 ha colocado a las enfermeras/os en un riesgo sustancialmente mayor de una salud mental vulnerable, ya que sabemos por estudios de eventos catastróficos pasados que los pensamientos e intentos de suicidio pueden ocurrir mucho después de que terminen los eventos estresantes, como recogen Brown et al. (2018).

No podemos dejar de tener en cuenta también a los llamados “supervivientes al suicidio”, esas personas cercanas al entorno, ya sean familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc., que tienen que sobrellevar la pérdida por suicidio de un allegado. Es importante en estos casos abordar los sentimientos que pueden surgir, como el de culpabilidad, y también fomentar un espacio abierto de diálogo y confianza para tratar el suicidio sin miedos.

Para abordar todos estos aspectos, es indispensable proporcionar una buena formación dirigida tanto a profesionales sanitarios como a otros ámbitos fundamentales en nuestra sociedad, como puede ser el profesorado o los medios de comunicación, incidiendo especialmente en estos últimos debido a su gran influencia. Un falso mito siempre fue que hablar del suicidio podría conllevar un “efecto dominó” y, en ocasiones, los medios de comunicación siguen aferrándose a esto, cuando está demostrado que hablar del suicidio de forma consciente y empática tiene un efecto favorable. Continúa siendo una palabra tabú en muchas esferas de la sociedad, especialmente cuando se relaciona con la religión. Es por ello que es preciso realizar campañas de

psicoeducación para que deje de ser tratado como un estigma y podamos preparar a la población con conocimientos suficientes sobre la conducta suicida.

Uno de los mayores indicadores que tenemos son las tentativas de suicidio previas, ya que un 50% de las personas que se suicidan lo habían intentado antes. Es fundamental, por lo tanto, disponer de un buen sistema de información y registro.

En el caso de los profesionales sanitarios, es importante la formación en todos los ámbitos, no solo en salud mental: desde atención primaria hasta unidades de hospitalización de cualquier área, urge proveerlos de las competencias necesarias para el afrontamiento de las situaciones a las que se van a enfrentar en los diferentes escenarios de desarrollo profesional. La prevención es esencial y se realiza gracias a todo un equipo multidisciplinar.

Conocemos que la idea suicida tiene unos pródromos, que se relacionan con situaciones de sufrimiento y malestar de la vida diaria, que a veces los pacientes son capaces de verbalizar y es ahí donde tenemos que empezar a abordar el problema. Los profesionales de Enfermería son un colectivo ideal para iniciar este proceso, debido a la relación directa tanto con pacientes como con familiares. La visión holística de los cuidados de Enfermería centrados en la persona, familia y entorno, junto con los conocimientos de los especialistas de Enfermería de Salud Mental, hacen imprescindible el trabajo de las enfermeras junto con el resto del equipo de Salud.

Hay evidencias suficientes para afirmar que el suicidio es prevenible y que se precisa de un enfoque multisectorial para que las estrategias de prevención sean eficaces, es por ello que desde el Colegio Oficial de Enfermería aplaudimos la iniciativa de Serfuja de elaborar esta guía.

COLEGIO DE MÉDICOS

Eduardo Iglesias García

PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE
MÉDICOS DE LUGO

Cuando me propusieron hacer una pequeña colaboración para este manual como Presidente del Colegio de Médicos de Lugo supuso un reto, ya que mi especialidad nada tiene que ver con la salud mental, lo que me obligó a documentarme sobre el tema.

La primera sorpresa fue la magnitud del problema; la segunda, la poca difusión en los medios de comunicación; y una tercera, en este caso grata, cómo una empresa privada de Lugo, Serfuja, se ha preocupado por el suicidio e intenta aportar su granito de arena en busca de solución y ayuda, algo no muy habitual en estos tiempos.

Suicidio, según la Real Academia Española, significa “quitarse voluntariamente la vida”. Definición sencilla a un problema muy complejo. Los pensamientos o acciones suicidas son indicativos de angustia extrema y una señal de necesidad de ayuda.

Comprobar cómo el suicidio se ha convertido en la primera causa de muerte no natural en España (muy por encima de los accidentes de tráfico), con cifras próximas a las 4000 muertes al año y la sospecha de 80000 intentos, de los que un tercio se repiten en el periodo de un año, refleja que se trata de un problema de salud pública de gran envergadura.

Si los datos se analizan por comunidades, a la cabeza se encuentra Asturias, pero por provincias es la nuestra, Lugo, la que porcentualmente ocupa esa posición.

Que el suicidio se haya convertido en la primera causa de muerte no natural en España refleja que se trata de un problema de salud pública de gran envergadura

Pensar cómo algunas personas llegan a situaciones límite que las llevan a perder el bien más preciado disponible, como es la vida, tiene que hacernos reflexionar dónde estamos y a dónde nos dirigimos en una sociedad cada vez más individualista, con poca protección social. En muchas ocasiones, en conversaciones a pie de calle, surge la discusión sobre si las personas que llegan al suicidio son cobardes o valientes, pero esta es innecesaria.

Debemos ahondar en los problemas reales, en valorar si hemos suministrado desde la educación las herramientas necesarias para hacer frente al fracaso, lo que significaría afrontar de cara esta situación, en lugar de ocultarla. Una sociedad excesivamente proteccionista con los hijos, donde la inmediatez en la consecución de objetivos es algo prioritario y donde la medicación ha sustituido a otras posibilidades para hacer frente a los problemas diarios puede ser la causa del aumento, hasta casi el doble, de los suicidios de gente joven.

La etiología del suicidio es muy extensa: la soledad, la depresión y las enfermedades mentales, las condiciones

socioeconómicas, los cambios en los valores de la sociedad, las nuevas tecnologías facilitadoras en muchos casos de acoso y exposición excesiva, etc. Todas ellas se han visto agravadas por el contexto de los últimos años: de un lado, la crisis económica, con un aumento del paro y los niveles de pobreza (no es difícil encontrar colas en los bancos de alimentos y noticias en los medios de comunicación a respecto de ello); de otro, la pandemia de la COVID-19, con un periodo superior a dos años, y el sufrimiento que provocaron la muerte de familiares, el confinamiento y la incertidumbre. A todo ello se une ahora una nueva crisis económica, derivada de la guerra, lo que no pone las cosas fáciles. Incluso resulta curioso comprobar cómo el aumento de suicidios ha sido más importante en la salida del confinamiento que durante el mismo.

Ante la coyuntura actual, lo más importante es la prevención, como todo en medicina, y una buena ayuda por parte de los profesionales de la salud mental. Cuando hablamos de acudir al psicólogo o el psiquiatra entramos dentro de los tabúes de nuestra sociedad, como el de ocultarlo -no vaya a ser que me tomen por loco-, cuando debería ser todo lo contrario. La ayuda de estos profesionales nos facilita herramientas para superar muchas dificultades, para encontrarnos más a gusto con nosotros mismos, por lo que no se debe estigmatizar a los que acuden en su búsqueda.

A tal efecto, desde el Ministerio de Sanidad se ha implementado el Plan de salud mental 2022-2026, dotado con 100 millones de euros, y en el que se incluyen, entre otras medidas, la creación del teléfono de atención al suicidio 024 (recurso que en su primer mes de funcionamiento recibió 15.000 llamadas, identificando 290 suicidios en curso), así como la creación de la especialidad de psiquiatría infantil y de la adolescencia (tramo de edad en el que se ha duplicado el número de suicidios). Son dos medidas que pueden contribuir a reducir ese número desproporcionado de fallecimientos autolíticos.

Para finalizar, me gustaría agradecer a Serfuja su iniciativa, dado que, ante esta plaga larvada, es necesario el apoyo de las familias, el apoyo de la sociedad, el apoyo de las instituciones públicas, el apoyo de los trabajadores sociales, el apoyo de los profesionales de la salud mental, el apoyo de empresas privadas, etc. En definitiva, el apoyo de toda la sociedad para evitar más muertes innecesarias.

COLEGIO DE VETERINARIOS

José Luis Benedito Castellote

PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE LUGO

A nadie se le escapa que el suicidio representa un grave problema de salud pública en la actualidad. Si ya tradicionalmente las profesiones sanitarias se encontraban expuestas a numerosos factores de riesgo que afectan a la salud mental de las personas trabajadoras en estos ámbitos, la pandemia no ha hecho más que agravarlo. Y, a este respecto, el colectivo veterinario no es una excepción. De hecho, presenta el doble de peligro de suicidio que el resto de las profesiones sanitarias¹.

El riesgo de muerte por suicidio también es superior al de los miembros de la población general, según demuestra el reciente estudio realizado en Estados Unidos "Suicidios y muertes intencionadas determinadas entre profesionales veterinarios desde 2003 hasta 2014"². Durante el periodo analizado, los veterinarios tuvieron una tasa de suicidio 1,6 veces superior a la media de la población general, mientras que en el caso de las veterinarias esta tasa fue de 2,4 veces más.

Algunos de los factores de riesgo asociados a nuestra profesión coinciden con los del conjunto de las profesiones sanitarias, pero también hay otros más específicos de la veterinaria.



Así, por ejemplo, en nuestra actividad es frecuente tener una gran capacidad de dedicación y, en muchas ocasiones, esta puede llevar consigo la ausencia de desconexión de nuestro trabajo, al sacrificar parte de la vida personal para cuidar a los pacientes, atender las preocupaciones de los propietarios o acudir a las urgencias que nos comunican.

En este sentido, el Royal College of Veterinary Surgeons del Reino Unido³ ha determinado que la mayor parte de los veterinarios, incluso con anterioridad a la actual crisis sanitaria, experimentan conflictos entre su bienestar personal y su papel profesional.

Igualmente, también suponen una causa grave de malestar las circunstancias que cuentan con un fuerte componente ético. Entre estas podemos encontrar los momentos en los que se nos presenta una decisión difícil sobre cómo actuar cuando un cliente tiene una situación económica limitada o también los problemas y desacuerdos que a veces se generan cuando existe un interés del cliente diferente al interés de su animal y nosotros debemos mediar como profesionales.

Otra posible influencia es la actitud que muestra cada uno de nosotros hacia la muerte y la eutanasia, pues este método de sacrificio forma parte de nuestra rutina profesional al tener que aplicársela a los animales de compañía o a los de granja. En un estudio realizado en Estados Unidos en 2017⁴, el 29,3% de los veterinarios encuestados afirmó que, con frecuencia, recibe solicitudes inapropiadas para el procedimiento, mientras que cerca del 45% indicó que este suceso le había causado un nivel moderado de angustia.

Todas estas situaciones conllevan una alta probabilidad de sufrir estrés, cansancio emocional o agotamiento, factores que pueden derivar, en los casos más graves, en el padecimiento del síndrome del *burnout* o

“síndrome del trabajador quemado”. Así, la suma de la realización de largas jornadas laborales, las expectativas de los clientes, la dificultad de gestionar en muchas ocasiones la comunicación de las malas noticias, el acoso en redes sociales y la frecuente exposición a la muerte alimentan activamente la incidencia del suicidio en nuestra profesión.

Por su parte, la pandemia de la COVID-19 ha tenido un fuerte impacto en el actual agravamiento e incremento de las cifras de profesionales de sector que han visto afectada de forma notable su salud mental. Así, una encuesta realizada en otoño de 2021 por MSD Animal Health en colaboración con la Asociación Médica Veterinaria Estadounidense (AVMA)⁵ ha revelado que la prevalencia de trastornos psicológicos graves entre el personal fue casi el doble que en 2019 y, además, un tercio de los veterinarios encuestados informaron del padecimiento de altos niveles de agotamiento.

Como administradores de la salud animal y pública y, atendiendo a la consideración de **Servicios Esenciales**, los profesionales de la veterinaria fuimos autorizados a prestar nuestros servicios durante la pandemia. Nuestra intervención en la primera línea de lucha contra este virus, sumada a la escasez del personal en las clínicas y de material de protección, ha terminado por provocar un aumento de la ansiedad en la mayor parte de los veterinarios.

Sin embargo, pese a haber actuado como un colectivo clave en la contención y soporte sanitario durante esta crisis, y en el mantenimiento de la diversificada actividad en bienestar animal, en sanidad ambiental o en inocuidad alimentaria, todavía no somos una profesión socialmente valorada como tal. Este escaso reconocimiento de nuestro papel y de la solidaridad demostrada con la cesión de equipos en los meses más duros de la pandemia, entre otras colaboraciones,

también se encuentra detrás del creciente descontento de los veterinarios que, a su vez, ha incrementado el nivel de estrés.

Esta ascendente insatisfacción laboral ha sido analizada en la encuesta VetsSurvey 2021⁶, en la que ha colaborado la Asociación Mundial de Veterinarios de Pequeños Animales (WSAVA) y que recoge datos de la profesión durante el año 2020. El informe señala que el 80% de los veterinarios españoles se ha planteado en algún momento dejar la profesión y, además, que el 64% consideraba que estaba estresado, el mismo dato que la media mundial.

Ante este escenario, que los más de 1.100 compañeros que conforman el Colegio Oficial de Veterinarios de Lugo protejan su salud mental y sepan cómo mantener una correcta higiene emocional es hoy más necesario que nunca. Por ello, saludamos esta iniciativa de la empresa **Serfuja**, que estamos convencidos de que será muy útil en materia de prevención del suicidio, quizá la manifestación más extrema de las diferentes situaciones que hemos descrito en estas líneas.

