



Factores emocionales relacionados con el riesgo suicida en estudiantes y profesionales de enfermería

Francisco Javier Montes Hidalgo

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

Francisco Javier Montes Hidalgo

*Factores emocionales relacionados con el riesgo suicida en estudiantes y
profesionales de enfermería*

TESIS DOCTORAL

**Dirigida por el Dr. Joaquín Tomás-Sábado y por la
Dra. Carme Ferré Grau**

Departamento de Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2017

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Factores emocionales relacionados con el riesgo suicida en estudiantes y profesionales de enfermería

Francisco Javier Montes Hidalgo



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

DEPARTAMENT D'INFERMERIA

Avinguda Catalunya, 35
43002 Tarragona, Espanya
Tel. 977 299 424 / 25
Fax. 977 299 486

E-mail: sdinfern@urv.cat

Joaquín Tomás- Sábado, profesor Titular de la Escola d'Infermeria Gimbernat y la Dra.
Carme Ferré Grau profesora Titular de la Universitat Rovira i Virgili.

CERTIFICAN:

Que este Trabajo de investigación titulado "Factores emocionales relacionados con el riesgo suicida en estudiantes y profesionales de enfermería ", que presenta el Sr. Fco. Javier Montes Hidalgo para la obtención del título de Doctor ha sido realizado bajo nuestra dirección y cumple los requerimientos necesarios para su presentación y defensa pública.

Firmado:

Dr. Joaquin Tomàs Sabado

Dra. Carme Ferré Grau

Tarragona , 19 de diciembre 2016

“¿Quieres libertad? Elige cualquier vena de tu cuerpo”

Séneca, De la ira

*Y frente a él, no intento encontrar lo que podría haber
anticipado y no supe ver, como si de todo lo que
intercambiamos se hubiera quedado fuera lo esencial. Más
bien, ahora parto de su violenta muerte y, desde ella, miro
atrás y contemplo con mayor ternura lo que se propuso hacer
y lo que ofreció a los demás, mientras pudo aguantarlo.*

J. Berger

A mis hijas, Laia y Noa, y a mi mujer Yesi
por su comprensión infinita,
por su apoyo incondicional,
por dar sin esperar nada a cambio
y por lo que os he robado en tiempo y dedicación.
Espero saber compensarlo con creces.

Agradecimientos

El primer agradecimiento creo que debe ser para los protagonistas de este trabajo, todos aquellos estudiantes y profesionales, ya sea de enfermería o de la docencia, sin cuya colaboración desinteresada hubiera sido imposible llevar a cabo este proyecto. A ellos dedico este trabajo, con la esperanza de que les pueda servir en el futuro para mejorar sus condiciones laborales.

Pero no son solo ellos los que han participado de una u otra forma en esta tarea, sino que también hay otras personas que han colaborado durante estos años de forma decidida y que también merecen mi agradecimiento.

A mis compañeros y colegas de la Escuela de Enfermería Gimbernat, por su apoyo, sus consejos, su ayuda y su aliento en el día a día, y por facilitarme el tiempo necesario para centrarme en esta tesis.

A mi familia, por entender mis ausencias y preocupaciones, por apoyarme y por estar siempre disponibles.

A Esther y Ana, por ofrecerme gustosamente su colaboración y por ser partícipes de este estudio.

A todos aquellos que de una u otra forma han cuidado de mí y se han preocupado con mis preocupaciones y se han alegrado con mis alegrías.

A los que están presentes y a los que ya no están, pero como si lo estuvieran.

A Carme Sanahuges, por sus sabios comentarios.

A la Dra. Edurne Zabaleta, por transmitirme su pasión por la investigación en enfermería y por enseñarme lo que significa el rigor científico.

A la Dra. Carme Ferré, por su apoyo en la distancia.

A mi compañera y gran amiga Cecilia, por ver siempre el lado positivo de las cosas y hacerme soñar.

Y por último, pero no por eso menos importante, al Dr. Joaquín Tomás Sábado. Este proyecto no habría salido adelante sin su impulso decidido, su dedicación abnegada y su sabiduría con mayúsculas. Difícilmente puedo expresar mi gratitud a alguien que no cesa en contagiar pasión en aquello que hace y que tomó como propio este proyecto. Su labor en transmitir con el ejemplo lo que es el rigor metodológico y el trabajo bien hecho es encomiable y doy testimonio. Si esta tesis no refleja sus grandes esfuerzos y sabios consejos es por la torpeza de quien escribe estas líneas.

Índice

Índice de tablas	xix
Índice de figuras	xxv
Abreviaturas	xxix
Resumen	1
Abstract	5
Parte I. Aproximación teórica	9
• Introducción	11
• El suicidio	17
• El suicidio. Historia	31
• El suicidio en España	45
• El coste económico del suicidio	57
• El suicidio y los medios de comunicación. El efecto Werther	65
• La evaluación del riesgo suicida	73
• El suicidio en enfermería	93
Parte II. Estudios empíricos	107
• Justificación	109
• Hipótesis y objetivos	113
• Metodología	117
• Aspectos éticos	121
• Estudio I	125
• Estudio II	135
• Estudio III	147
• Estudio IV	159
• Estudio V	169
Parte III. Conclusiones y discusión	177
• Conclusiones generales	179
• Implicaciones para la práctica	183
• Líneas de investigación futuras	185
• Limitaciones	187
• Artículos, comunicaciones y ponencias derivados de esta tesis	189
Referencias	195
Anexos	223

Índice de Tablas

- Tabla 1. Clasificación de los factores de riesgo suicida
- Tabla 2. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (SRS)
- Tabla 3. Escala SAD Persons
- Tabla 4. Escala de Desesperanza de Beck (BHS)
- Tabla 5. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS)
- Tabla 6. Escala de Ideación Suicida de Beck
- Tabla 7. Distribución de las puntuaciones totales obtenidas en la Escala de Riesgo Suicida
- Tabla 8. Matriz de componentes rotados (Varimax) de la Escala de Riesgo Suicida
- Tabla 9. Medias y desviaciones típicas de Riesgo Suicida, Autoestima, Resiliencia y Locus de Control para la muestra total y, separadamente, para hombres y mujeres
- Tabla 10. Coeficientes de correlación de Pearson entre Riesgo Suicida (SRS), Autoestima (RSES), Resiliencia (BRCS) y Locus de Control (I-ELCS)
- Tabla 11. Distribución de las puntuaciones de Riesgo Suicida (SRS)
- Tabla 12. Análisis de regresión múltiple
- Tabla 13. Puntuaciones totales de la Escala de Riesgo Suicida

- Tabla 14. Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de Riesgo Suicida en creyentes y no creyentes, con resultados de la prueba t de Student
- Tabla 15. Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de Riesgo Suicida en practicantes y no practicantes, con resultados de la prueba t de Student
- Tabla 16. Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de Riesgo Suicida en consumidores y no consumidores de tabaco y café, con resultados de la t de Student y significación de las diferencias (p)
- Tabla 17. Coeficientes de correlación de Pearson entre las puntuaciones de Riesgo Suicida con número de cigarrillos y número de cafés
- Tabla 18. Distribución de las puntuaciones de la escala SRS
- Tabla 19. Medias y desviaciones típicas del número de cigarrillos y cafés tomados en enfermeras con y sin riesgo suicida, con resultados de la t de Student y significación de las diferencias (p)
- Tabla 20. Puntuaciones de la SRS en Enfermería de Atención Primaria, Enfermería Hospitalaria y Docentes, con el número de sujetos y porcentaje que presenta cada puntuación
- Tabla 21. Medias (Me) y desviaciones típicas (DT) de las puntuaciones de la escala SRS en Enfermería de Atención Primaria, Enfermería Hospitalaria y Docentes, con resultados del ANOVA (F) y su significación (p)
- Tabla 22. Medias (Me) y desviaciones típicas (DT) de las puntuaciones de la escala SRS en profesionales de Enfermería y Docencia, con resultados de la t de Student y su significación (p)