BURNOUT, SUICIDIOS Y



CERRANDO EL CÍRCULO

PROFESIONES SANITARIAS,

En este primer capítulo se aborda la relación entre la tríada de conceptos que constituyen el burnout (o síndrome de desgaste profesional), el ejercicio de una profesión sanitaria y el suicidio. Aunque, como es lógico, de la confluencia de los dos primeros parámetros (burnout + ejercicio de una profesión sanitaria) no se deriva necesariamente el tercero (la ideación suicida), sí es cierto que en las actividades asistenciales este es uno de los principales frentes en materia de preservación de la salud mental.

Por ello, en estas páginas iniciales del manual se pretende ayudar a la persona trabajadora sanitaria a reflexionar sobre el impacto del desgaste profesional en su día a día, con una batería de recursos complementarios que le puedan ayudar a identificar si se encuentra en riesgo -si bien, como es evidente, el mejor diagnóstico es el que pueda realizar una persona experta en el ámbito psicológico, el Maslach Burnout Inventory puede constituir un paso inicial para indagar sobre el propio estado-.

Una vez presentado en detalle el síndrome 'burnout', se aborda su relación tanto con la profesión sanitaria (a partir de una revisión bibliográfica de alguna de las principales referencias científicas en el campo de las personas trabajadoras del ámbito de la medicina, la enfermería y la veterinaria) como con el suicidio, en esa intención por poner en relación los tres conceptos centrales del primer capítulo.

Finalmente, el foco está puesto sobre la consideración del suicidio como enfermedad profesional, ya que la jurisprudencia muestra diferentes aproximaciones a las muertes autolíticas provocadas por factores directamente vinculados con el trabajo. Más allá de que estas se produzcan en coordenadas espaciotemporales propias del área profesional, el principal desafío consiste en poder acreditar la relación entre el acto suicida y la motivación laboral subyacente, algo en muchas ocasiones complejo por la dimensión multifactorial que presenta a veces un suicidio.

1.1. BURNOUT: CÓMO IDENTIFICARLO

Tal como recoge en su web el Ministerio de Trabajo y Economía Social, el 1 de enero de 2022 entró en vigor la última revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), donde el síndrome de desgaste profesional ('burnout') se establece como un problema relacionado con el trabajo. Con esta nueva taxonomía, que incorpora esta afección en el capítulo 24 ("Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud") y la subcategoría de "problemas asociados con el empleo y el desempleo", el burnout adquiere entidad propia y, al menos a priori, facilita la prevención y el diagnóstico a las personas profesionales de la psicología y de la salud, respectivamente.

Así, en la CIE-11 actualmente en vigor se recogen los acuerdos adoptados en la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la que se presenta el síndrome de desgaste profesional como el "resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito" y que se caracteriza por tres dimensiones.

DIMENSIONES DEL BURNOUT

- ▶ Sentimientos de falta de energía o agotamiento, con una impresión de encontrarse exhausto emocionalmente a consecuencia del trabajo.
- ▶ Aumento de la distancia mental con respecto al trabajo o a los compañeros (lo que se conoce como tendencia a la despersonalización) o sentimientos negativos o cínicos respecto a él.
- ▶ Sensación de ineficacia y de falta de realización por una impresión de incompetencia profesional.

De esta manera, la OMS defiende circunscribir exclusivamente el 'burnout' "a los fenómenos en el contexto laboral", de modo que este concepto no debe "aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida". Con este postulado, este organismo de la ONU retoma el carácter tridimensional que asignaron Maslach, Schaufely y Leiter⁷ en sus planteamientos de principios del siglo XXI, en los que aludieron a una afectación a tres niveles (personal, social y profesional), dando continuidad así a la primera conceptualización planteada en 1974 por el psiquiatra Herbert J. Freudenberger a partir de observaciones que realizó a raíz de su trabajo en una clínica para toxicómanos de Nueva York.

Sin duda, un paso definitivo en el tratamiento de este síndrome lo constituyó la creación en 1986 del Maslach Burnout Inventory (MBI), el instrumento más importante en el diagnóstico de esta patología, diseñado por los psicólogos Cristina Maslach y Michael P Leiter, de las universidades de Berkeley (California) y la de Acadia Scotia, respectivamente.

Se trata de un cuestionario de 22 ítems que, a partir del uso de una escala de Likert, contribuye a realizar una radiografía real del estado actual de la persona, quién debe señalar su grado de acuerdo con todas esas aseveraciones.

Todo lo anterior no significa que la personalidad del individuo no sea relevante a la hora de desarrollar este síndrome. Así, la literatura científica⁸ ha concluido que determinados rasgos individuales, como el perfeccionismo, la supresión de sentimientos, las dificultades para negarse ante la demanda excesiva, el sentimiento de ser poco responsable y eficaz, la baja autoestima, la personalidad obsesivo-compulsiva o la incapacidad para contar problemas personales, acentúan

la probabilidad de sufrir el síndrome de burnout.

A ellos se suman determinadas realidades que se dan con especial intensidad -entre otras- en profesiones sanitarias y que predisponen a la persona trabajadora a experimentar esta sensación de desgaste. Son, entre otras⁹, la inadecuada formación profesional (por ejemplo, unos conocimientos teóricos excesivos contrapuestos a un escaso entrenamiento en actividades prácticas), la falta de aprendizajes de técnicas de autocontrol emocional, la necesidad de desarrollar una carrera de prestigio para consolidar una alta consideración social y familiar, o la sobrecarga de trabajo.

1.2. BURNOUT EN ENTORNOS PROFESIONALES SANITARIOS

En el ámbito sanitario, diferentes estudios avalan que la irrupción de la pandemia ha provocado cambios contextuales que han llevado a agravar situaciones preexistentes y que habrían contribuido al aumento de la fatiga física y mental, la ansiedad, el estrés y el agotamiento de los y las profesionales de esta rama. Así, investigaciones como la liderada por el psicólogo clínico Castel Riu¹⁰ (2021) subrayan la existencia de ocho factores que impactarían de modo directo en la salud mental de las personas trabajadoras sanitarias:

- ▶ Los recursos limitados en los hospitales.
- ▶ La exposición al virus como amenaza añadida
- ▶ Los turnos más largos.
- ▶ La interrupción de los patrones de sueño.
- ▶ El equilibrio de la vida laboral y personal.
- ▶ La presencia de mayores dilemas con respecto a los deberes hacia el paciente vs. el miedo a la exposición de los miembros de la familia
- ▶ La desatención de las necesidades personales y familiares que provoca la mayor carga de trabajo.
- ▶ La falta de comunicación e información actualizada.

Ya antes de la irrupción del COVID-19, diversas investigaciones situaban a profesionales de diferentes ramos sanitarios como especialmente vulnerables ante el Burnout. Así, por citar algunas referencias, Ortega-Campos et al.¹¹ (2019) mostraban tras un estudio descriptivo con 338 enfermeras andaluzas que trabajan en atención primaria que las profesionales sufren de ansiedad y depresión, al tiempo que presentan altos niveles de inestabilidad emocional y bajos niveles de responsabilidad y extraversión, factores que se relacionan directamente con la existencia del síndrome del trabajador quemado. Esta tendencia se apreciaba de un modo más evidente entre aquellas profesionales más jóvenes.

Por su parte, Damásio Silva et al.¹² (2015) revisan toda la literatura científica existente entre 2003 y 2015 para concluir que los profesionales de la salud, especialmente los que se dedican a la enfermería, son más vulnerables a desarrollar depresión al estar en contacto continuo con la vida, el cuidado del paciente y la muerte. En su artículo, atribuyen esta situación a la existencia de diversos factores de riesgo, entre los que aluden a las condiciones laborales, a las relaciones interpersonales y a las características personales. En una línea similar, aunque circunscribiéndose a quienes trabajan en las unidades de cuidados intensivos, Dos Santos et al.¹³ (2019) subrayan que la mala remuneración de la enfermería conduce a sus profesionales a buscar otros empleos para obtener una retribución complementaria, lo que conlleva una sobrecarga de trabajo que motivaría el desarrollo del síndrome de Burnout.

Pero el Burnout no es territorio exclusivo de los enfermeros, como avala un estudio desarrollado por Wurm et al.¹⁴ (2016) con casi 6.000 médicos austríacos, con cuya colaboración detectaron que los síntomas depresivos son especialmente importantes en el proceso de agotamiento (una de las tres vertientes del síndrome del trabajador quemado) entre un colectivo especialmente propenso a sufrir estas patologías. También Paiva, Parreira y Ribeiro¹⁵ (2018) recurren a una combinación del MBI y la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) para evaluar el síndrome Burnout entre 227 médicos de oncología, sobre los que concluyen que, pese a sufrir factores estresantes estrechamente vinculados al Burnout, no suelen manifestar ansiedad o depresión.

Por su parte, también los veterinarios están viendo cómo su salud mental se agrava a raíz de la pandemia, tal como refleja el tercer estudio de bienestar veterinario promovido por Merck Animal Health en colaboración con la Asociación Médica Veterinaria Estadounidense. En él, prácticamente uno de cada diez profesionales declaró sentir malestar psicológico grave (el volumen de trabajadores que confiesan sentirse así se dispara en solo dos años desde el 6,4% hasta el 9,7%), al tiempo que casi la mitad del personal encuestado identificó altos niveles de agotamiento -una de las manifestaciones centrales del Burnout-.

Junto a todos estos estudios, que tienen un planteamiento de corte más descriptivo, conviven otras investigaciones, como la que firma Padilla¹⁶ (2019), que incluyen un plan de acción en tres niveles (procesos cognitivos de autoevaluación y desarrollo de estrategias cognitivo-conductuales para eliminar o mitigar la fuente de estrés; potenciar la formación de habilidades sociales y de apoyo social a nivel grupal; y eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional).

1.3. BURNOUT Y SUICIDIO

Como es obvio, experimentar el síndrome de burnout no implica automáticamente la aparición de ideas suicidas ni mucho menos de tentativas. Los diferentes grados en los que suele clasificarse el desgaste profesional reflejan que solo en los episodios más agudos podría darse esta confluencia, mientras que en los grados más leves no se contempla una vinculación entre ambas.

Sin embargo, existen investigaciones que parecen apuntar a una correlación positiva entre indicadores de burnout y riesgo suicida. Es, por ejemplo, el caso de un estudio desarrollado recientemente por Villafuerte-Del-Pozo y Delgado-Reyes¹⁷ (2020) entre médicos residentes en Ecuador. A partir de una muestra compuesta por 93 profesionales de este ramo de entre 27 y 34 años, se detectó una correlación positiva moderada entre el indicador de Agotamiento Emocional (una de las variables centrales incluidas en el MBI) y el riesgo suicida, que se evaluó con la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. En ella, se plantean a la persona usuaria 15 preguntas, a las que debe responder afirmativa o negativamente: con una puntuación igual o mayor a 6 síes, se entiende que podría existir un riesgo para quien completa el cuestionario.

Otra de las aportaciones científicas que pone el foco sobre la relación entre el burnout y la ideación suicida entre profesionales sanitarios es la que firman Lheureux, Truchot y Borteyrou¹⁸ (2016), quienes realizaron un estudio descriptivo con 343 médicos generales franceses en el que constataron que sí existe una correlación entre el agotamiento emocional y las tendencias suicidas, al tiempo que subrayaron que el volumen de síntomas físicos se acrecienta a medida que existe presencia de agotamiento emocional.

En una línea similar, Ramos Trigo¹⁹(2007) destaca la correlación positiva entre el aumento del consumo de alcohol y el tabaquismo, el uso de benzodiacepinas, el estrés y el burnout y, a su vez, con pensamientos de muerte e insatisfacción general que se detectó en un estudio con médicos finlandeses.

Al margen de lo anterior, la relación entre contexto profesional y suicidios parece estar acreditada en el contexto español, donde según Martínez Plaza²⁰ (2010), entre el 10% y el 15% de las muertes autoinfligidas tienen un origen directo o indirecto en una situación de mobbing, que la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo define como “un comportamiento irracional repetido, con respecto a un empleado o grupo de empleados, creando un riesgo para la salud y la seguridad”.

De hecho, en algunos casos la elección del lugar para consumar el suicidio también podría apuntar a los factores que han conducido a la persona a la decisión

Diversos estudios demuestran la correlación positiva entre el burnout y la ideación suicida

de poner punto y final a su vida. Así, el hecho de que la muerte se desencadene en un escenario puramente profesional puede interpretarse como una llamada de atención directa y una apelación a que las condiciones del puesto habrían sido una de las causas del fallecimiento. No obstante, desde el punto de vista de la jurisprudencia española, este factor no es una condición imprescindible para que el suicidio se pueda considerar accidente laboral. Esto es, pueden producirse muertes autoinfligidas en escenarios personales que sí puedan recibir esa consideración (siempre y cuando la única causa del fallecimiento se establezca con el entorno profesional) y, al contrario, que haya suicidios en un contexto físico de trabajo pero que, al coexistir otros fenómenos personales subyacentes, no acaben recibiendo dicha consideración.

1.4. *EL SUICIDIO* **COMO ACCIDENTE** **LABORAL**

Enlazando directamente con lo recogido en el párrafo anterior, conviene tener presente que la jurisprudencia española ha ido evolucionando a la hora de considerar el suicidio por motivos profesionales como un accidente laboral o no. A este respecto, una sentencia de la sala de lo Social del Tribunal Supremo del 29 de octubre de 1970 marcó un antes y un después al reconocer, por primera vez, el suicidio como accidente laboral; “identificando como causa eficiente del suicidio un trastorno mental de tipo depresivo derivado de una larga hospitalización por accidente de trabajo y de repetidas intervenciones quirúrgicas”. Se rompía así la tendencia de años previos, en los que ni siquiera una muerte autoinfligida en el tiempo y el lugar de trabajo recibía esta tipificación.

A día de hoy, para que un suicidio sea catalogado como accidente laboral deberá poder acreditarse que esa decisión se debe a razones estrictamente profesionales, con independencia de que el suicidio tenga lugar en el

espacio de trabajo o fuera de él. Sin embargo, la carga de voluntariedad que implica siempre una autolisis puede rebajar esa interpretación, según la jurisprudencia de algunas comunidades como Galicia o Cataluña.

Así, si nos atenemos a lo que establece el artículo 156 de la Ley General de Seguridad Social observamos que “un accidente de trabajo es toda lesión corporal que el trabajador sufre con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena”.

Por tanto, el principal desafío es poder establecer fehacientemente esa conexión entre trabajo y suicidio, algo complejo desde el momento en el que el accidente es, por naturaleza, un evento repentino, involuntario e indeseado. Evidentemente, esto colisiona con la voluntariedad que implica la conducta suicida, generando una especie de vacío que los tribunales deben, en muchas ocasiones, interpretar para poder determinar si existe el nexo causal entre el trabajo y el acto suicida ya que esa deliberación es la que provocará que el suicidio pueda ser catalogado como accidente profesional o no. Para ello, hay ciertos elementos comúnmente aceptados como válidos para acreditar esa relación, como los certificados médicos, las notas de suicidio o informes sobre la situación de la compañía.

En líneas generales, la jurisprudencia muestra que las sentencias que califican el suicidio como accidente de trabajo se apoyan, fundamentalmente, en dos supuestos legales: la presencia de una patología de etiología laboral (acreditada bien con diagnósticos médicos donde se establezca el vínculo entre salud mental del empleado y su actividad laboral, con la existencia de circunstancias laborales precarias o difíciles que pudiesen provocar alteraciones psicopatológicas o con las notas de suicidio) y la aplicación de la presunción ‘iuris tantum’ (de tiempo y lugar), que, de acuerdo con el ya mencionado artículo 156 de la LGSS, establece que la situación de conflicto ocurrida en contextos espaciotemporales puede ser calificada como accidente laboral.

SEÑALES DE ALERTA



Y MÉTODOS DE PREVENCIÓN

2.1 SEÑALES DE ALERTA

Si bien el capítulo anterior se centraba en las conductas suicidas específicas dentro de las profesiones sanitarias, existen una gran cantidad de señales de alerta, signos o incluso sintomatología típica de las conductas de carácter suicida comunes a cualquier persona.

Tan importante como conocerlas es saber detectarlas, identificarlas y tomar las medidas oportunas para evitar que la ideación suicida avance. A pesar de que interpretar el pensamiento de una persona es algo muy complicado, cuando se dispone de las herramientas y el conocimiento necesario detectar una serie de comportamientos, indicios o expresiones frecuentes de la ideación suicida no es algo excesivamente complejo.

Es por ello que, en este capítulo del manual, queremos hacer partícipe al lector de este conocimiento para que, en un momento concreto, sepa cómo actuar y cómo diferenciar aquello que sí es una conducta suicida de lo que no.

SEÑALES DE ALERTA

- ▶ Verbales
- ▶ No verbales
- ▶ Comportamientos

2.1.1. SIGNOS DE ALERTA VERBALES DE LA CONDUCTA SUICIDA

Es frecuente que las personas evidencien de forma verbal, aunque no necesariamente explícita, su intención de quitarse la vida. Algunas de estas expresiones, tal y como refleja la "Guía para la detección y prevención de la conducta suicida para profesionales sanitarios y facilitadores sociales. Salud Madrid"²¹, pueden ser:

- ▶ Comentarios o frases que se referencien a sí mismo, a su forma de vida o a su existencia como algo negativo:
 - “Mi vida no tiene sentido”
 - “No sirvo para nada”
 - “Soy un estorbo”
 - “A nadie le importo”
 - “Si no estuviera, todo sería mejor”

- ▶ Verbalizaciones negativas sobre su porvenir:
 - “Voy a terminar con todo”
 - “Dejaré de ser un estorbo”
 - “Nunca va a cambiar nada”
 - “Si me pasa algo, que sepas que...”
 - “Nunca más tendréis que volver a cargar conmigo”

- ▶ También pueden existir, por supuesto, comentarios expresos sobre el propio suicidio o la idea de desaparecer:
 - “Quiero morirme”
 - “Voy a desaparecer para siempre”
 - “Voy a quitarme de en medio”
 - “Esta es la última vez que me ves”
 - O, directamente, “voy a suicidarme”

Precisamente estos comentarios explícitos son uno de los factores en los que se basa una escala que permite estimar el riesgo de suicidio inminente, tal y como recoge la “Guía sobre prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares”²²:

- ▶ No existe un planteamiento como tal de la acción.
- ▶ Pronuncia comentarios con referencia directa al suicidio, pero sin concretar ningún método para ello.
- ▶ Además de verbalizar la acción de suicidarse, tiene claro cómo hacerlo, aunque no exista una planificación concreta para ello.
- ▶ En el último nivel de riesgo (alto riesgo de suicidio inminente), la persona tiene clara la idea de suicidarse, el método y el plan para llevarlo a cabo y, además, lo verbaliza.

2.1.2 SIGNOS *DE* ALERTA NO VERBALES *DE LA CONDUCTA SUICIDA*

Si embargo, no siempre podremos encontrar estas señales de alerta verbales. En algunos casos, los signos no verbales son tan importantes o reveladores como los explícitamente pronunciados o escritos. Así, existen algunas formas de reflejar una conducta suicida de un modo no verbal, también recogidas en “La Conducta Suicida. Información para pacientes, familiares y allegados”²³, y que podemos identificar con:

- ▶ Cambios en la conducta de la persona:
 - Incremento claro de la irritabilidad, de la irascibilidad o del sentimiento de frustración, enfado o desesperación ante las interacciones sociales.
 - Tras un periodo convulso de gran tensión, agitación y malestar, experimentar un proceso de calma y relajación repentino que contraste fuertemente con el estado anterior podría constituir en algún caso una señal de alerta o un peligro inminente, pese a que inicialmente pudiese ser interpretado como una gran mejoría. Este tipo de comportamientos podría estar mostrando la resolución de un conflicto interno entre las ganas de vivir o morir en favor de estas últimas.

- ▶ Adopción de conductas autodestructivas:
 - El inicio inexplicable, repentino y abusivo en el consumo de sustancias nocivas para el organismo es otra señal de alarma clara. El comienzo en un alcoholismo elevado o el consumo de drogas podría ser una forma evidente de provocarse o infligirse daño de un modo deliberado.

- ▶ Al igual que en el apartado anterior, cualquier comportamiento que implique un daño, autolesión o intención manifiesta de ello también se considerará una alerta clara:
 - Lesiones, golpes o cortes recientes.
 - Conducta temeraria en la vida diaria (conducción, asunción de riesgos claros para la vida sin manifestar importancia por perderla...).

- ▶ Comportamientos de resolución o cierre:
 - Comenzar a resolver o cerrar temas pendientes de su vida.
 - Gestionar documentaciones o trámites.
 - Regalar objetos muy personales de gran valor sentimental.
 - Escribir algún tipo de carta o documento de despedida.

- ▶ Otras conductas que podrían ayudarnos a prever un suicidio inminente son:
 - La acumulación de medicaciones y fármacos que, consumidos en grandes dosis, podrían provocar la muerte.
 - Llevar consigo estos medicamentos o tóxicos.
 - Tener siempre a mano una cuerda o cualquier otro elemento susceptible de ser utilizado para el suicidio.

2.1.3 OTRAS SEÑALES DE ALERTA DE LA CONDUCTA SUICIDA

Al margen de todas estas expresiones verbales y no verbales, el hecho de no ser capaz de manifestar nada también podría darnos alguna pista sobre una posible ideación suicida. En este sentido, hay diversos comportamientos que también podrían constituir una señal de alerta, como, por ejemplo, algunas reacciones ante las preguntas sobre su estado o sobre su posible intención de suicidarse:

- ▶ No responde o elude la pregunta de forma clara.
- ▶ Simplemente llora o intenta alejarse del tema de un modo explícito.
- ▶ Baja la cabeza e intenta salir del paso sin contestar.
- ▶ Se muestra inquieto/a o la pregunta genera en ella un estado de ansiedad.

De manera general, la exhibición o manifestación de la sintomatología depresiva, como pueden ser el aislamiento o la falta de energía, tiene que ser un motivo para activar la alerta, aunque no sea una referencia clara a la conducta suicida.

Del mismo modo, la apatía, la falta de apetito, la tristeza, la incapacidad para experimentar placer o sentimientos de carácter positivo con actividades gratificantes o incluso la dejadez y la falta de cuidados de higiene o apariencia también tendrían que poner en alerta a las personas de su entorno.

Todo ello, desde las manifestaciones verbales hasta las no verbales, pasando por las demostraciones claras de la intencionalidad del suicidio, son, al fin y al cabo, una petición de ayuda de la persona en cuestión y una oportunidad de evitarlo para las personas de su entorno, para lo que resulta fundamental una rápida reacción.

2.2 MÉTODOS Y ESTRATEGIAS A ADOPTAR TRAS LA DETECCIÓN DE UNA CONDUCTA SUICIDA

Una vez que ya conocemos las principales señales de alerta y, por tanto, podemos identificar un riesgo de este tipo entre personas de nuestro entorno, es imprescindible conocer cómo reaccionar a ellas. Así, cuando se detectan uno o más signos de alerta, existen diferentes formas de abordar la situación, siendo siempre la primera de ellas el contacto con el personal sanitario, quienes serán los encargados de clasificar el riesgo de suicidio entre alto, medio o bajo, tal y como refleja el siguiente cuadro, recogido en el “Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida de la Comunidad Valenciana”²⁴, para así poder tomar las medidas oportunas.



2.2.1 ¿CÓMO ACTUAR EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO O LABORAL?

Sin embargo, existen multitud de estrategias para abordar una situación así en el ámbito doméstico o laboral y que no son incompatibles en absoluto con ese primer contacto con el personal sanitario con procedimientos recogidos en otras guías y manuales como “Prevención y manejo de la conducta suicida. Recomendaciones para el ámbito laboral”²⁵ o “Conceptos y orientaciones para la ciudadanía, familiares y afectados/as en Aragón. Guía informativa para la detección y prevención del suicidio”²⁶.

I. SOLICITAR ASISTENCIA EN LOS DIFERENTES TELÉFONOS DE AYUDA O EMERGENCIAS QUE ESTÁN A DISPOSICIÓN DE LA CIUDADANÍA

- ▶ Será siempre el primero de los pasos a dar ante un caso de suicidio inminente o con aquellos intentos que hayan sido consumados.
- ▶ Acudir a urgencias con la mayor brevedad posible.
- ▶ Contactar con el profesional de salud mental de referencia en caso de que la persona ya estuviese siguiendo algún tipo de tratamiento o terapia.
- ▶ Hacer partícipes a las personas y familiares del entorno más cercano de la situación que esta persona está atravesando. Transmitirles que su apoyo y predisposición son fundamentales.

II. CONTROLAR Y RESTRINGIR EL ACCESO A LOS ELEMENTOS SUSCEPTIBLES DE SER UTILIZADOS COMO MEDIO LESIVO

- ▶ En los entornos urbanos la precipitación desde grandes alturas es el segundo medio más utilizado para la consumación del suicidio, por lo que es crucial tener especial cuidado y atención en los domicilios de estas características.
- ▶ En los espacios rurales sucede algo similar con el ahorcamiento, por lo que, en este caso, será indispensable tener conciencia sobre los elementos que puedan ser empleados para ello.
- ▶ Asimismo, la ingesta de medicamentos en grandes cantidades es otro de los medios más comunes en las tentativas. Tener un control sobre el volumen de fármacos y verificar que se están consumiendo las cantidades recomendadas por el facultativo también podría ser de gran ayuda a la hora de evitar este tipo de mecanismos de suicidio.
- ▶ En cualquier caso, será también importante ser consciente de cuáles podrían ser los elementos potencialmente utilizables para ese fin y retirarlos del alcance de la persona con dichas conductas.

III. EL ACOMPAÑAMIENTO, UNA FUERZA INVISIBLE PERO EFECTIVA

Como hemos visto a lo largo de las señales de alarma o alerta, en muchas ocasiones, la persona tiende al aislamiento, a la soledad o a la apatía con la gente más cercanas. Cuando esto sucede, y desde el entorno no se toman medidas para evitarlo, el ambiente que se estará generando alrededor de la persona con conducta suicida es hostil y en él, además, estará privada de recibir nuevos puntos de vista más optimistas, realistas o positivos. Tanto en el caso de las familias como en el de los amigos es fundamental hacer uso de esa fuerza efectiva que conforman la cercanía, el acompañamiento, la comprensión y el apoyo.