Índice de Figuras

- Figura 1. Tasas de suicidios estandarizadas 2012, por edad (por 100.000 habitantes)
- Figura 2. Tasas de suicidio ajustadas por edad, 2012 (por 100.000 habitantes), en ambos sexos
- Figura 3. Ranking de muertes por grupos de edad en España (2013)
- Figura 4. Tasa de suicidios por provincias españolas (2013)
- Figura 5. Evolución del número de víctimas de suicidio en España entre 1980 y 2013
- Figura 6. Tasas de suicidios por 100.000 habitantes en los países de la OCDE, 2009
- Figura 7. Evolución del número de suicidios en España 1980-2014
- Figura 8. Gráfico de sedimentación
- Figura 9. Distribución de las puntuaciones de RS en estudiantes creyentes y no creyentes
- Figura 10. Distribución de las puntuaciones de RS en practicantes y no practicantes

Abreviaturas

a.C.: Antes de Cristo

BBC: British Broadcasting Corporation

BHS: Escala de Desesperación de Beck (Beck Hopelessness Scale)

BOE: Boletín Oficial del Estado

BRCS: Escala Breve de Afrontamiento Resiliente (Brief Resilient Coping Scale)

CC.AA.: Comunidades Autónomas

d.C.: Después de Cristo

DAS: Escala de Ansiedad ante la Muerte (Death Anxiety Scale)

DDSr: Escala Revisada de Depresión ante la Muerte (Death Depression Scale-revised)

DOS: Escala de Obsesión ante la Muerte (Death Obsession Scale)

EE.UU: Estados Unidos

GSE: Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer (General Self-Efficacy Scale)

IDESCAT: Instituto de Estadística de Cataluña

I-ELCS: Escala de Locus de Control Interno-Externo de Rotter (Internal-External Locus of Control Scale)

INE: Instituto Nacional de Estadística

KEZKAK: Cuestionario Bilingüe de Estresores de los Estudiantes de Enfermería en las Prácticas Clínicas

KMO: Prueba de Kaiser-Meyer-Olkin

KUAS: Escala de Ansiedad de la Universidad de Kuwait (Kuwait University Anxiety Scale)

LOC: Locus de Control (Locus of Control)

MBI: Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory)

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OHQ: Cuestionario de Felicidad de Oxford (Oxford Happiness Questionnaire)

OMS: Organización Mundial de la Salud

RAE: Real Academia Española

RSES: Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-esteem Scale)

RU: Reino Unido

SAD: Sex Age Depression

SDS: Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale)

SHS: Escala de Felicidad Subjetiva (Subjective Happiness Scale)

SIS: Escala de Intencionalidad Suicida (Suicide Intent Scale)

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SRS: Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Suicide Risk Scale)

SUPRE: Suicide Prevention

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

UE: Unión Europea

WHO: World Health Organization

Resumen

El suicidio, además de constituir uno de los más importantes problemas a nivel de salud pública, se ha identificado también como uno de los mayores riesgos laborales que afectan al colectivo de enfermería. La literatura al respecto es unánime en destacar una elevada incidencia de conducta suicida en las enfermeras y la ha asociado a diferentes variables sociodemográficas, emocionales y de tipo laboral. Según parece, también, dentro del ámbito universitario, los estudiantes de enfermería presentan una especial susceptibilidad al desarrollo de ideación y conductas suicidas.

El objetivo central de esta tesis es profundizar en la comprensión del fenómeno del suicidio, tanto en estudiantes como en los profesionales de enfermería, e intentar identificar o describir factores asociados al riesgo suicida en estos colectivos, asumiendo que el conocimiento del alcance real del problema y de aquellas variables que, de alguna manera, pueden intervenir, podría ayudar al desarrollo de estrategias de prevención, tanto en el ámbito docente como en el laboral.

Este trabajo se ha dividido en dos partes bien diferenciadas. En la primera de ellas, la parte teórica, se ha hecho una amplia revisión general del concepto de suicidio desde diferentes aspectos, que incluyen las consideraciones legales, la perspectiva histórica, la situación actual del suicidio en España, el coste económico del suicidio, la consideración del suicidio por los medios de comunicación, los instrumentos de evaluación del riesgo suicida y la situación actual de la investigación sobre la conducta suicida en estudiantes y profesionales de enfermería.

La parte empírica se ha estructurado en cinco estudios relativamente independientes. En el primero de ellos se ha realizado un análisis factorial exploratorio de la Escala de Riesgo suicida de Plutchik (SRS), instrumento utilizado en el resto de los estudios empíricos para la evaluación del riesgo suicida. En el segundo estudio se explora el papel de la autoestima, la resiliencia y el locus de control sobre el riesgo suicida en una muestra de estudiantes de enfermería. El tercero de los estudios, también realizado en estudiantes, se dedica a analizar las complejas relaciones entre las creencias y prácticas religiosas y el riesgo suicida.

Por lo que respecta a los estudios realizados en profesionales de enfermería, el primero de ellos analiza la relación entre las puntuaciones de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (SRS) y el hábito tabáquico y consumo de café, en una muestra de enfermeras de atención primaria, con el objetivo de contrastar empíricamente la hipótesis de que el hábito tabáquico incrementa el riesgo de suicidio mientras que el consumo de café lo disminuye. El segundo de los estudios se dedica a comparar el riesgo de suicidio entre una muestra de enfermeras, tanto del ámbito hospitalario como de atención primaria, con docentes de educación secundaria.

A partir de los resultados obtenidos en los diferentes estudios y de las asociaciones observadas entre las variables planteadas, se han propuesto una serie de recomendaciones, con el objetivo de aportar elementos que contribuyan a la mejor comprensión y manejo del riesgo suicida, tanto en profesionales como en estudiantes. Asimismo, en el capítulo de conclusiones, se realizan una serie de propuestas para disminuir el riesgo de conductas suicidas.

Palabras clave: Enfermería, Estudiantes de enfermería, Suicidio, Ocupación, Burnout, Autoestima, Resiliencia, Locus de control

Abstract

Suicide, apart from being one of the most important public health problems, has also been identified as one of the greatest occupational risks affecting the nursing community. The literature on this subject is unanimous in highlighting the great incidence of suicidal behaviour in nurses and has associated it with different sociodemographic, emotional, and labour-related variables. Also, within the university context, nursing students are particularly susceptible to the development of suicidal ideation and behaviour.

The main aim of this thesis is to deepen the understanding of the phenomenon of suicide in both students and nursing professionals and to try to identify or describe those factors associated with suicidal risk in these groups. The knowledge of the real cause of the problem and of those variables that, in some way or another, can intervene could help in the development of prevention strategies, both in the academic and professional environment.

This thesis has been divided into two distinct parts. In the first one, the theoretical framework is established, a comprehensive review of the concept of suicide is presented including different aspects, such as legal considerations, the historical perspective, the current situation of suicide in Spain, the economic cost of suicide, the consideration of suicide by the media, suicide risk assessment tools, and current research findings on suicidal behaviour among students and nursing professionals.

The second part is the empirical part, which has been divided into five relatively independent studies. In the first one, an exploratory factor analysis of the Plutchik Suicide Risk Scale (SRS), an instrument used in empirical studies for the evaluation of suicidal risk, has been performed. The second study explores the role of self-esteem, resilience, and locus of control in suicidal risk in a sample of nursing students. The third of the studies, also done with students, is devoted to analysing the complex relationships between religious beliefs and practices and suicidal risk.

As regards the studies conducted by nursing professionals, the first one analyses the relationship between Plutchik Suicide Risk Scale (SRS) scores and smoking and

coffee consumption, in a sample of primary health care nurses, with the aim of empirically contrasting the hypothesis that smoking increases the risk of suicide while coffee consumption decreases it. The second of the studies compares the risk of suicide between nurses, both in hospital and primary health care, and secondary school teachers.

Based on the results obtained in the different studies and the associations observed among the variables proposed, a series of recommendations have been proposed, with the aim of making a contribution to a better understanding and management of suicidal risk, both in professionals and students. Also, in the conclusions chapter, a series of proposals are made to reduce the risk of suicidal behaviour.