- ▶ Tal y como se especificaba en la primera de las estrategias a seguir, lo principal es poner a la persona en manos de profesionales, pero, una vez hecho esto, es también fundamental no dejarla sola. Un acompañamiento no invasivo, cálido, cercano y comprensivo ayudará a la persona a no sentirse aislada.
- ▶ Colaborar con los profesionales sanitarios desde la cercanía también puede ayudar a disminuir la situación de estrés y ansiedad inicial y habitual de este tipo de procesos, favoreciendo así que desaparezca la conocida como “visión túnel”, una situación en la que el dolor y sufrimiento es tan grande que la persona cree que el suicidio es la única salida para terminar con él.
- ▶ Tras una primera etapa de atención en la que la persona recibe el alta de la hospitalización psiquiátrica, el riesgo de suicidio continúa existiendo. Aunque el hecho de que una persona haya intentado suicidarse no la convierte en una persona con conductas suicidas para toda la vida, es cierto que un gran número de muertes autolíticas se producen en la conocida como fase de mejoría. Esto es provocado, en la mayoría de los casos, por la recuperación de la energía necesaria para hacer efectivos sus pensamientos y convertirlos en acciones destructivas.

IV. HABLAR, PREGUNTAR, ESCUCHAR: MEJORAR LAS HABILIDADES COMO INTERLOCUTOR Y NO TENER MIEDO

Aunque en el próximo capítulo de este manual, “Diez mitos a derribar sobre el suicidio. El efecto Werther”, presentaremos de un modo más profundo algunas de las creencias populares sobre el suicidio, una de ellas es la que afirma que preguntar acerca de estas conductas o hablar sobre el tema aumenta el riesgo de un intento de suicidio.

Nada más lejos de la realidad, pues este tipo de conversaciones suelen suponer para la persona con estas ideaciones una oportunidad para hablar sobre ello y, para el interlocutor, de prevenir el acto. Por ello, para mantener este tipo de diálogos es importante tener en cuenta una serie de aspectos como los recogidos en la “Guía para la detección y prevención de la conducta suicida para profesionales sanitarios y facilitadores sociales. Salud Madrid”²⁷:

- ▶ Respeto, respeto y respeto: mantener una conducta amable, cercana y sin elevar el tono de la conversación será un punto de partida ideal para ayudar.
- ▶ Hablar sin tapujos sobre la posible idea del suicidio.
- ▶ Intentar conocer sus motivos y ofrecer puntos de vista alternativos o soluciones a sus problemas.
- ▶ Si comenzáramos estas directrices con un “respeto, respeto, respeto”, es momento de hablar del “escucha, escucha, escucha”: adoptar una postura de escucha reflexiva y esforzarse por entender la situación ayudará a la persona a sentirse comprendida y escuchada.
- ▶ Mantener la calma y no ser fruto del pánico o los nervios.
- ▶ No juzgar su comportamiento ni sus pensamientos. Reprocharle su actitud o su forma de ver las cosas no haría más que empeorar la situación y alejarnos de ser una fuente de apoyo.

V. EL RIESGO DE SUICIDIO YA ES INMINENTE. ¿CUÁL ES EL MODO DE ACTUAR?

Cuando la posibilidad de ejecución es muy alta y el riesgo ya es inminente, es importante mantener la calma y contactar de inmediato con emergencias, ya que ellos activarán todo un protocolo para atajar la situación.

En el caso de los cuerpos de bomberos y los equipos de emergencias, será de vital importancia que tengan en cuenta los siguientes modos de acción y recomendaciones recogidos, en parte, en el “Procedimiento Operativo Estándar. Actuación De Bomberos Ante Amenazas De Suicidio”²⁸ y que no son específicas para este colectivo profesional, sino que cualquiera puede recurrir a ellas:

- ▶ La información es de vital importancia. Tanto si es la persona en riesgo la que contacta de modo telefónico con los servicios de emergencia como si lo hace una persona de su entorno será fundamental recabar toda la información posible. En el primer supuesto, es también importante mantener a la persona el mayor número de minutos posible al teléfono.
- ▶ Saber cuál es el motivo que la ha empujado a esa situación puede ser de ayuda a la hora de comprender, asistir y negociar con dicha persona. Asimismo, factores determinantes como el consumo de alcohol o sustancias estupefacientes, medicamentos y posibles afecciones de carácter mental también ayudarán a los profesionales a tener bajo control la situación.

- ▶ Paciencia, comprensión, empatía y tranquilidad: el ambiente que debe reinar tiene que girar en torno a esos conceptos. Crear esa esfera en la que la persona se sienta escuchada y comprendida será de vital importancia.
- ▶ Otro aspecto que puede ayudar a que se produzca un acercamiento entre ambas partes es demostrarle a la persona que la preocupación por ella es real. Con preguntas como “¿tienes sed?” o “¿necesitas abrigo?” se estará transmitiendo una preocupación evidente por su estado.
- ▶ Tal y como hemos dicho, la información es fundamental, por lo que, llegado el momento oportuno, se puede averiguar si su intención de suicidio es firme o existe algún tipo de duda sobre ella.
- ▶ La dignidad de la persona es un punto muy importante, por lo que habrá que hacer siempre lo posible por proteger su imagen pública.
- ▶ Hacer saber a la persona que su situación tiene otras salidas y que todo se puede solucionar, sin generar falsas promesas o expectativas, ayudará a evitar la visión túnel de la que hablábamos con anterioridad.

2.2.2 ¿QUÉ COMPORTEMIENTOS HABRÍA QUE EVITAR ANTE UN RIESGO CLARO DE SUICIDIO?

Ahora que ya hemos expuesto pormenorizadamente las actitudes correctas a la hora de afrontar un posible intento de suicidio entre las personas de nuestro entorno, también resulta fundamental conocer qué comportamientos no son adecuados o van en contra de nuestra intención de solventar la situación y erradicar el riesgo.

Así, algunos de los comportamientos y actitudes que se deben evitar a este respecto son los que se recogen en la guía “Prevención, detección e intervención en casos de ideación suicida en el ámbito educativo. Guía para Centros Escolares y Protocolo de Actuación Inmediata”²⁹ o en “Intervención en Crisis Suicidas. Guía Práctica para Servicios de Bomberos”³⁰:

- ▶ Evitar los problemas no hace que estos desaparezcan. Ante indicios que indiquen que la persona puede estar teniendo un problema de esta índole o comportamientos con tendencia suicida, dejarla sola o huir de la atención que puede necesitar no es en ningún caso una estrategia válida para solucionar la situación.
- ▶ Intentar reducir la carga dramática de los sentimientos que manifiesta la persona afectada mediante la banalización o la minimización de estos tampoco le ayudará a rebajar la tensión ni le disuadirá forzosamente de la idea suicida. Expresiones como “no es para tanto” o “estás exagerando las cosas” no solamente no aportan, sino que restan.
- ▶ En ocasiones pueden darse situaciones de mucha tensión. Dejarse llevar por ella y atacar con reprimendas, gritos o culpas solo empeorará la situación.
- ▶ Juzgar su estado o situación o entrar a valorar si tiene motivos para estar así o si lo merece solo la hará sentir más culpable, por lo que tampoco sería, bajo ningún concepto, una estrategia adecuada para afrontar dicha situación.
- ▶ Aportar soluciones simplistas a una persona que lo está pasando mal puede hacerla sentir todavía más avergonzada, sola y desesperada por la falta de ayuda real.
- ▶ Intentar disuadirla de su intento con frases tópicas como “la vida es un regalo” o sobre lo “bonito que es vivir” también la harán sentir culpable e incomprensida, por lo que es recomendable evitarlas.
- ▶ No escucharla e intentar llevar la voz cantante o todo el peso de la conversación hablando mucho puede llegar a saturar a la persona con ideaciones suicidas. En este tipo de situaciones, como ya hemos mencionado antes, la escucha activa cobra una especial importancia.

Por todo ello y por lo comentado a lo largo de todo este capítulo, podríamos afirmar que las principales armas para detectar, identificar y prevenir el suicidio son la atención, la empatía, la escucha y el sentido común. Entender la situación, conocer sus síntomas y poder enfrentarla podría marcar, sin duda, la diferencia en el desenlace de una ideación autolítica.

“No es para tanto”, “estás exagerando” o “la vida es un regalo” son tres de las frases a evitar con una persona con ideación suicida

Diez mitos a derribar



Sobre **el suicidio. El efecto**

Werther

En la actualidad, el suicidio todavía supone una frontera ética, social y científica que presenta una gran cantidad de interrogantes sin respuesta. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señalaba en 2021 que el suicidio continuaba siendo una de las principales³¹ causas de muerte en todo el mundo, superando incluso las cifras del VIH o el cáncer de mama.

Ante esta situación, prestar atención al suicidio es más importante que nunca, y muchas veces la forma de actuar ante un posible caso es fundamental. Debido al carácter transgresor de esta conducta (ponerle fin a la vida), es considerada un tabú social y, como tal, se tiende a dar explicaciones sobre ella de una forma simplista y con menosprecio. En este sentido, existen muchas creencias instauradas en la sociedad respecto a este problema y que son erróneas. Estos pensamientos son aplicables tanto a las personas que los experimentan como a las que se encuentran en su entorno, como pueden ser los amigos/as, conocidos/as o familiares.

Por ello, en este capítulo se busca dar a conocer los principales mitos que existen sobre la conducta suicida y que tienen lugar en todas las fases, desde la prevención hasta la consumación del acto suicida, y se contraponen lo que en realidad sucede. Además, también se analiza en detalle cómo actúan en este sentido los medios de comunicación, poniendo el foco sobre el denominado efecto Werther.

3.1. MITOS *MÁS* FRECUENTES *SOBRE EL* SUICIDIO

La OMS (World Health Organization, WHO, 2014)³² pone de manifiesto la existencia de numerosos mitos muy arraigados en nuestra sociedad, que dificultan y obstaculizan la prevención del suicidio. Abordar y desmentir estos estereotipos erróneos constituye un objetivo clave en cualquier iniciativa para afrontar este problema con la dimensión necesaria.

Estos son los mitos más frecuentes:

1. La persona que intenta suicidarse lo hace para llamar la atención

Al hablar de la conducta suicida es necesario darle una vuelta a la expresión habitual “llamar la atención” y sustituirla por “pedir ayuda”. Los intentos de suicidio son factores de riesgo muy importantes, por lo que cualquier señal que se muestre debe tomarse en serio, de modo que es recomendable animar a la persona a que acuda a los servicios profesionales del ámbito de la salud mental.

Por esta razón, todos aquellos individuos que intentan suicidarse desean expresar que algo no va bien. Es una llamada de auxilio para que la gente de su alrededor se percate de que se sienten mal y no son capaces de adaptarse a las exigencias que les pide la vida. Según el psicólogo Pedro Martín-Barrajón la persona “está pidiendo ayuda para una situación que no sabe cómo gestionar”³³. Sin embargo, en muchas ocasiones se tiende a infravalorar estas advertencias, lo que impide prevenir que la tentativa suicida o la ideación suicida acabe derivando en un hecho consumado.

2. Quien lo dice no lo hace y quien lo hace no lo dice

Según la ‘Guía para la detección y prevención de la conducta suicida’ de Salud Madrid³⁴, nueve de cada diez personas que se suicidan expresaron previamente y de forma verbal sus propósitos. Igualmente, la parte restante dejó entrever o manifestó su voluntad de poner fin a su vida con comportamientos como amenazas, regalo de posesiones, cambios bruscos de conducta o humor, abuso de sustancias o el aislamiento social.

Por ello, es fundamental tomarse en serio cualquier expresión suicida, y nunca minimizar el riesgo ni entenderlo como una forma de chantaje o manipulación para la obtención de un objetivo determinado.

3. La persona suicida desea morir

Con frecuencia la persona suicida se encuentra en una posición de ambivalencia, pues desea morir si su vida continúa de la misma manera que transcurre hasta el momento. Sin embargo, si se produjesen en ella ciertos cambios, sí querría continuar viviendo. Esto significa que, en contra de lo que suele creerse, quien intenta suicidarse (lo consume o no) no quiere morir ni matarse, sino que desea dejar de sufrir.

Esta batalla interna que padece puede llevarle a la idea de que la muerte es la única salida posible para superar los problemas. Por ello es necesario, a la menor señal, animar y recomendar a la persona que busque ayuda profesional.

4. La persona que se suicida es cobarde/valiente

El suicidio no tiene relación con la polaridad valentía/cobardía, sino con el sufrimiento y la desesperanza. Al asociar una muerte autolítica a la cobardía se equipara la conducta suicida con una cualidad negativa de la personalidad del individuo, al tiempo que se añade culpabilidad y se reduce la capacidad de comprensión.

Por el contrario, al vincular el suicidio con un aspecto positivo y hacerlo sinónimo de un atributo imitable como es el valor, esta connotación puede convertirlo en un modelo a seguir y favorecer el efecto contagio, a la vez que dificulta su prevención. Por ello, la recomendación es abandonar cualquiera de los polos de esa dualidad.

5. Hablar sobre el suicidio con una persona que se encuentra en riesgo puede incitar a que lo realice

Hablar de forma comprensiva, abierta y sincera con una persona que tiene pensamientos autodestructivos es positivo, ya que está acreditado³⁵ que esta acción suele ayudarle a sentirse mejor, lo que contribuirá a reducir el riesgo de consumir el acto.

Esta conversación no solo le permitirá verbalizar sus pensamientos e ideas sobre la conducta suicida, sino que le ayudará a mitigar el sentimiento de soledad y desesperanza que perciben en ocasiones este tipo de personas. Además, ese diálogo también puede ofrecerle la posibilidad de considerar otras opciones diferentes a acabar con su vida.

Por ello, resulta fundamental permitir y promover la expresión de la ideación suicida, y este acto representa una de las primeras acciones adecuadas para prevenir el suicidio.

6. Solo las personas con problemas graves se suicidan

El suicidio es un acto multicausal, por lo que situaciones muy diversas o un gran número de pequeños problemas pueden llevar a una persona a plantearse la idea de acabar con su vida o incluso intentarlo. A ello se une la subjetividad de una coyuntura difícil: hay preocupaciones que pueden ser insignificantes para una persona, mientras que para otras son catastróficas. No en vano, la vivencia interna de cada persona es única, por lo que ni

el aparente bienestar económico o social pueden compensar y salvarla de su sufrimiento emocional.

De este modo, no ponerse en la piel de un individuo y valorar su situación desde el punto de vista propio puede conducir a infravalorar el dolor que puede sentir esa persona.

7. El suicidio es hereditario

En aquellos casos en los que en una misma familia se han producido varios suicidios se suele llegar a la conclusión de que existe un componente hereditario, pero esta es una falsa creencia. Además, este pensamiento equivocado influye negativamente en las personas supervivientes por el miedo a que los demás miembros puedan acabar también con su vida.

Actualmente, no existen estudios científicos que respalden la existencia de un determinismo genético, por lo que el acto suicida debe asociarse a un patrón individual y multicausal. Con todo, conviene matizar que lo que es posible heredar es una predisposición a padecer una enfermedad mental, como pueden ser los trastornos depresivos, pero no la idea suicida como tal.

Por tanto, este pensamiento erróneo, además de añadir un sufrimiento innecesario, lleva a creer que, al ser una conducta determinada por la herencia, resulta imposible modificarla, mientras que en realidad el suicidio es una causa de muerte evitable y prevenible.

8. Solo se puede ayudar a la persona en riesgo si se tiene una preparación o formación

Cualquiera puede ayudar en la prevención del suicidio, pues una persona en riesgo lo que necesita en primera instancia suele ser compañía y ser escuchada. En este sentido, la OMS señala que permanecer cerca de la persona con ideas suicidas es la principal herramienta de protección y prevención. Así, mostrar interés y comprensión, no juzgar y recomendar la ayuda profesional son patrones de comportamiento que todos podemos desarrollar con independencia de que tengamos o no preparación o formación específica en la materia.

El estigma y el rechazo que envuelven todavía en la actualidad al suicidio se fundamentan, sobre todo, en la dificultad para abordar este tema³⁶. Aunque, a primera vista, la idea de no hablar del suicidio puede parecer atrayente por no querer afrontar esta situación que causa tanto dolor, las consecuencias son enormemente negativas a medio o largo plazo. La persona que se encuentra en una crisis de este tipo puede verse inmersa en una gran soledad y sentimiento de desesperanza que le llevan a pensar en acabar con su vida.

En este sentido, comentar con otra persona en voz alta sus propósitos autodestructivos puede llevarle a valorar de otra forma sus motivos y llegar a encontrar un camino a través del que pueda conseguir ver la luz al final del túnel (tras obtener el tratamiento profesional determinado), por lo que esta sería la primera acción para prevenir el suicidio.

9. Las personas que se suicidan tienen una enfermedad mental

Muchas personas diagnosticadas con trastornos mentales no se encuentran afectadas por conductas suicidas, del mismo modo que no todas las personas que deciden poner fin a su vida padecen una enfermedad mental. Así, el suicidio no es una enfermedad mental ni está catalogado en ningún manual de diagnóstico de trastornos mentales (DSM-V³⁷ o CIE-10³⁸), sino que es un fenómeno multifactorial que presenta una alta comorbilidad asociada (TGM, esquizofrenia, bipolaridad, acoso...).

En este sentido, existe la creencia socioculturalmente compartida de que la mayor parte de las personas que se intentan suicidar o piensan en ello son depresivas o tienen enfermedades mentales graves.

Sin embargo, aunque sí es cierto que las personas con una enfermedad mental se suicidan con una mayor frecuencia que la población general (15 o 20 veces más, según refleja el Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida de la Generalitat Valenciana³⁹), no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo.

El acto suicida es el resultado de una decisión personal tras una vida o un episodio basados en el dolor y la desesperanza, por lo que todas las personas suicidas tienen en común ese sufrimiento, y no tanto la enfermedad mental.

10. Una persona que se encuentra en estado suicida estará así para siempre

El mayor riesgo de suicidio suele ser a corto plazo y específico según la situación, pues es una respuesta a factores contextuales. Además, en una crisis hay un principio y un final y, aunque los pensamientos suicidas puedan volver, estos no son permanentes, crónicos o inamovibles, sino que es posible tener una vida sana y con bienestar.

Así, las personas que experimentan conductas suicidas pueden conseguir aprender a gestionar sus crisis, siempre con la ayuda profesional en el ámbito de la salud mental, para así poder dejarlas atrás.

3.2. MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y SUICIDIO: ENTRE EL EFECTO WERTHER Y EL PAPAGENO

Este apartado se centra en uno de los mitos -además de los presentes en el decálogo anterior- más asentados en la actualidad y que guarda relación con el papel que juegan los medios de comunicación en el tratamiento de las noticias sobre el suicidio: el llamado efecto Werther o de imitación.

A lo largo de los mitos previamente descritos se ha mencionado una acción positiva capaz de ayudar en la prevención del acto suicida: hablar de ello en conversaciones interpersonales. Pero, ¿qué ocurre con los medios de comunicación? ¿Tratarlo en los *mass media* es positivo porque ayuda a concienciar sobre este problema, o por el contrario, es negativo porque puede servir de estímulo a la consumación del acto suicida por parte de quienes tienen pensamientos autodestructivos?

En este sentido, los libros de estilo de los medios de comunicación españoles, así como los decálogos sobre cómo tratar la cuestión de los suicidios, han optado tradicionalmente por el silencio informativo ante estos sucesos en numerosos casos.

Así, por ejemplo, el Libro de Estilo de *El País* recogió en su momento que “el periodista deberá ser especialmente prudente con las informaciones relativas a suicidios. En primer lugar, porque no siempre la apariencia coincide con la realidad, y también porque la psicología ha comprobado que estas noticias incitan a quitarse la vida a personas que ya eran propensas al suicidio y que sienten en ese momento un estímulo de imitación. Los suicidios deberán publicarse solamente cuando se trate de personas de relevancia o supongan un hecho social de interés general”⁴⁰.

Este planteamiento refleja el llamado efecto Werther, un conocido fenómeno que recibe su denominación por el nombre del protagonista de la novela semiautobiográfica *Las penas del joven Werther*, escrita por Johann Wolfgang von Goethe en 1774. El hecho de que el personaje principal se quitase la vida después de una historia de amor trágico suscitó tras la publicación de la obra una epidemia de suicidios de personas jóvenes en Europa utilizando el mismo método⁴¹. El sociólogo David Phillips fue quien le dio nombre a este fenómeno al comprobar que los suicidios en Estados Unidos aumentaron notablemente un mes después de la publicación en portada del diario *The New York Times* de noticias sobre suicidio⁴².

De este modo, el efecto Werther se produciría, en síntesis, cuando un caso de suicidio actúa como modelo para posteriores actos suicidas, suponiendo que se produce una imitación de esta conducta. Debido al miedo a ocasionar este tipo de oleadas y el efecto contagio, los medios de comunicación han mantenido el enfoque de Werther y se han posicionado en la autocensura, en la que tradicionalmente se trataba el suicidio de forma escasa e insuficiente, a veces prácticamente nula.

En el polo opuesto a esta teoría se sitúa el efecto Papageno, que sostiene que un tratamiento informativo adecuado, sin sensacionalismos y acorde a lo que recomienda la evidencia científica puede reducir los casos de suicidio. Según el experto Niederkrotenthaler, "el impacto de la información sobre el suicidio no puede limitarse a los efectos nocivos, sino que la cobertura de afrontamiento positivo en circunstancias adversas, como se explica en los artículos de prensa sobre la ideación suicida, puede tener efectos protectores"⁴³.

En una línea similar, García Fernández y Olmo López sostienen que para evitar el efecto contagio "se requiere informar responsablemente, sin sensacionalismos, pero sin eufemismos y tratándolo como un tema de salud pública"⁴⁴.

En este sentido, la OMS trabaja desde hace años en la elaboración y difusión de una serie de recomendaciones⁴⁵ dirigidas a los medios de comunicación sobre cómo enfocar este tipo de noticias con el objetivo de lograr un efecto beneficioso en la sociedad y que ayude a prevenir las conductas suicidas.

Las noticias sobre suicidios no se deben tratar de forma sensacionalista ni glorificando a la víctima, pues de este modo se relaciona la conducta suicida con un acto de valor que podría conducir a la imitación. Tampoco deben ser repetitivas, ya que la exposición prolongada puede incrementar el riesgo de contagio en personas vulnerables, ni tampoco mencionar o entrar en detalle sobre los métodos utilizados para acabar con la vida.

Como ya se ha señalado, el suicidio es el resultado de muchos factores, por lo que no puede considerarse como inexplicable ni tampoco ofrecer una explicación simplista. En este punto, hay que tener siempre en cuenta a las personas familiares y amigas y aportar información concisa, responsable y ética.

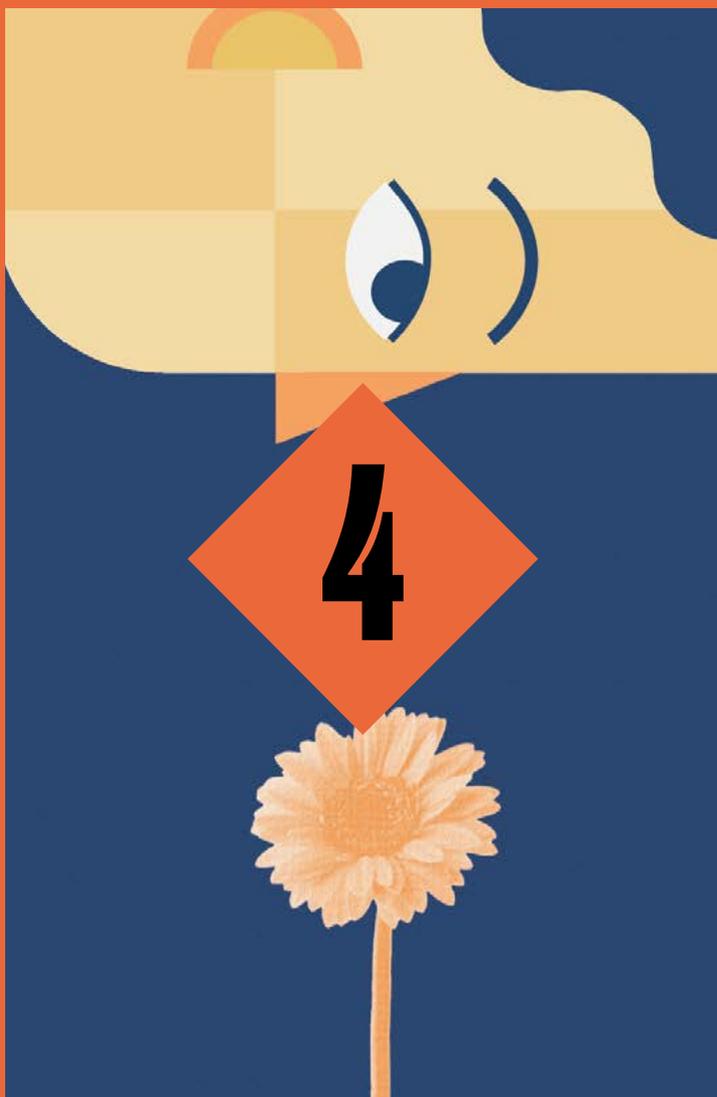
En conclusión, los medios de comunicación pueden alzarse como un instrumento muy valioso de prevención del suicidio. “Ejercen un papel fundamental en la percepción que la sociedad tiene de esta realidad, ya que ellos tienen la capacidad de luchar contra prejuicios y estereotipos”, señalaba en una entrevista reciente el presidente de la Federación Andaluza de Familiares y Personas con Problemas de Salud Mental (FEAFES)⁴⁶.

Muestra de ello son la divulgación de conceptos básicos para educar a la población sobre los signos de alarma de una crisis y las creencias falsas sobre la conducta suicida; la difusión de información sobre los recursos y contactos de ayuda a los que acudir si se tienen ideas autodestructivas

o impulsos de acabar con la vida, o también incluir testimonios en primera persona de gente que haya superado este tipo de crisis con el fin de sensibilizar sobre esta problemática. De esta forma, el mensaje principal de estas noticias debe estar encaminado a la prevención, estimulando que las personas que se encuentren en una situación de vulnerabilidad busquen ayuda profesional.