Keywords: Nursing, Nursing students, Suicide, Occupation, Burnout, Self-esteem, Resilience, Locus of control

PARTE I. APROXIMACIÓN TEÓRICA

El único problema filosófico verdaderamente serio es el Suicidio. Juzgar si la vida es o no digna de vivir es la respuesta fundamental a la suma de preguntas filosóficas

Albert Camus

Introducción

El suicidio ha estado siempre presente en la historia de la Humanidad, pero, en la actualidad constituye un tema central de preocupación social y ha pasado a ser considerado un grave problema de salud pública en las sociedades más avanzadas y desarrolladas. De hecho, constituye la única causa de muerte prematura que los avances científicos no han conseguido hacer descender. Más bien al contrario, las tasas más altas de conducta suicida se encuentran en los países más industrializados y aquellos donde se han alcanzado las cotas más altas de bienestar y cobertura social (Tomás-Sábado, 2009).

Como afirma Pérez Jiménez (2011) en “*La mirada del suicida. El enigma y el estigma*”, nunca un problema de tal gravedad recibió tan escasa atención. Las estadísticas mundiales señalan que el suicidio se cobra un impuesto en vidas mayor que el de los accidentes de tráfico y que, además, en los últimos cincuenta años ha aumentado su incidencia un 60%. Sin embargo, estas cifras, que pueden llevar a más de uno a la sorpresa o a la duda sobre la veracidad de las mismas, no son más que una prueba del grado de ignorancia o desconocimiento que el público, en general, tiene sobre la importancia de este fenómeno. Es decir, estamos hablando de una cifra cercana al millón de vidas anuales y esto no ha supuesto que las alarmas, no ya nacionales sino mundiales, hayan saltado, para convertir la prevención del suicidio en una prioridad de primer orden. Además, cada suicidio supone una conmoción emocional, y también económica y social, para todos aquellos vinculados de una u otra manera a la persona que decide acabar con su vida. Por tanto, el número de personas afectadas se incrementa de forma exponencial; y lo más alarmante es que, lejos de disminuir, el fenómeno no deja de crecer.

Los medios de comunicación, la familia, las amistades y cualquiera que esté a nuestro alrededor nos hacen conscientes de que todos estamos expuestos a sufrir un accidente de tráfico y pasar a formar parte de esa estadística fatal, que nos sacude cada lunes, después de un fin de semana cualquiera. Ante esto, tomamos toda una serie de medidas preventivas, porque somos conscientes del riesgo que supone el exceso de velocidad, el conducir de manera inadecuada en la carretera o el consumo de ciertas

Introducción

sustancias. Ahora bien, ¿somos conscientes que el circular por la carretera de la vida nos puede suponer un peaje igual de alto?, ¿alguien nos concede una especie de permiso de conducir vital que nos enseñe a cómo gestionar nuestra vida ante los peligros emocionales que la acechan?, ¿alguien piensa en proporcionar medidas de seguridad activas o pasivas para no formar parte de esta estadística funesta? La respuesta es evidente. Sobre el suicidio se tiende un manto de silencios, de complicidades familiares, sociales e institucionales, como si la ocultación del hecho supusiera negar la realidad.

La excusa o la coartada de que de esta manera evitamos que el fenómeno se extienda como una mancha sobre el resto de la sociedad, parece, con los datos en la mano, carente de fundamento. Por el contrario, da la impresión de que este exceso de proteccionismo únicamente favorece que más personas decidan acabar con su sufrimiento precisamente acabando con su vida. El suicidio vive inmerso en el estigma, de la misma manera que las enfermedades o trastornos mentales. De hecho, cada suicidio es un fracaso de una sociedad que no cuida la salud mental de sus ciudadanos y que opta por esconder lo que no entiende, que prefiere la compasión o el rechazo, antes que la comprensión y la admisión como el último reducto de la libertad humana. El suicida desafía a la sociedad de la que forma parte, porque cuestiona el fundamento del valor de la vida, echa por tierra toda una serie de valores, de vínculos, de una forma tajante e incontestable. ¿Qué sociedad puede digerir esto sin cuestionarse sus propios valores? He aquí la cuestión: el suicidio no deja de ser un monumental fracaso social que debería abordarse desde la transparencia y el debate sereno para intentar reducir su incidencia, aunque, seguramente en esto último radique la mayor dificultad de la cuestión.

Son numerosos los trabajos que han evidenciado que las enfermeras tienen tasas de mortalidad general menores que la población general. Sin embargo, en el caso de las muertes por suicidio, sucede precisamente lo contrario. Las ocupaciones relacionadas con la salud y, en especial, enfermería, se encuentran entre las que cuentan con las mayores cifras de suicidios, en comparación con otros grupos profesionales. Esta condición se cumple independientemente del país estudiado o de la sociedad donde viva la profesional. La literatura al respecto se centra en la propia profesión y en sus condiciones laborales para buscar una explicación, aunque sin que las evidencias aportadas sean concluyentes. Se ha especulado con factores como el área de trabajo, cuestiones de género e incluso con hábitos, como el consumo de tabaco o café.

Recientemente, los investigadores han incluido la propia salud mental de las enfermeras como variable de análisis. Factores como el burnout, la depresión, el estrés psicológico, etc., se han incluido como posibles explicaciones.

Desde esta perspectiva, el hecho de que los profesionales de la salud en general, y las enfermeras, en particular, constituyan los grupos profesionales con las cifras de suicidios más elevadas, debería llamar a la reflexión. Bien es cierto, que el primer problema consiste en cuantificar el fenómeno, ya que obtener cifras válidas y fiables plantea considerables dificultades, especialmente, en nuestro entorno, donde todo lo relacionado con la conducta suicida constituye un tema tabú. Por otro lado, la propia complejidad de la conducta suicida y la multitud de factores implicados en la decisión de poner voluntariamente fin a su vida, así como el reconocimiento de que todo suicidio es un acto personal más o menos planificado, producto del enfrentamiento de una persona con una situación determinada, hacen muy difícil establecer asociaciones causales directas, de manera que hay poca información sobre las causas específicas que pueden estar detrás de esta mayor predisposición de las enfermeras a la conducta autolítica (Tomás-Sábado & Montes-Hidalgo, 2015).

Cada país cuenta con organismos oficiales que se ocupan de registrar el número de suicidios. No obstante, la dificultad para determinar si la muerte ha ocurrido de forma voluntaria o como consecuencia de un accidente, es considerable. Las diferencias en las cifras también pueden estar sesgadas por cuestiones de índole cultural, legal o económica, lo que añade complicaciones al estudio del fenómeno.

El objetivo central de esta tesis es describir la situación actual del suicidio, tanto en estudiantes como en los profesionales de enfermería, e identificar o describir factores asociados al riesgo suicida en estos colectivos. Conocer el alcance real del problema y los factores que influyen podría ayudar a desarrollar estrategias de prevención en el ámbito docente y laboral. Precisamente, el imparable incremento en el número de defunciones por suicidio y el fracaso de las tímidas políticas que se han intentado implementar para reducirlas, ha provocado que se haya decidido actuar de una forma más directa y contundente. La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) ha dedicado grandes esfuerzos en los últimos años para visualizar el problema y combatir la lacra del estigma asociado, habiéndose unido también los organismos regionales y nacionales. A nivel de Cataluña, la introducción del *Codi Suicidi* es un importante paso

Introducción

adelante. No solo son las instituciones y los organismos oficiales los que han comenzado a trabajar de forma decidida, sino también la sociedad civil. Así, vemos cómo se empiezan a articular asociaciones de afectados por la muerte de un familiar o conocido a causa del suicidio, que, en lugar de vivirlo como una vergüenza que ocultar, trata de crear un tejido que apoye y dé soporte.

Con este trabajo se pretende proporcionar herramientas que permitan profundizar en la comprensión del fenómeno del riesgo suicida en los estudiantes y profesionales de enfermería y en aquellas variables psicológicas y emocionales que pueden estar relacionadas con el riesgo de suicidio, de manera que puedan constituir una referencia teórica para desarrollar políticas de prevención.

Esta tesis se ha estructurado en dos partes diferenciadas. En la primera de ellas, de carácter teórico, se realiza una completa revisión conceptual del suicidio desde diferentes perspectivas: históricas, sociológicas, psicológicas y epidemiológicas. A continuación se aborda la cuestión del suicidio en enfermería, mediante una revisión de la evidencia disponible en la literatura y el análisis de las principales variables que se han identificado como intervinientes, de una u otra manera, en la conducta y el riesgo suicida.