Las noticias sobre suicidios no se deben tratar de forma sensacionalista ni glorificando a la víctima, no deben ser repetitivas ni tampoco mencionar o entrar en detalle sobre los métodos usados para acabar con la vida

GESTIÓN DEL DUELO



TRAS EL SUICIDIO

En la aproximación integral al fenómeno del suicidio que se perseguía en este manual, en este último capítulo se profundiza en el concepto del duelo ante una muerte autolítica. En él, se aproxima al lector a las particularidades que presenta un proceso natural como el del duelo, que todas las personas atraviesan tarde o temprano.

Para ello, se aborda en un primer momento quiénes pueden ser considerados supervivientes de un suicidio, puesto que son ellos los que tienen que atravesar el duelo. Posteriormente, se analiza el mismo desde una perspectiva general para conocer su naturaleza y sus fases gracias a algunas aproximaciones teóricas. Acto seguido, se exponen los sentimientos y preguntas más frecuentes que puede experimentar el superviviente hasta que, en un último estadio, se analiza la aceptación de la muerte.

Finalmente, se advierte sobre la posibilidad de una complicación del duelo que derive en trastornos graves que afecten al bienestar mental, al tiempo que se recopilan una serie de directrices específicas para la gestión del duelo por suicidio.

4.1. LOS SUPERVIVIENTES DEL SUICIDIO

Para poder abordar el proceso del duelo ante el fallecimiento de un ser querido por suicidio, conviene aclarar quiénes son las personas que sufren las consecuencias emocionales de este suceso. En un primer momento, el término 'superviviente' puede generar confusión, haciendo creer que se utiliza para denominar a aquellos o aquellas que han evitado la muerte por suicidio. Sin embargo, la realidad es distinta.

Así, la DSAS⁴⁷ (Después del Suicidio – Asociación de Supervivientes) afirma que una persona superviviente es toda aquella “que se ve afectada de forma negativa y significativa por la muerte por suicidio de una persona”. A su vez, la revisión del Ministerio de Sanidad en 2020 de la ‘Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida’⁴⁸, que sigue en vigor en el momento de redacción de este documento, concluye que “aunque tradicionalmente el concepto se ha reservado para la familia, en la actualidad se ha extendido a los allegados no familiares”, como amigos, parejas o vecinos.

Como es lógico, a medida que se incrementa el número de suicidios en nuestro país, también va creciendo el volumen de personas que pueden ser consideradas supervivientes ante una muerte autolítica, por lo que adentrarse en las directrices recogidas en este último capítulo se convierte, si cabe, en algo más necesario.

4.2 ¿QUÉ ES EL DUELO?

En su concepción más elemental, el duelo es el proceso tanto emocional como físico que se atraviesa tras la muerte de un ser querido. Puede que la palabra “duelo” evoque sensaciones negativas, pero es importante tomar consciencia de que es un momento que forma parte de la vida de todas las personas en algún instante u otro.

Así, conviene partir de la certeza de que el duelo es necesario, pues ayuda a sanar la herida que provoca la pérdida de una persona o incluso de conceptos más abstractos como ilusiones o sueños, tal como indicaba Freud, citado en un estudio de Quagliata⁴⁹ (2015) sobre el afrontamiento de suicidios. En la misma línea, profesionales de la psicología como Carles Alastuey⁵⁰ (2018) afirman que el duelo también se puede experimentar ante las pérdidas de relaciones amorosas, de un empleo o incluso al tener que abandonar un país de manera forzada.

Por su parte, diversas organizaciones, como la Federació Salut Mental de Catalunya⁵¹, remarcan la necesidad de ver el duelo como algo natural y no como una patología, afirmando que “se trata de un proceso adaptativo, reparador y sanador (...) que ayuda a las personas a adaptarse a los cambios y sobreponerse a las pérdidas”.

4.3 EL DUELO ES UN PROCESO ÚNICO

No hay una forma preestablecida según la que se deba vivir el duelo: no todo el mundo tiene la misma experiencia en esta situación, sino que cada persona lo afronta de manera distinta. Según la psiquiatra Aina Fernández⁵² (2019), del mismo modo que la muerte de alguien no le afecta a todo el mundo por igual, tampoco todas las pérdidas que vive una misma persona a lo largo de su vida le harán experimentar un duelo idéntico.

En este sentido, el tiempo que una persona puede tardar en asimilar la pérdida de un ser querido y reconducir su vida en base a ello dependerá de una serie de condicionantes como la edad del superviviente, las circunstancias del fallecimiento (destacando el impacto de muertes repentinas o violentas), el tipo de relación que mantenía con la persona fallecida o incluso sus creencias religiosas.

Sin embargo, aunque este es un proceso único, son varias las aproximaciones teóricas de profesionales y organizaciones que buscan determinar, en rasgos generales, el desarrollo del duelo.

Así, existe una cierta unanimidad a la hora de definir un duelo mediante **tres etapas diferenciadas, recogidas en la ‘Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida’ citada anteriormente:**

- ▶ Una primera, en la que predominan la incredulidad y la negación de los hechos.
- ▶ Una segunda, caracterizada por la soledad, la tristeza, la desesperación e incluso por alternaciones de la conducta, como problemas para comer o dormir.
- ▶ Finalmente, una tercera fase en la que se aceptará la pérdida y, poco a poco, se irán dejando atrás los sentimientos experimentados anteriormente.

Este proceso resume las famosas cinco etapas del duelo que, hoy por hoy, forman parte del imaginario colectivo. Estas fueron determinadas por la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross⁵³:

ETAPAS DEL DUELO

- ▶ **Negación:** ante el golpe emocional que supone enterarse de la pérdida de un ser querido, la persona en duelo puede no terminar de asimilar la realidad, negar el suceso o incluso la importancia de este como un mecanismo de defensa ante el dolor.
- ▶ **Ira:** tras abandonar la negación, la frustración y la rabia se hacen presentes en el doliente, que trata de culpabilizar a otras personas o a él mismo de lo ocurrido.
- ▶ **Negociación:** en esta fase, reflexiona sobre la posibilidad de revertir lo sucedido. De hecho, aunque el duelo es un proceso que se vive por la muerte de un tercero, es común que pacientes con enfermedades terminales también experimenten este momento ante su propio fallecimiento. Así, buscan alternativas (tratamientos o creencias religiosas) con las que retrasar lo que ya comienzan a aceptar.
- ▶ **Depresión:** es el momento en el que la persona doliente comienza a aceptar la pérdida, por lo que la tristeza y el dolor aumentan.
- ▶ **Aceptación:** en el último estadio, asimila la pérdida y comienza a vivir su vida comprendiendo la falta de su ser querido y en calma.

4.4 REACCIONES ANTE EL DUELO POR SUICIDIO

Tal como se señalaba anteriormente, cada persona atraviesa el duelo a su manera, por lo que no se puede afirmar que estos modelos ni sus variaciones sean absolutos. Sin embargo, sí que ayudan a entender tanto las emociones como los pensamientos que pueden surgir durante el proceso.

En el caso específico de muertes por suicidio, las reacciones indicadas se revisten de ciertas particularidades que conviene abordar ante fallecimientos marcados, en muchas ocasiones, por la imprevisibilidad.

Culpabilidad e ira

Ante una muerte por suicidio, la culpa es uno de los sentimientos que más abordan al superviviente, con planteamientos como “Podría haberlo evitado”, “No supe ver las señales”, “Por qué me ha hecho algo así” o “No tengo derecho a rehacer mi vida ni a ser feliz después de esto”.

En estos casos, se obsesiona con identificar las causas que han podido llevar a su ser querido al suicidio porque no asimila que haya sido capaz de realizar algo así ni entiende sus razones. Por ello, siente la necesidad de atribuir responsabilidades y se deja llevar por la ira, llegando a sentir enfado con él mismo o con los demás.

Carles Alastuey⁵⁴ (2016) también identifica un componente social en esta asimilación de la culpa, puesto que, según él, el suicidio “pone en cuestión nuestra sensación de seguridad y culpabilidad”. Por ello, los supervivientes son frecuentemente vistos a ojos de otras personas como culpables por no haber sido capaces de evitar el suceso.

En un proceso del duelo sin complicaciones, este sentimiento de culpa se irá desvaneciendo a medida que acepta la realidad. Así, la ‘Guía para familiares en duelo por suicidio’ de Salud Madrid⁵⁵ aclara que, transcurrido un tiempo del fallecimiento, el superviviente va “rectificando algunos pensamientos erróneos”. Esto se produce cuando comprende que la víctima no compartía con él todo lo que le ocurría o pensaba en la elección de privacidad de la persona suicida, de modo que interioriza que no tenía por qué haber reconocido las señales de alerta al no tener el conocimiento necesario sobre la conducta del suicida o que, sencillamente, no tenía forma de evitarlo.

Vergüenza

Muchos supervivientes se niegan a compartir en público la causa real de la muerte por lo que los demás puedan pensar tanto del fallecido como de sus allegados. Esto se debe, en gran medida, al estigma social, al silencio y a los prejuicios y mitos que rodean al suicidio, como se recoge en el anterior capítulo de este manual, según los cuales esta decisión se corresponde con un acto cobarde, resultado de una llamada de atención o relacionado con enfermedades mentales, entre otras falsas creencias.

Incredulidad

La ‘Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida’ del Ministerio de Sanidad, ya mencionada durante el capítulo, trata el shock y el aturdimiento como parte de las emociones más frecuentes en el duelo. Estas están presentes especialmente en el momento en el que el superviviente se entera del fallecimiento y los días posteriores. Pueden dar lugar a que la persona en duelo sienta que lo que está viviendo no es real, lo que funciona como un mecanismo de defensa ante el dolor.

Tristeza

Tras la pérdida de un ser querido, especialmente en una circunstancia tan trágica como un suicidio, podría parecer que esta es una reacción evidente, y lo es. La presencia del desasosiego y el llanto es natural ante el fallecimiento, pero la incapacidad de exteriorizar sentimientos también, lo que está estrechamente relacionado con la incredulidad, una sensación que muchas veces se acentúa en el caso de una muerte autolítica por la necesidad emocional de intentar atribuir causas a la decisión suicida.

Miedo

Después de vivir una muerte por suicidio, las preocupaciones aumentan y surgen reflexiones como las siguientes: “¿Y si yo cometo el mismo acto?” “¿Y si lo hace alguien de mi familia?” “¿Y si es hereditario?”. El sentimiento de falta de seguridad tanto propia como de los demás seres queridos se amplifica.

4.5 LA ACEPTACIÓN DE LA PÉRDIDA

Aceptar el duelo no significa olvidarse por completo de la persona fallecida, sino que supone comprender y abordar el suicidio del ser querido desde la realidad. No en vano, una pérdida de este tipo supone para el superviviente un antes y un después: eso es lo que ha de aceptar. Así, debe asimilar que, por supuesto, la situación no volverá a ser como antes, pero ello no significa que no pueda seguir avanzando en la vida, como aclara la ya citada ‘Guía para familiares en duelo por suicidio’.

Salud Madrid también recoge una serie de ideas que el superviviente comenzará a aceptar en su recuperación del duelo: comprenderá que la víctima tomó una decisión equivocada, pero con la que no pretendía hacer daño a nadie, sino que simplemente la contemplaba como la única forma de poner fin a su sufrimiento. Por ello, deberá perdonar y no guardar rencor hacia la persona fallecida. Poco a poco, podrá retomar su vida de antes del duelo, pero con su ser querido muy presente.

Por su parte, Carles Alastuey⁵⁶ (2020) lanza una reflexión sobre este momento del duelo, afirmando que “No nos debemos despedir, sino aceptar que el vínculo ha cambiado y que su recuerdo ahora depende de nosotros. No hay olvido si hay amor, porque su recuerdo nos acompaña serenamente cuando el dolor se apacigua”.

4.6 *LA* **COMPLICACIÓN** *DEL DUELO*

El proceso del duelo, como se especifica en las primeras líneas de este capítulo, es algo natural en todo ser humano que no debe ser considerado como una enfermedad: así lo aclara la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades)⁵⁷. Según la OMS, el duelo sin complicaciones forma parte de los “Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud”, un apartado de la taxonomía destinado a los casos que no deben considerarse enfermedades.

Sin embargo, sí que identifica el Trastorno por duelo prolongado (TDP) como parte de los “Trastornos asociados al estrés”. Así, el TDP se define como “una respuesta de dolor persistente y generalizada” tras la muerte de un ser querido y que se extiende “durante un período atípicamente largo después de la pérdida (más de 6 meses como mínimo)”. Aunque la OMS aclara que existen procesos del duelo más largos que no se diagnostican, sí que detecta en este trastorno un “deterioro significativo en la vida personal, familiar, social, educacional, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento”.

En este capítulo también se menciona que las muertes violentas y repentinas y el tipo de relación que el doliente mantenía con la víctima son factores que pueden determinar el tiempo en el que se tarda en asimilar una pérdida, y no cabe duda de que ambos están muy presentes en el proceso del duelo ante una muerte por suicidio. Todo ello, sumado al estigma social y el desconocimiento generalizado que rodea a este tipo de fallecimientos, puede hacer de esta pérdida algo más difícil de superar de lo habitual.

En una línea similar, Salud Navarra⁵⁸ identifica algunas de las consecuencias psicológicas que puede acarrear un duelo por suicidio, entre las que se encuentran el propio TDP, el trastorno depresivo o de ansiedad, dependencia de la medicación, adicciones, bajo rendimiento académico o laboral, pérdida de relaciones sociales e incluso familiares. Además, también destaca el propio riesgo de suicidio por parte del doliente, sin que esto deba interpretarse como un fenómeno habitual o necesario, como hemos visto en capítulos previos.

4.7 CONSEJOS PARA APLICAR EN EL PROCESO DEL DUELO

En cualquier caso, para evitar el TDP, organizaciones como la DSAS⁵⁹, Bidegin⁶⁰ o la Asociación Americana de Suicidología⁶¹ parecen coincidir en sus recomendaciones para transitar por el proceso del duelo de una manera sencilla y lo menos dolorosa posible:

Cuidar el cuerpo también supone cuidar la mente

Hacer ejercicio regularmente, una alimentación saludable o dar al descanso la importancia que se merece asegurará el bienestar del superviviente y le ayudará a evitar trastornos del sueño, ansiedad o depresión.

Establecer una rutina y pequeñas metas a corto plazo

Mantenerse ocupado facilitará el distanciamiento de los sentimientos y pensamientos negativos que acechan obsesivamente al superviviente. Asimismo, siempre será beneficioso establecer objetivos realistas y alcanzables poco a poco durante el duelo para tener una mejor constancia de cada avance que hace en su vuelta a la vida antes del suicidio. Para ello, ha de interiorizar que este es un proceso que toma su tiempo.

Dejar salir los sentimientos

Igual de importante resulta dedicar tiempo a expresar el dolor en lugar de intentar ocultarlo. Para ello, es fundamental la comunicación con familiares y amigos. Del mismo modo, actividades como la escritura o la pintura pueden ser útiles para exteriorizar todo lo que siente y piensa.

No tomar decisiones precipitadas

Conviene prestar especial atención a esta recomendación durante la primera fase de shock que se produce tras la noticia del fallecimiento. La sensación de que lo que está viviendo no es real puede llevar al superviviente a hacer algo de lo que pueda arrepentirse en un futuro.

Buscar ayuda profesional

Afrontar un suicidio puede ser la experiencia más dolorosa en la vida de una persona. Superar una muerte tan repentina y trágica es, sin duda, algo tremendamente complicado para lo que nadie está preparado. Por ello, debe entenderse que tener que contar con el apoyo de una persona profesional de la salud mental es algo normal y habitual, sin que pueda interpretarse como un fracaso en la gestión del duelo. Antes bien, acudir a esta clase de expertos puede evitar que el duelo derive en nefastas consecuencias para el bienestar mental.

Organizaciones de apoyo para personas en duelo y supervivientes del suicidio

Son numerosas las organizaciones dedicadas a la atención de aquellas personas que sufren la muerte de un ser querido por suicidio. Se trata de espacios en los que el superviviente puede establecer contacto con expertos en la materia, con grupos de personas que están sufriendo lo mismo que él y también en los que obtener información de interés que le acompañe en esa gestión del duelo.

¿TODOS CULPABLES? MEJOR TODOS RESPONSABLES

Jorge Balado

GERENTE DE LA EMPRESA SERFUJA



En los casi 75 años que suma Serfuja al servicio de la sociedad lucense muchas cosas han cambiado: el auge de las nuevas tecnologías, la llegada de otras culturas o el impacto de una sociedad con una orientación cada vez más laica han alterado el día a día con el que trabajaban mis abuelos allá por 1948.

Sin embargo, otras constantes se han mantenido intactas en estas más de siete décadas. Entre ellas, el sentimiento de culpabilidad cuando se produce una

muerte por suicidio. “¿Por qué no me di cuenta a tiempo?” o “¿Por qué no hice más por evitarlo?” son dos frases recurrentes que las tres generaciones de mi familia hemos escuchado, escuchamos y, seguramente, escucharemos al ocuparnos de un fallecimiento autolítico.

Resulta cuando menos atrevido decir que hay muertes especialmente dolorosas, ya que esto supondría clasificar el duelo desde una perspectiva objetiva que está radicalmente en las antípodas del

componente personal que implica siempre el afrontamiento de un fallecimiento. No obstante, el factor de lo inesperado y la voluntariedad que conlleva siempre un suicidio añaden una carga emocional de la que carecen otras defunciones.

Y es que la diferencia fundamental entre un fallecimiento convencional por razones de edad y uno provocado por el suicidio reside en la capacidad de evitarlo. Dicho en otras palabras, en el papel de la prevención, una tarea que nos compromete -o al menos así debería ser- a todos los actores de la sociedad, tanto a título particular como público.

A este respecto, desde que presentamos esta iniciativa a principios de 2022, mucha gente se me acercó a preguntarme por qué lo hacíamos. No entendían la razón por la que una empresa fúnebre, cuyo negocio es la muerte, pretendía ayudar a frenarlas.

Mi respuesta siempre fue la misma: creo en el papel social de toda empresa y en su contribución más allá de la generación de dinero. Más incluso en este contexto, en el que, probablemente, podríamos contar con los dedos de una mano los momentos históricos en los que la salud mental estuvo tan amenazada como ahora. Un país en el que el suicidio se ha convertido ya en la primera causa de muerte no natural no puede seguir mirando hacia otro lado.

Y aunque es cierto que hasta ahora la intervención de Serfuja se centraba solo en la última etapa, en la gestión del duelo, esa condición de muertes evitables nos ha llevado a adentrarnos en ese gran desafío que es la prevención. En este camino hemos contado con grandes colaboradores, a quienes agradezco su esfuerzo incansable, como el portavoz de la plataforma Stop Suicidios, Román Reyes; el enfermero lucense Héctor Castiñeira, más conocido como 'Enfermera Saturada'; y también con las directivas de los Colegios Oficiales de Enfermeros, Médicos y Veterinarios, colectivos profesionales a los que dirigimos prioritariamente nuestra atención en esta guía por el especial impacto que la pandemia tuvo sobre todos ellos.

No tengo ninguna duda de que compartimos la aspiración de que este documento sea útil. Y solo lo será en la medida en que muchas personas se aproximen a esta guía con la misma actitud con la que la hemos promovido: despojándose de estereotipos y plantando cara a una realidad que a diario siega demasiadas vidas en España.

Por tanto, persona lectora que has llegado hasta el final de este manual, gracias también por haberte sumado a esa actitud de querer conocer a fondo el suicidio. Gracias por haber dejado a un lado los prejuicios sobre una cuestión tradicionalmente tan oscura. En definitiva, gracias por situarte en el polo de la responsabilidad en lugar de conformarte con el de la culpabilidad si algún día una coyuntura de este tipo te sacude.

1. → BURNOUT

Síndrome de desgaste profesional que la Organización Mundial de la Salud define como el resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito y que se caracteriza por tres dimensiones:

- ▶ Sentimientos de falta de energía o agotamiento, con una impresión de encontrarse exhausto emocionalmente a consecuencia del trabajo.
- ▶ Aumento de la distancia mental con respecto al trabajo o los compañeros (lo que se conoce como tendencia a la despersonalización) o sentimientos negativos o cínicos respecto a él.
- ▶ Sensación de ineficacia y de falta de realización por una impresión de incompetencia profesional.

2. → SEÑALES DE ALERTA

I. Verbales

- a.* Comentarios o frases que se referencian a sí mismo, a su forma de vida o a su existencia como algo negativo
- b.* Verbalizaciones negativas sobre su porvenir
- c.* Comentarios expresos sobre el propio suicidio o la idea de desaparecer

II. No verbales

- a.* Cambios en la conducta de la persona
 - i.* Incremento de la irritabilidad, la irascibilidad o sentimiento de frustración, enfado o desesperación ante las interacciones sociales
 - ii.* Proceso de calma y relajación repentino tras un período convulso de gran tensión, agitación y malestar

-
- b.* Adopción de conductas autodestructivas
 - i. Inicio explicable, repentino y abusivo en el consumo de sustancias nocivas para el organismo
 - ii. Lesiones, golpes o cortes recientes
 - iii. Conducta temeraria en la vida diaria (conducción o asunción de riesgos claros para la vida)
 - c.* Comportamientos de resolución o cierre
 - i. Comenzar a resolver temas pendientes de su vida
 - ii. Gestionar documentaciones o trámites
 - iii. Regalar objetos muy personales de gran valor sentimental
 - iv. Escribir algún tipo de carta o documento de despedida
 - d.* Otras conductas
 - i. Acumulación de medicaciones y fármacos que podrían llevar a la muerte en grandes dosis
 - ii. Llevar consigo dichos medicamentos o tóxicos
 - iii. Tener siempre a mano una cuerda u otros elementos susceptibles de ser usados para el suicidio

III. Otros comportamientos

- a.* Reacciones esquivas ante las preguntas sobre el estado de la persona o sobre la intención de suicidarse
- b.* Exhibición o manifestación de sintomatología depresiva (aislamiento o falta de energía)
- c.* Emociones y sensaciones como la apatía, falta de apetito, tristeza, incapacidad para experimentar placer o sentimientos de carácter positivo
- d.* Dejadéz o falta de cuidados de higiene o apariencia

→ **CÓMO PREVENIR EL SUICIDIO**

1) En el ámbito doméstico o laboral

- a.* Solicitar asistencia en los diferentes teléfonos de ayuda o emergencias a disposición de la ciudadanía
- b.* Controlar y restringir el acceso a los elementos susceptibles de ser utilizados como medio lesivo
- c.* Acompañar a la persona en riesgo, tanto antes de su contacto con los profesionales sanitarios como después
- d.* Hablar, preguntar y escuchar, evitando juicios de valor sobre el comportamiento y manteniendo siempre la calma
- e.* Si el riesgo es inminente, contactar de inmediato con emergencias y mostrarle a la persona preocupación real con preguntas como ¿tienes sed? o ¿necesitas abrigo?

2) Comportamientos a evitar

- a.* Infravalorar el riesgo o no prestar atención a los indicios de suicidio
- b.* Banalizar o minimizar los sentimientos de la persona en riesgo, intentando reducir la carga dramática la situación. Evita expresiones como “no es para tanto” o “estás exagerando las cosas”
- c.* No recurrir a reprimendas, gritos o culpas ante situaciones de mucha tensión
- d.* Juzgar el estado de la persona o entrar a valorar si tiene motivos para estar así
- e.* Aportar soluciones simplistas
- f.* Intentar disuadirla con frases tópicas como “la vida es un regalo”
- g.* Llevar la voz cantante o todo el peso de la conversación en lugar de escuchar

3. → MITOS MÁS FRECUENTES SOBRE EL SUICIDIO

1. La persona que intenta suicidarse lo hace para llamar la atención
2. Quien lo dice no lo hace y quien lo hace no lo dice
3. La persona suicida desea morir
4. La persona que se suicida es cobarde/valiente
5. Hablar sobre el suicidio con una persona que se encuentra en riesgo puede incitar a que lo realice
6. Solo las personas con problemas graves se suicidan
7. El suicidio es hereditario
8. Solo se puede ayudar a la persona en riesgo si se tiene una preparación o formación
9. Las personas que se suicidan tienen una enfermedad mental
10. Una persona que se encuentra en estado suicida estará así para siempre

4. → LA COMPLICACIÓN DEL DUELO

1. Culpabilidad e ira
2. Vergüenza
3. Incredulidad
4. Tristeza
5. Miedo

→ CONSEJOS PARA APLICAR EN EL PROCESO DEL DUELO

1. Hacer ejercicio, tener una alimentación saludable y dar importancia al descanso
2. Mantenerse ocupado y fijar objetivos realistas y alcanzables poco a poco
3. Dejar aflorar el dolor
4. Evitar decisiones precipitadas tras el shock inmediatamente posterior al fallecimiento
5. Asumir que el apoyo de una persona profesional en el campo de la salud mental es algo normal y habitual, nunca un fracaso en la gestión del duelo
6. Recurrir a organizaciones de apoyo para supervivientes del suicidio