La segunda parte de la tesis, de carácter empírico, está compuesta por cinco trabajos de investigación dedicados a analizar la relación entre el riesgo suicida y diversas variables emocionales y actitudinales en varias muestras de profesionales y estudiantes de enfermería.

El suicidio varía en proporción inversa al grado de integración de los grupos sociales a los que pertenece el individuo.

Emile Durkheim

El suicidio

El suicidio, definido como el acto autoagresivo que finaliza con la vida de quien lo comete (Roca de Togores, Rubio, Sánchez, Rodríguez & Villar, 2002), constituye la primera causa de muerte violenta en el mundo, produciéndose tantas muertes por suicidio como por homicidio y conflictos bélicos conjuntamente (Mosquera, 2006). Cada 40 segundos se suicida una persona en el mundo, siendo una de las primeras causas de muerte prematura y constituyendo un importante problema de salud pública.

El suicidio constituye un fenómeno universal, que se da en todas las épocas, países, culturas y sociedades, y está comprobado que ha aumentado en la sociedad industrial, persistiendo todavía muchas incógnitas sobre su dinámica y su magnitud. Es paradójico que, mientras la esperanza de vida sigue aumentando gradualmente y las tasas de mortalidad por las principales causas de muerte están disminuyendo, se viene produciendo un aumento de la incidencia de la conducta suicida, especialmente en los jóvenes. En los últimos 45 años, las tasas de suicidio a nivel mundial se han incrementado un 60%, situándose entre las tres causas principales de muerte en la población joven, la franja de edad entre los 15 y los 44 años, en ambos sexos. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2016), durante el año 2012 más de 800.000 personas en todo el mundo pusieron fin a su vida mediante el suicidio, lo que supuso una tasa de mortalidad global del 16 por 100.000. Estas cifras no incluyen los intentos de suicidio, veinte veces más frecuentes que los suicidios consumados. Por otra parte, los especialistas sostienen que la verdadera incidencia de suicidios está enormemente infravalorada en las estadísticas oficiales, lo que dificulta su prevención (Tomás-Sábado, 2002).

En Estados Unidos, los suicidios aumentaron un 2,4% en 2012, situándose en 12,6 por 100.000, la tasa más alta de los últimos 25 años (Xu, Kochanek, Murphy, & Arias, 2014). En España, según el Instituto Nacional de Estadística (2014), hubo en el año 2012 un total de 3.539 muertes por suicidio, 2.724 hombres y 815 mujeres; cifras que suponen un 11,3% más que el año anterior y superan ampliamente los fallecidos en accidentes de carretera, hasta constituir la principal causa externa de mortalidad. El

informe elaborado para la Agencia de Salud Pública (Rodríguez-Sanz, Borrell, Martos, Cunillé, & Llimona, 2014) indica que, en Barcelona, durante el año 2012, el suicidio y las autolesiones constituyeron la primera causa de muerte en mujeres jóvenes de entre 15 y 44 años; y la segunda, después de las sobredosis, en los hombres de la misma franja de edad. Las cifras parecen indicar que, aunque cada vez somos más eficientes en la gestión de la salud física, no somos capaces de gestionar con la misma eficiencia las condiciones de la salud mental.

En nuestro ámbito geográfico, a pesar de que los intentos de suicidio son considerablemente más frecuentes en las mujeres, son los hombres, debido a la utilización de métodos más violentos y definitivos (Vidal-Rodeiro et al., 2001), los que presentan las tasas más elevadas de suicidio consumado, aproximadamente el triple que las mujeres en todos los grupos de edad (Anía, Chinchilla, Suárez-Almenara, & Irurita, 2003; Arán Barés et al., 2006).

A pesar de que el acto suicida es tan antiguo como el hombre, la palabra “*suicidio*” no aparece hasta el siglo XVII en un tratado inglés de título *Religio Medici*, cuyo autor fue Thomas Browne, mientras que en castellano no empieza a utilizarse de forma habitual hasta el último tercio del siglo XVIII, en los albores de la Ilustración, de la extensión del espíritu crítico y de la corriente racional. Aunque es una palabra con raíz latina, los clásicos apenas la utilizaron, prefiriendo términos como *vim sibi inferre* [causarse violencia a uno mismo], *sibi mortem concisere* [darse muerte a uno mismo] o *sua manducare* [caer por propia mano]. El neologismo se componía del prefijo *sui* [uno mismo] y del verbo *caedere* [asesinar]. El término derivaba de *homicidium*, por lo que es evidente la carga moral e ideológica, en la medida que permite discriminar entre el asesinato de uno mismo y el acto de matar a otro. Todavía hoy en día hay lenguas que recogen la connotación de asesinato de uno mismo como sinónimo de suicidio, como, por ejemplo, la expresión alemana *Selbstmord* (Andrés, 2015).

En 1897, el sociólogo francés Emile Durkheim publica lo que posteriormente se ha considerado el primer estudio sociológico moderno. Se trataba de “*El suicidio*”, obra que se ha convertido en un clásico de obligada referencia, en la que se plantean cuestiones que aún hoy son de absoluta actualidad.

Uno de los aspectos que suscita mayor interés en la obra de Durkheim (edición de 1992) es su planteamiento de que el suicidio, aunque evidentemente constituye un acto individual, en realidad es el resultado de situaciones y condicionantes sociales. Es decir, el acto individual está aquí subordinado al contexto colectivo. De esta manera, la propuesta de Durkheim se aparta de la consideración del acto suicida como conducta súbita e irreflexiva, que se produce como resultado de procesos psicológicos individuales, más o menos patológicos, para categorizarlo como un hecho social, que tiene sus causas en probables anomalías respecto a la integración o regulación del individuo en su grupo social, ya sea por exceso o por defecto. Consecuentemente, el estudio del suicidio deja de ser objeto de estudio exclusivamente de la psicología o la moral, para pasar a ser una materia de primer interés para las Ciencias Sociales.

A partir de la definición del suicidio como *“todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima mismo, y que, según ella sabía, el acto debía producir este resultado”*, Durkheim distingue cuatro clases de suicidio, según sea la relación individuo-sociedad, describiendo la siguiente taxonomía:

- **Suicidio altruista:** Según Durkheim, este tipo de suicidios se produce en contextos sociales donde la importancia del “yo” es muy baja, es decir, el individuo deja de tener importancia para la sociedad y sirve con su muerte a los intereses colectivos. Serían ejemplos de este tipo de suicidio, el que se da en determinadas sociedades donde los ancianos se suicidan cuando ya no pueden valerse por sí mismos y son una carga insoportable para el grupo. También entrarían en esta categoría los suicidios moralmente obligatorios de las viudas de ciertos grupos étnicos cuando fallecen sus esposos. Los pilotos Kamikaze [*viento divino*] son otro ejemplo de suicidio altruista. Más de 2.000 jóvenes japoneses murieron de esta manera en el transcurso de la II Guerra Mundial.
- **Suicidio egoísta:** Se da cuando el sujeto está poco integrado en la sociedad. Esto implicaría, según la idea de Durkheim, que en aquellas sociedades y comunidades que presentan una mayor cohesión y solidaridad orgánica, la tasa de suicidios será menor, ya que la conexión con el grupo de pertenencia actúa como protector de la ideación suicida, justamente porque la estrecha conexión

con el grupo al que se pertenece es un freno de la voluntad de suicidio. Esto explicaría que las tasas de suicidio en la comunidad judía sea sensiblemente inferior a la católica. Para Durkheim, las persecuciones y marginación que tradicionalmente han sufrido los judíos, hizo que se reforzasen los vínculos sociales y el sentimiento de pertenencia al grupo, dando lugar a una estructura social muy cohesionada.

- **Suicidio anómico:** La anomia es la falta de normas y leyes que regulen la actividad humana, que provoca una incapacidad de la estructura social para proporcionar a ciertos individuos, debido a sus características gregarias, el estímulo necesario para lograr las metas de la sociedad, de manera que el individuo se quita la vida a causa de una falta de normas sociales. Este sería el tipo de suicidio al que Durkheim atribuye una mayor relevancia social y pone como ejemplo de la importancia que las normas, valores y leyes sociales presentan en la formación y mantenimiento estable de los grupos sociales. Consecuentemente, el suicidio anómico se da mayoritariamente en aquellas sociedades donde las instituciones y normas de convivencia se encuentran ausentes, o en estado de desintegración o de anomia.
- **Suicidio fatalista:** De alguna manera, sería la forma opuesta al suicidio anómico. Es típico de aquellas sociedades donde los individuos están sometidos a normas y leyes férreas, ante las cuales el individuo elige el suicidio como manera de escapar de una situación que no aceptan por lo que supone de represión de su voluntad y de sus sentimientos. Como ejemplo, este sería el suicidio que se daría en las sociedades esclavistas o dictatoriales.

De cualquier modo, el suicidio constituye uno de los mayores enigmas sobre la naturaleza de la conducta humana, genéticamente dirigida hacia la conservación instintiva de la propia existencia. No es sencilla la consideración del significado del acto suicida: ¿un acto inmoral?, ¿una cobardía?, ¿la expresión de la máxima libertad?, o acaso ¿el testimonio de una enfermedad mental? De hecho, todas aquellas disciplinas humanas que ha surgido relacionadas con la naturaleza y el significado de la vida, han intentado desde hace milenios dar una explicación más o menos aceptable de las condiciones que conducen a una persona a poner fin a su propia existencia,

proponiéndose diferentes modelos etiológicos que buscan comprender desde un razonamiento científico los mecanismos del comportamiento autolítico.

Un provocador libro aparecido en Francia en 1982, titulado *Le suicide, mode d'emploi*, cuyos autores son Claude Guillon e Yves le Bonniec, constituye un manual práctico y un manifiesto político animando a los lectores a ejercer su derecho a morir. Este libro relata la historia, las diferentes técnicas y la actualidad del suicidio. En el capítulo diez, figura información sobre los medicamentos que pueden asegurar una "muerte dulce", junto con la forma de calcular la dosis letal. Tras venderse más de 100.000 ejemplares y ser traducido a seis idiomas, la venta del libro fue prohibida en Francia nueve años después de su aparición, amparándose en la ley aprobada por la Asamblea Francesa, que prohíbe la incitación al suicidio (Jamison, 2000).

El suicidio hay que considerarlo desde la perspectiva de un acto inequívocamente humano. Aunque es cierto que se han descrito conductas en animales que podríamos considerar similares al suicidio, está claro que hay que ser consciente de qué es la vida, la muerte y el morir, para tener capacidad de suicidarse, y este tipo de racionalidad solo se encuentra en el hombre. Lo que consideramos como muerte voluntaria en casos como del escorpión que se clava su propio aguijón si no puede escapar del fuego; de los perros que cuando muere su amo dejan de alimentarse; los íbices que se precipitan al vacío si no tienen escapatoria del cazador, o ciertas especies de roedores lemingos que, cuando su número alcanza cotas demográficamente insostenibles, se dirigen al mar a ahogarse, tienen una explicación de soluciones instintivas alternativas, escasamente libres, ante situaciones extremas, pero que, evidentemente, no pueden ser consideradas suicidios en sentido estricto (Hinojal, Bobes & García, 1993).

Claro que también puede plantearse si el suicidio es un problema o más bien puede constituir la solución a un problema. Porque, desde un punto de vista sociológico, el suicidio puede contemplarse a la vez como un problema y como una solución (Estruch & Ros, 1981). En el fondo, el suicidio no es tanto un problema individual como un problema social, ya que no plantea un problema al individuo que se mata, lo plantea a los demás.

En las diferentes culturas y momentos, el hecho de actuar de forma violenta hacia uno mismo con el fin de dar cuenta de la propia vida, ha tenido consideraciones muy diversas. En la actualidad, la preocupación mundial sobre el suicidio está más centrada en la necesidad de enfocar adecuadamente su etiología, que en el análisis de su significado antropológico-moral. Esta búsqueda causal tiene una finalidad claramente preventiva, y se dedica básicamente a la investigación respecto a posibles factores determinantes biológicos y/o psicosociales, que puedan aportar alguna luz sobre las causas de la autoagresividad, y sobre las importantes diferencias observadas en los distintos entornos socio-culturales.

Se ha sugerido que los intentos de suicidio durante la primera semana del ciclo menstrual pueden estar asociados con bajos niveles de estrógenos (Lieberman, 2003). Los niveles de serotonina también se consideran un posible predictor de suicidio. Se ha encontrado que las personas con bajos niveles de serotonina son de seis a diez veces más propensas a cometer suicidio que aquellas con niveles normales (Joiner, 2007).

La exposición prolongada a los campos electromagnéticos de frecuencias extremadamente bajas, como las emitidas por las grandes líneas eléctricas puede duplicar el riesgo de suicidio. Las investigaciones sugieren que los campos electromagnéticos pueden reducir la producción de melatonina, una hormona que mantiene los ritmos circadianos y que también se asocia con la depresión.

Asimismo, existen datos que parecen indicar que el abuso en la infancia temprana puede provocar alteraciones en la estructura genética del cerebro, lo que conduciría a una mayor susceptibilidad al suicidio. Los expertos creen que la exposición temprana al maltrato infantil puede perturbar el buen desarrollo de las vías de comunicación dentro del cerebro y, en consecuencia, las víctimas de abuso son más propensas que el resto a cometer suicidio (Joiner, 2007).

Según parece, las personas divorciadas son tres veces más propensas a suicidarse que las personas casadas. Por otra parte, los hijos de padres divorciados presentan un mayor riesgo de suicidio cuando crezcan. Los hombres divorciados y separados tienen dos veces y media más probabilidades de cometer suicidio que los hombres casados. El divorcio, sin embargo, no parece aumentar el riesgo de suicidio en las mujeres (Joiner, 2007).

Por lo que respecta al factor estacional, los meses de primavera de marzo, abril y mayo han demostrado consistentemente que presentan la mayor tasa de suicidios, aproximadamente un 4-6% por encima de la media del resto del año. Por el contrario, la época de Navidad presenta las tasas más bajas. Algunos estudios sugieren una mayor estacionalidad de los suicidios en el medio rural que en el urbano (Lieberman, 2003). El lunes parece ser el día de la semana en que se produce mayor número de suicidios, mientras que los sábados tienen las cifras más bajas.

Las tasas de suicidio tienden a ser un reflejo de las condiciones económicas. En Estados Unidos, por ejemplo, los suicidios disminuyeron durante los años de prosperidad, después de la Primera Guerra Mundial y la Segunda Guerra Mundial, pero se elevaron durante la Gran Depresión. Irónicamente, el número de suicidios tiende a disminuir durante los tiempos de guerra (Evans & Farberow, 2003).

Algunos estudios ponen de manifiesto que existen preferencias nacionales para los métodos de suicidio. Por ejemplo, los rusos prefieren colgarse, los ingleses e irlandeses prefieren el veneno, los italianos las armas de fuego. En Estados Unidos, el método más común para los hombres y las mujeres es las armas de fuego, que representa el 60% de todos los suicidios. Para las mujeres, el siguiente método más común es la ingesta de veneno sólidos y líquidos o pastillas. El siguiente método más común para los hombres es el ahorcamiento (Joiner, 2007). Obviamente, estas preferencias por ciertos métodos tienden a acompañar a los inmigrantes dondequiera que vayan (Lieberman, 2003).

Consideraciones legales en torno al suicidio

La regulación del suicidio en los pueblos de la antigüedad o en las sociedades primitivas, es difícil de establecer, debido a la escasez de fuentes fidedignas. De tal forma, los especialistas no se ponen de acuerdo sobre el grado de regulación y el tipo exacto de normativas que existían (Juanatey Dorado, 2003).

En general, se considera que en las sociedades de la antigüedad que, de acuerdo con los postulados de Durkheim, mostraban un alto grado de integración, el suicidio era, no solo tolerado, sino que incluso se ejercería cierta presión sobre aquellos miembros del grupo más dependientes para que pusiesen fin a su vida de forma voluntaria. En

muchos pueblos, se veía de una forma positiva el suicidio de los más ancianos o de aquellos que estuvieran impedidos o con un dolor intolerable. La duda, no solo de Durkheim sino de otros autores (Jiménez de Asúa, 1984), es hasta qué punto no había detrás de esas prácticas, en principio benéficas, un mecanismo para eliminar a aquellos individuos que suponían una carga económica y no aportaban nada al grupo.