REFERENCIAS

- ¹ Legido, M. (2021). El riesgo de suicidio en veterinarios es el doble que en otros sanitarios. *Animal's Health*. <https://www.animalshealth.es/opinion/marta-legido-riesgo-suicidio-veterinarios-doble-otros-sanitarios>
- ² Diario Veterinario. (2019). La tasa de suicidio de los veterinarios, superior a la media de la población. *Diario Veterinario*. <https://www.diarioveterinario.com/t/1519579/tasa-suicidio-veterinarios-superior-media-poblacion>
- ³ Diario Veterinario. (2022). Faltan veterinarios en el mundo y el 75% tiene dificultades para acceder a ciertos medicamentos. *Diario Veterinario*. <https://www.diarioveterinario.com/t/3809816/faltan-veterinarios-dificultades-acceder-medicamentos-informe-healthforanimals>
- ⁴ Moses, L., Malowney, M. J., Wesley Boyd, J. (2018). Ethical conflict and moral distress in veterinary practice: A survey of North American veterinarians. *Journal of Veterinary Internal Medicine*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jvim.15315>
- ⁵ Diario Veterinario. (2022). Aumentan los problemas de estrés entre los profesionales veterinarios. *Diario Veterinario*. <https://www.diarioveterinario.com/t/3391137/aumentan-problemas-estres-veterinarios-estudio-msd>
- ⁶ Ramón López, F. (2022). El 80% de los veterinarios españoles se ha planteado dejar la profesión. *Animal's Health*. <https://www.animalshealth.es/profesionales/80-veterinarios-espanoles-planteado-dejar-profesion>
- ⁷ Maslach, C., Schaufely WB & Leiter, M.P. (2001). "Job burnout". *Annu Rev Psychol*, 52:397-422. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.397.
- ⁸ Cabrera Pivara, C. E. (et al.) (2004). "Satisfacción laboral de profesionales de la salud en el IMSS, Jalisco 1999-2002". *Rev Med IMSS*, 42 (3), pp. 193-198.
- ⁹ Flórez Lozano, J. A. (2006). "Síndrome de Burnout del pediatra: prevención y control". *Bol. Pediatr.*, 46, pp. 235-243. http://www.sccalp.org/boletin/197/BolPediatr2006_46_235-243.pdf
- ¹⁰ Castel Riu, A. (2021). "El burnout del profesional: ¿cómo evolucionará en tiempos de crisis?". *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 28 (1). <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v28n1/1134-8046-dolor-28-01-00007.pdf>
- ¹¹ Ortega-Campos et al. (2019). "A Multicentre Study of Psychological Variables and the Prevalence of Burnout among Primary Health Care Nurses". *International journal of environmental research and public health*, 16 (19). <https://doi.org/10.3390/ijerph16183242>
- ¹² Damásio Silva, D. et al. (2015). "Depression and suicide risk among nursing professionals: an integrative review". *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49 (6), 1027-1036 <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600020>
- ¹³ Dos Santos, R. et al. (2019). "Stress, burnout and depression in nursing professional in intensive care units". *Enfermería Global*, 54, 109-123. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.337321>
- ¹⁴ Wurm, W. et al. (2016). "Depression-Burnout Overlap in Physicians". *PLoS ONE*, 11 (3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149913>
- ¹⁵ Paiva, C.E.; Parreira, B. & Ribeiro, B. S. (2018). "Doctor, are you healthy? A cross-sectional investigation of oncologist burnout, depression, and anxiety and an investigation of their associated factors". *BMC cancer*, 18 (1). <https://doi.org/10.1186/s12885-018-4964-7>
- ¹⁶ Padilla, B. M. (2019). "Síndrome de Burnout y predisposición suicida en especialistas de medicina familiar, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad del Carmen, Campeche 2017-2018". *Revista Cleu*, 1902. https://revista.cleu.edu.mx/new/descargas/1902/Articulo08_Sindrome-burnout.pdf
- ¹⁷ Villafuerte-Del Pozo, A. D. & Delgado-Reyes, A. R. (2020). "Indicadores de Burnout y riesgo suicida en médicos residentes en Ecuador". *Veritas & Research*, 2 (2), 109-119.
- ¹⁸ Lheureux, F., Truchot, D. & Borteyrou, X. (2016). "Suicidal tendency, physical health problems and addictive behaviours among general practitioners: their relationship with burnout". *Work & Stress*, 30 (2), 173-192. <https://doi.org/10.1080/02678373.2016.1171806>
- ¹⁹ Ramos Trigo, T. (et al.) (2007). "El Síndrome de Burnout y los Trastornos Psiquiátricos". *Revista de Psiquiatría Clínica*, 34 (5): 223-233.
- ²⁰ Martínez Plaza, C. A. (2010). "El estrés laboral como factor de riesgo de suicidio (III)". *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 76, pp. 36-41. <http://pdfs.wke.es/6/4/8/1/pd0000056481.pdf>
- ²¹ Jiménez Pietropaolo, J., Montes Germán, M., Jiménez González, A., Mayoral García, A., Escudero Cariñana, J.L. & Cid Labrador, E. (2016). Guía para la detección y prevención de la conducta suicida para profesionales sanitarios y facilitadores sociales. *Salud Madrid*. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017859.pdf>
- ²² Servicio Andaluz de Salud. Francisca Rueda López, Monitora FAISEM. (2010). Guía sobre prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares. <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiaprevencionsuicidio.pdf>

- ²³ Ministerio de Ciencia e Innovación, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y Axencia de Avaluación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. "La Conducta Suicida. Información para pacientes, familiares y allegados". <https://consaludmental.org/publicaciones/Laconductasuicida.pdf>
- ²⁴ Generalitat Valenciana. (2017). Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. https://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevención+de+suicidio_WEB_CAS.pdf
- ²⁵ Eva Dumon y Prof. dra. Gwendolyn Portzky, Unidad de Investigación en Suicidio, Universidad de Gante Euregenas. (2014). Prevención y manejo de la conducta suicida. Recomendaciones para el ámbito laboral. <https://aidatu.org/wp-content/uploads/2018/10/Herramienta-%C3%A1mbito-laboral-def.pdf>
- ²⁶ Colegio Profesional de Psicología de Aragón, Teléfono de la Esperanza, Asociación de Periodistas de Aragón e Informadores de la Salud. (2021). Conceptos y orientaciones para la ciudadanía, familiares y afectados/as en Aragón. Guía informativa para la detección y prevención del suicidio <https://www.cop.es/pdf/Guía-digital.pdf>
- ²⁷ Jiménez Pietropalo, J., Montes Germán, M., Jiménez González, A., Mayoral García, A., Escudero Cariñana, J.L. y Cid Labrador, E. (2016). Guía para la detección y prevención de la conducta suicida para profesionales sanitarios y facilitadores sociales. *Salud Madrid*. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017859.pdf>
- ²⁸ Servicio De Prevención, Extinción De Incendios Y Salvamento Bizkaya. (2016). Procedimiento Operativo Estándar. Actuación De Bomberos Ante Amenazas De Suicidio. <ftp://OEPEPE-erabiltzailea:CQ4MR@ftp.bizkaia.net/Bibliografias/OPERADOR%20CENTRO%20EMERGENCIAS/PROCEDIM.%20OPERATIVO%20 ANTE%20AMENAZAS%20DE%20SUICIDIO.pdf>
- ²⁹ Observatorio Aragonés por la Convivencia y contra el Acoso Escolar. (2021). Gobierno de Aragón. <https://educa.aragon.es/documents/20126/1903385/Gu%C3%ADa+Prevenci%C3%B3n+Suicidio+FINAL+web.pdf>
- ³⁰ Silvia Méndez Duarte. ASINPEC (Asociación para la Intervención Psicológica en Urgencias, Emergencias, Crisis y Desastres). http://www.cop.es/uploads/PDF/GUIAPRACTICAPARABOMBROSINTERVENCION_SUICIDIOS.pdf
- ³¹ World Health Organization (WHO). (2021). Una de cada 100 muertes es por suicidio. *WHO*. <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
- ³² World Health Organization (WHO). (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
- ³³ Martín-Barrajón, P. (2020). Pautas clave para tratar a una persona con riesgo suicida: qué hacer y qué no hacer. *Psicología Princesa 81*. <https://psicologosprincesa81.com/blog/pautas-tratar-persona-riesgo-suicida/>
- ³⁴ Jiménez Pietropalo, J., Montes Germán, M., Jiménez González, A., Mayoral García, A., Escudero Cariñana, J.L. y Cid Labrador, E. (2016). Guía para la detección y prevención de la conducta suicida para profesionales sanitarios y facilitadores sociales. *Salud Madrid*. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017859.pdf>
- ³⁵ Alastuey, C. (2015). Mitos y creencias equivocadas respecto a la muerte por suicidio. Después del Suicidio Asociación de Supervivientes. https://www.despresdelsuicidi.org/wp-content/uploads/2020/02/DSAS01_mitos_y_creencias_sobre_el_suicidio_cast_PAGINA-A-PAGINA.pdf
- ³⁶ Pérez, B. (2022). Los ocho mitos del suicidio: "Quien habla de quitarse la vida lo está contemplando de verdad". *El Periódico de España*. <https://www.epe.es/es/sociedad/20220424/ocho-mitos-suicidio-13559500>
- ³⁷ American Psychiatric Association. (2015). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- ³⁸ Ministerio de Sanidad. (2022). Edición electrónica de la CIE-10-ES Diagnósticos. https://eciemaps.mschs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html
- ³⁹ Generalitat Valenciana. (2017). Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. https://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevención+de+suicidio_WEB_CAS.pdf
- ⁴⁰ Ministerio de Sanidad. (2020). *Recomendaciones para el tratamiento del suicidio por los medios de comunicación*. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/MANUAL_APOYO_MMCC_SUICIDIO_04.pdf
- ⁴¹ Fanjul Peyró, C., González Oñate, C. y Santo Mirabet, M. C. (2020). Campañas para la prevención del suicidio en España. Análisis del cambio estratégico en su comunicación social: Caso Comunidad Valenciana. *Revista Mediterránea de Comunicación*, 11 (2), 266. <https://doi.org/10.14198/MEDCOM2020.11.2.9>
- ⁴² Herrera, R., Ures, M. B. y Martínez, J. J. (2015). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35 (125), pp. 123-134. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000100009>
- ⁴³ Niederkrotenthaler, T., Fu, K., Yip, P., Fong, D., Stack, S., Cheng, Q., et al. (2012). Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66, pp. 1037-1042.
- ⁴⁴ Olmo López, A. y García Fernández, D. (2015). Suicidio y libertad en información: entre la relevancia pública y la responsabilidad. *Revista de Comunicación de la SEECI (Sociedad Española de Estudios de la Comunicación Iberoamericana)*, 38. https://www.seeci.net/revista/index.php/seeci/article/view/338/pdf_62
- ⁴⁵ Acosta Artilles, F. J., Rodríguez Rodríguez-Caro, C.J. y Cejas Méndez, M.R. (2017). *Noticias sobre suicidio en los medios de comunicación. Recomendaciones de la OMS*. https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL91/C_ESPECIALES/RS91C_201710040.pdf

- ⁴⁶ Diario de Cádiz (2021). Un juego 'online' para romper con los mitos que existen sobre el suicidio. *Diario de Cádiz*. https://www.diariodecadiz.es/cadiz/juego-romper-mitos-suicidio_0_1609340514.html
- ⁴⁷ Después del Suicidio – Asociación de Supervivientes. (s.f.). Los supervivientes. <https://www.despresdelsuicidi.org/es/supervivientes/>
- ⁴⁸ Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/GPC_Conducta_Suicida.pdf
- ⁴⁹ Quagliata, S. (2015.). Las características del duelo en madres de hijos fallecidos por suicidio: estudio de casos. Tesis de maestría. UR. FP. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/7570>
- ⁵⁰ Alastuey, C. (2015). Los duelos o el duelo. Después del Suicidio Asociación de Supervivientes. https://www.despresdelsuicidi.org/wp-content/uploads/2020/02/dsas_04_cast_digital.pdf
- ⁵¹ Federació Salut Mental Catalunya. (2020). Procesos de duelo y acompañamiento. https://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2021/02/guia_duelo_smc_cast.pdf
- ⁵² Fernández, A. (2019). Caminando por el proceso de duelo: Primeros pasos. Después del Suicidio Asociación de Supervivientes. https://www.despresdelsuicidi.org/wp-content/uploads/2020/02/dsas_05_cast_digital.pdf
- ⁵³ Kübler-Ross, E. (2019). Sobre la muerte y los moribundos. B de bolsillo.
- ⁵⁴ Alastuey, C. (2016). Sobre la culpabilidad. Después del Suicidio Asociación de Supervivientes. https://www.despresdelsuicidi.org/wp-content/uploads/2020/02/dsas02_sobre_la_culpabilidad_CAST_digital.pdf
- ⁵⁵ Montés Germán, M., Jiménez González, A. y Jiménez Pietropaolo, J. (2019). Guía para familiares en duelo por suicidio. Salud Madrid. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020325.pdf>
- ⁵⁶ Alastuey, C. (2020). El camino de la pérdida. Después del Suicidio Asociación de Supervivientes. https://www.despresdelsuicidi.org/wp-content/uploads/2021/02/dsas_06_cast_digital.pdf
- ⁵⁷ World Health Organization (WHO). (2022). CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- ⁵⁸ Salud Navarra. (s.f.). Duelo por suicidio. Los supervivientes. <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/5B9ADB77-F844-4933-B669-89AF795FCC77/474590/DUELOPORSUICIDIO1.pdf>
- ⁵⁹ Después del Suicidio – Asociación de Supervivientes. (s.f.). ¿Cómo puedo afrontar el duelo por la muerte por suicidio? <https://www.despresdelsuicidi.org/es/como-afrontar-duelo-suicidio/>
- ⁶⁰ Bidegin. Servicio de apoyo al duelo y enfermedad grave avanzada. (s.f.). Recomendaciones en el duelo. <https://bideginduelo.org/el-duelo/recomendaciones-en-el-duelo/>
- ⁶¹ Jackson, J. (2003). SOS. Sobrevivientes de un suicida. Asociación Americana de Suicidología. https://suicidology.org/wp-content/uploads/2019/07/SOS_Espanol.pdf

Empresa familiar fundada en 1948



Serfuja As Gándaras

Ramón María Aller Ulloa 40-42 (Lugo)
982 20 22 20

Serfuja Castro Ribeiras de Lea

Pol. Industrial Parcelas 28-29
982 31 06 11



MIXTO

Papel | Apoyando la
silvicultura responsable

FSC® C132329