Si es difícil encontrar información sobre la regulación jurídica del suicidio en pueblos ya desaparecidos, no ocurre lo mismo con aquellos que se han mantenido hasta la actualidad prácticamente sin cambios. En estos, la consideración y el trato sobre el suicidio varía de acuerdo a condicionantes específicos, como los geográficos, culturales, sociales o económicos (Juanatey Dorado, 2003). Así, por ejemplo, algunos pueblos, como el *Inuit*, ante las duras condiciones de vida en las que se desenvuelven, prácticamente imponen el suicidio de todos aquellos miembros de la sociedad que no son productivos, mientras que en otros pueblos el suicidio se utiliza como una forma de control social.

En la Grecia clásica, la regulación jurídica presentaba algunas variaciones en las distintas *polis*, aunque, en general, no se aplicaba ninguna penalización, si el suicida solicitaba y recibía la autorización de las autoridades que regían los destinos de las ciudades. Los primeros códigos legales que, aunque de forma fragmentada, han llegado hasta nuestros días pertenecen a la época romana, como la Ley de las XII Tablas o la Ley de Igualdad Romana, y no contemplan ninguna sanción para los suicidas. Solo a partir del siglo II d.C. empezamos a encontrar normas en las que se recogen medidas punitivas, como la confiscación de bienes del suicida, aunque se contemplan algunas excepciones, como el caso que la persona que se suicidara estuviera enfermo, loco o preso de un dolor físico que no se pudiera mitigar (González Arévalo, 2016).

En el caso del cristianismo, a partir del Concilio de Arles [452] se incluyen medidas estigmatizadoras, como la prohibición expresa de enterrar al suicida en terreno sagrado, la imposibilidad de celebrar misas en su memoria y, en último extremo, la excomunión. No obstante, el Derecho Canónico, en sus inicios, se inspira en el Derecho Romano, de manera que también aborda la consideración del suicidio con una cierta ambigüedad. En la práctica, cuando el suicida pertenecía a la clase alta, se intentaba justificar su conducta o, simplemente, ocultarla, mientras que en el caso de los suicidas de baja extracción social, eran objeto de toda clase castigos y reprobaciones. El suicidio

de un siervo o una persona al servicio de un señor, perjudica económica y socialmente a la persona de la cual depende y, en consecuencia, no se tolera. Cuando, con el devenir de los siglos, el Derecho Canónico se vaya diferenciando del Derecho Romano más claramente, se asimilará el suicidio a un homicidio y, por lo tanto, pasará a estar sujeto a todo tipo de penalizaciones (Juanatey Dorado, 2003). Todavía el Derecho Canónico de 1917 incluía de forma expresa la negativa a enterrar en suelo sagrado a las personas que “de manera plenamente deliberada se hayan suicidado” (Pérez Jiménez, 2011).

Las ordenanzas legales en la Europa medieval mantuvieron, tanto las medidas confiscatorias de los bienes del suicida, como ciertas exenciones si el suicida había obrado por causas como la *impatientia doloris* o el *taedium vitae* (González Arévalo, 2016). El trato dado al cadáver podía ser de lo más macabro: desde defenestrarlo a inhumarlos en lugares lo más apartados posibles o simplemente abandonado en estercoleros, al ensañamiento de las formas más brutales o primitivas [decapitarlo, quemarlo, etc.]. Todavía Luís XIV sancionó las mutilaciones del cadáver del suicida y el olvido del nombre del delincuente [*ad perpetuam rei memoriam*] en el código penal de 1670 (Andrés, 2015). Fuera de Europa, en China, si unos padres se suicidaban a la vez con el objetivo de beneficiar a un hijo, éste era decapitado (Critchley, 2016). Toda esta escenificación no tenía más justificación que la de atemorizar a los que quedaban vivos para que no pusieran fin de forma voluntaria a su vida.

No es hasta los siglos XVII y XVIII cuando encontramos un debate abierto a nivel filosófico y jurídico sobre el trato dado tanto al suicida como a sus familias. Filósofos y pensadores como Montesquieu o Voltaire liderarán una corriente de pensamiento que defiende no penalizar ni a la persona que se suicida ni a su entorno. Sin embargo, las ideas ilustradas no encontrarán eco inmediato en los líderes revolucionarios de 1789 que todavía considerarán el cuerpo del individuo un bien público del Estado (Pérez Jiménez, 2011). Aun así, acabará imponiéndose el cambio de mentalidad que se verá reflejado en el nuevo código penal francés de 1791, que a su vez influirá en el resto de legislaciones europeas y de los nuevos Estados Unidos, a excepción de Inglaterra y de Rusia, que se irán implementando con las revoluciones burguesas que se impondrán en Europa a lo largo del siglo XIX.

Francia se adelantará doscientos años al resto de países europeos en dejar de criminalizar el suicidio. En Gran Bretaña el intento de suicidio estuvo penado hasta el

año 1961 aunque la incautación de los bienes del suicida se eliminó en 1870. En Canadá hasta 1972; en Irlanda lo fue hasta 1993; la India hasta 1994; Sri Lanka hasta 1998, pero en Singapur o en el Líbano todavía sigue perseguido (Pérez Jiménez, 2011). Japón prohibió el *Harakiri* o suicidio ritual que formaba parte del *Bushido* o código de los samuráis en 1873, aunque con poco éxito. Todavía hoy, en el estado de Nueva York, suicidarse está contemplado a nivel legal como “un delito grave contra el interés público”. Esto en lo que respecta al mundo occidental, pero el suicidio es todavía delito en la mayoría de países musulmanes (Critchley, 2016).

Como norma general, durante los siglos XIX y XX se dejará de sancionar a la persona que se suicida, aunque se mantendrán las penas para aquellas personas que intervienen ayudando o facilitando la conducta suicida, en el contexto de lo que se ha denominado *suicidio asistido*. No obstante, existe un amplio debate sobre la cuestión y las consideraciones legales que deben regular estas prácticas. En la actualidad, en países como Holanda, Bélgica, Suiza y algunos estados de Estados Unidos, se ha despenalizado la práctica de ciertos supuestos de eutanasia voluntaria o de asistencia médica al suicidio.

En el caso de Estados Unidos, Oregón y Washington son los únicos estados que permiten específicamente el suicidio asistido por un médico bajo ciertas directrices estrictas. Algunas de estas directrices incluyen el diagnóstico de enfermedad terminal que, previsiblemente, provocará la muerte en un plazo seis meses, hacer dos peticiones orales y una solicitud por escrito, separados por 15 días, y persuadir a dos médicos que el paciente es sincero y no está bajo la influencia de una depresión.

La evolución de la legislación española al respecto no ha diferido sustancialmente del resto de países europeos. Desde unas normas medievales, que consideraban al suicida un criminal y permitían la incautación de sus bienes, como se recogía en las Partidas de Alfonso X en el siglo XIII, se evoluciona hasta el código de 1822, donde ya no aparece ninguna pena para el que cometa suicidio, ya sea consumado o no (González Arévalo, 2016). Si bien se producen cambios en los diferentes códigos aprobados desde entonces, incluido el del año 1996, conocido como “Código Penal de la democracia”, en ninguno de ellos se ha vuelto a contemplar el establecimiento de medidas punitivas contra los suicidas.

Actualmente, en España, como en la mayoría de los países occidentales, el suicidio no es un delito, pero sí se castiga su facilitación, instigación por parte de terceros o la negación de auxilio a la persona que intenta suicidarse. El artículo 143 del Código Penal Español (BOE, 1995) dice:

1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.

Como puede verse, el debate en la sociedad actual y las diferencias entre distintos países están centrados, básicamente, en torno al concepto de “muerte digna” y en la aceptabilidad legal y moral de proporcionar ayuda a aquellas personas que manifiestan su deseo de morir para acabar con sus sufrimientos.

El suicidio sólo debe mirarse como una debilidad del hombre, porque indudablemente es más fácil morir que soportar sin tregua una vida llena de amarguras.

Goethe

El suicidio. Historia

La historia del suicidio es paralela a la historia de la humanidad. Los antropólogos han evidenciado que ya existían conductas autodestructivas voluntarias en el Homo Sapiens, como la negación a ingerir alimentos o el ahorcamiento (Berman, Silverman, & Bongar, 2000). En el caso de los pueblos primitivos, las fuentes históricas sobre el suicidio son escasas y, en ocasiones, incluso contradictorias, por lo que debe tomarse con cautela las afirmaciones de algunos autores. El hallazgo de restos humanos en zonas de África en enterramientos sin los ritos funerarios habituales hace sospechar que pudieran pertenecer a personas que se suicidaron. Aunque se hace difícil fijar la posición de estas culturas primitivas sobre el tema del suicidio, podemos hacernos una idea observando ciertas comunidades que se han mantenido aisladas hasta nuestros días, como sería el caso del pueblo Inuit, que considera justificado el comportamiento de ancianos y de personas no productivas de buscar la muerte de forma voluntaria (González Arévalo, 2016).

A lo largo de la historia, muchas personas famosas pusieron fin a su vida mediante el suicidio. Entre ellas puede citarse a Cleopatra, Marco Antonio, Bruto, Judas Iscariote, Aníbal, Nerón, Sigmund Freud, Virginia Wolf, Adolf Hitler, Ernest Hemingway, Sylvia Plath, Vincent van Gogh, Jack London, Dylan Thomas, Judy Garland, Rudolph Hess, Poncio Pilato, Sócrates y, posiblemente, Tchaikovsky, Elvis Presley y Marilyn Monroe. También existen suicidios literarios famosos, como el de Romeo y Julieta [*Romeo y Julieta*, de William Shakespeare], Madame Bovary [*Madame Bovary*, de Gustave Flaubert], Javert [*Les Misérables*, de Victor Hugo], Werther [*Las desventuras del joven Werther*, de Goethe], Ana Karenina [*Anna Karenina*, de León Tolstoi] o Thelma y Louise [*Thelma y Louise*, de Ridley Scott] (Minois, 1999).

La primera referencia a un intento de suicidio y nota de suicidio aparece en un papiro del año 991 a. C., pero, según se desprende de la tradición épica, el primer suicida documentado fue Periandro, hijo de Cípselo, segundo tirano de Corinto y uno de los siete sabios de Grecia (CODHEY, 2010).

Todas las culturas han dejado testimonio, escrito u oral, de intentos o actos suicidas. En Mesopotamia, la mitología afirmaba que el primer hombre fue creado y moldeado con la sangre del dios suicida Bel, además de con barro. En el antiguo Egipto aparece el primer documento escrito que puede considerarse nota de suicidio y que firmaba un consejero faraónico del siglo III a.C. También es aquí donde aparece una primera referencia al suicidio en el poema *La disputa entre un hombre y su Ba* [alma], escrito hace más de 4000 años, donde el autor expresa los sinsabores de la vida (Pérez Jiménez, 2011). La mítica emperatriz Cleopatra es otra imagen icónica por su suicidio por la mordedura de un áspid, antes que sufrir la humillación de ser prisionera del emperador romano Augusto. Tanto en el caso mesopotámico como en el egipcio, la persona que decidía quitarse la vida no era objeto de ninguna condena moral o de otro tipo.

Consideraciones similares se observan en otras culturas, muy alejadas de las anteriores. Así, en China, el suicidio era un acto de honor y lealtad, mientras que en Japón se llevaba a cabo mediante un acto ceremonial, y constituía el recurso honorable [*seppuku* o *harakiri*] ante una derrota o como forma de expiación (Vicente & Ochoa, 2007).

En la India, a los motivos de índole religiosa o litúrgica, se añadía la práctica de acabar con la vida de la esposa cuyo cónyuge había fallecido [*suttee*]. Aunque, en principio, era una práctica circunscrita a la realeza y a las castas más elevadas, con el tiempo se extendió al resto de la sociedad. Su carácter voluntario de los primeros tiempos pasó a generalizarse, hasta el punto de que la mujer que se negaba a inmolarsse quedaba marginada del resto de la sociedad (Pérez Jiménez, 2011). La *suttee*, a pesar de estar fuertemente perseguida, persistió incluso después del dominio británico, que estableció una severa prohibición en 1829 (Corpas, 2011). En el caso del continente africano, era habitual asociar el suicidio con el enfado de los antepasados o con actos de brujería. No se toleraba el contacto físico con el cadáver del suicida e incluso se llegaba a destruir la casa que habitara o, en el caso de ahorcamiento, se quemaba el árbol (Pérez Jiménez, 2011).

En la América prehispánica, los mayas honraban a la diosa del suicidio y de la horca *Ixtab*, “la de la cuerda”, esposa del dios de la muerte *Chamer*. Entre los mayas, el suicidio se consideraba una forma respetable, e incluso honorable, de morir, al punto de

equipararse a aquellos que morían en sacrificio, en batalla o a las mujeres que morían durante el parto. La propia representación de la diosa era más que explícita, un cadáver en descomposición y colgando de un árbol, y tenía como misión el proteger a los suicidas y guiarlos hasta un paraíso especial (Mascayano et al., 2016).

En el mundo antiguo, el suicidio era aceptado en la mayor parte de las sociedades, si existían situaciones que lo justificasen, como la vejez o la enfermedad dolorosa. Los galios, celtas, hispanos, vikingos, nórdicos y visigodos consideraron razonable el suicidio por vejez, muerte de los esposos, muerte del jefe o enfermedad grave o dolorosa. En el caso de los guerreros íberos, se acompañaban de una planta venenosa que ingerían en caso de caer prisioneros en el campo de batalla.

En general, en estas culturas, el suicidio tenía una alta incidencia en la vejez, como forma de reaccionar a la pérdida de facultades, de la enfermedad o de la discriminación sufrida por una sociedad poco propicia a aceptar a los no productivos. Durkheim, relata en su obra *El suicidio* cómo los visigodos, pueblo germánico, tenían *la roca de los abuelos*, donde los mayores se despeñaban para evitar una muerte vergonzosa, acuñando el término *Kerlingedale* para referirse a esta forma de suicidio. Tradiciones similares encontramos en otros pueblos de la época.

Según relata Tácito en su obra *Germania*, los vikingos se referían al dios Odín, como “*Señor de la guerra*”, “*Señor de las horcas*” o “*Dios de los ahorcados*”. Consideraban que la muerte voluntaria en defensa de la comunidad constituía un mérito cuyo premio era entrar en el *Valhalla* por la puerta de honor, acompañado por las *Valquirias*, gozando de favores de los que no eran merecedores aquellos que morían de forma natural o por enfermedad (Andrés, 2015).

Como puede observarse, no se encuentran en estas civilizaciones condenas expresas por el hecho de quitarse la vida. Tampoco lo hacen los primeros textos bíblicos, en los cuales se hace referencia a actos de suicidio sin que fueran considerados sinónimos de pecado o merecedores de castigo. Barraclough (1992) analiza los casos de suicidio que recoge la Biblia, encontrando once casos, todos ellos, menos uno, de varones de mediana edad. Las circunstancias de las muertes se relacionan con crisis personales y, solamente en un caso, Saúl, podemos hablar de una situación previa con algún tipo de trastorno afectivo y celopatía. El método empleado es siempre violento,

excepto en un caso de envenenamiento. Es decir, en las Escrituras no se prohíbe el suicidio de forma explícita. Más aún, algunas de las primeras interpretaciones que hacen los primeros seguidores de Cristo de su crucifixión, es la de considerarla un suicidio. Posteriormente, se revisará esta idea primigenia, en parte como forma de contraponerla al suicidio de Judas.

En la Grecia clásica, el suicidio era socialmente aceptable, aunque debía haber una justificación para ello (Araujo & Marías, 1994; Jaworski, 2014). Aunque se considera que Platón, por lo general, se opone al suicidio, que califica de ofensa contra la sociedad (Vega-Piñero, Blasco-Fontecilla, Baca-García, & Díaz-Sastre, 2002), lo cierto es que hizo tres importantes excepciones: cuando “es ordenado por el estado”, como fue el caso de Sócrates; por enfermedad dolorosa e incurable; y cuando uno se ve obligado a ello por la ocurrencia de alguna desgracia intolerable (Platón, edición de 1992). Otros dos filósofos griegos, Demócrito y Espeusipo, también se suicidaron por problemas de salud cuando ya eran ancianos. Las creencias sobre el suicidio eran variadas en la antigua Grecia. Los epicúreos consideraban que el suicidio estaba justificado cuando la vida era insoportable y los estoicos también creían que el suicidio estaba permitido en presencia de una enfermedad incurable. Catón, Plinio y Séneca pensaban que la elección del suicidio era aceptable. Por otra parte, Pitágoras, Platón, Aristóteles, Virgilio, Ovidio y Cicerón se oponían abiertamente al suicidio (Minois, 1999). Concretamente, Aristóteles consideraba la muerte voluntaria como un comportamiento propio de cobardes y un crimen contra el estado (Canales, 2015).

En las culturas clásicas, el suicidio fue “una muestra de la capacidad de determinación personal” (Andrés, 2015). La mitología griega incluye numerosos ejemplos de actos suicidas y cuenta con una simbología que, en muchos casos, ha perdurado hasta nuestros días (Navarro Antolín, 1997). Suicidios motivados por el sentimiento de culpa [Yocasta], por la locura [Áyax] o por venganza [Egeo] permanecen como ejemplos clásicos de suicidios provocados por diferentes emociones (Vicente & Ochoa, 2007).

En la antigua Roma, por lo general, no había ninguna prohibición de suicidarse para los ciudadanos. Sin embargo, el suicidio estaba prohibido para los esclavos y para los soldados; en el primer caso por consideraciones económicas; y, en el segundo, por razones patrióticas. Debido a que la vida no estaba considerada como un regalo de los

dioses, los romanos, básicamente, consideraban el suicidio un procedimiento aceptable en situaciones específicas. Por ejemplo, en aquellos casos donde es preferible la muerte a la deshonra o en aquellos que preferían evitar la decrepitud de la vejez (Séneca, edición de 2001). En Roma, las cuchillas, bisturís y dagas eran los métodos más comunes de suicidio, seguido por el salto al vacío, el envenenamiento y la horca, considerada un método impuro y vergonzoso. Con menos frecuencia, aunque no pocas veces, los romanos se inmolaban, arrojándose al fuego o dejaban de comer hasta morir por inanición (Minois, 1999).

Los suicidios documentados en la época romana crecen durante el imperio y sobre todo en su decadencia. La influencia de filósofos de renombre como Séneca [*pensar en la muerte, es pensar en libertad*], o escritores como Lucano, conocido como el “poeta del suicidio”, y la influencia de la política, donde cada cambio de emperador podía desembocar en una ola de suicidios entre los caídos en desgracia para evitar males mayores a la familia del suicida, como pudiera ser la confiscación de sus bienes (Moron, 1992).

Dado que la religión juega un rol importante en la sociedad y, como hemos visto, rechaza, independientemente del credo analizado, el acto del suicidio, no es de extrañar que las tasas de suicidio sean más bajas en aquellas personas con creencias religiosas firmes, aunque este punto es cuestionado por algunos especialistas (Lawrence, Brent, et al., 2016).

A lo largo de la historia el suicidio ha sido severamente condenado por las religiones monoteístas: el Islam, el Judaísmo y el Cristianismo (Vega-Piñero et al., 2002) nacidas de las leyes de Moisés en comparación con religiones con un origen diferente como el Budismo o el Hinduismo (Stompe & Ritter, 2011).

El suicidio está prohibido estrictamente, junto con la muerte de inocentes, en el Islam. Dios es el autor de la vida y sólo él puede disponer de ella. En consecuencia, el suicidio es una grave falta de respeto a Dios y un acto de ingratitud y de desprecio hacia la vida que nos ha dado (Lester, 2006). El Corán prohíbe explícitamente el suicidio como el pecado más grave, más aún que el homicidio. Los musulmanes creen que cada individuo tiene su *kismet* o destino, que está predeterminado por Dios y no debe ser

desafiado. No obstante, matarse a uno mismo como un acto de *yihad* [guerra santa], no se considera suicidio (Bosak et al., 2012).

En la ley judía, el suicidio se considera un delito muy grave, ya que el cuerpo pertenece al Todopoderoso, y nadie está autorizado para dañar, perjudicar o destruir su propiedad (Gearing & Lizardi, 2009). El Talmud dice: *"Para el que se quita la vida con pleno conocimiento de su acción, no deben observarse ritos, ni elogios ni desgarro de vestiduras, pero la bendición de duelo debe ser recitada por respeto a los vivos"*. Desde la ortodoxia, el suicidio está prohibido por la ley y se considera un pecado. No obstante, el judaísmo moderno se aparta en gran parte de esta consideración del suicidio como pecado y, en su lugar, reconoce el acto como algo más parecido a una muerte por una enfermedad o trastorno, excepto en casos de suicidio asistido con propósito.

La ley judía, sin embargo, no coloca todos los suicidios en la misma categoría (Terraiza & Meza, 2009). Una primera categoría de suicidio, incluiría a aquellos que estaban en plena posesión de sus facultades físicas y mentales cuando pusieron fin a sus vidas. En una segunda categoría se incluyen aquellos que actuaron por impulso o que estaban bajo una severa tensión mental o dolor físico cuando se suicidaron. Se considera que esta segunda categoría corresponde a una "persona bajo coacción", y que, por lo tanto, no es responsable de sus actos. En estos casos, se tributan todos los ritos funerarios y de duelo. En la práctica, se considera que la mayoría de los suicidas actuaron bajo coacción cuando se quitaron la vida. Como tales, no son responsables de sus acciones y han de recibir los mismos ritos y ceremonias fúnebres que se conceden al judío que ha tenido una muerte natural (Kolatch, 1985).

Aunque la Biblia no prohíbe específicamente el suicidio y no hay ninguna palabra para referirse al mismo, el cristianismo, en general, condena la práctica, siguiendo la doctrina de San Agustín. Solamente siete casos de suicidio aparecen en el Antiguo Testamento y uno en el Nuevo Testamento. Los suicidios del Antiguo Testamento incluyen a Sansón, Saúl, Aquitofel, Zimri, Razis y Abimelec. En el Nuevo Testamento, Judas Iscariote es el único suicida que aparece (Bosak et al., 2012). El *Acelandama* ["campo de sangre"], donde Judas se suicidó cerca de Jerusalén, se convirtió en lugar de entierro de los pobres, tras ser comprado por los sacerdotes con las 30 monedas de plata arrojadas a sus pies por Judas (Evans & Farberow, 2003).

La condena de la conducta suicida en la doctrina cristiana aparece por primera vez en el año 533, en las capitulaciones del II Concilio de Orleáns, donde se considera el gesto suicida como contrario al quinto mandamiento ‘*no matarás*’, y a la Ley Natural de Dios, equivalente al pecado de homicidio (MacDonald, 2001).

La tradición cristiana anterior aceptaba abiertamente el suicidio entre sus feligreses, ya que se consideraba un acto de fe entre los primeros seguidores de Cristo sometidos a martirio en los albores del cristianismo. No obstante, la aplicación de la doctrina de San Agustín (*La ciudad de Dios*, edición de 1958), considera modelo de virtud y fortaleza al hombre que soporta todas las infamias de la vida, de manera que la salida racional de la existencia ya no es una prueba de valor, sino, más bien, un acto de cobardía frente a la vida, un espíritu débil que no puede soportar una vida miserable. Durante esta época, el suicidio es penado rígidamente por las leyes religiosas. El Concilio de Arlés [452] declaró que el suicidio era un crimen. En el Concilio de Braga [563] se dictaminó que el suicida no fuera honrado con ninguna conmemoración en la liturgia, y se prohibió su entierro en el camposanto. En el Concilio de Auxerre [578] se determinó que el cuerpo de los suicidas debía ser enterrado en la encrucijada de los caminos, su memoria difamada y sus bienes confiscados.

Posteriormente, en el Concilio de Hereford, en el año 673, se condenó a los suicidas a no recibir ningún tipo de rito funerario, y en el de Sínodo de Nimes, en 1248, se ratificó la prohibición del entierro de los suicidas en tierra sagrada. El Concilio Vaticano II lo colocó con otros delitos que atentan contra la vida misma, juzgados como “cosas vergonzosas” que “atentan la civilidad humana y constituyen el más grave insulto al Creador” (Concilio Vaticano II, 1966). La tradición cristiana, la Doctrina del Magisterio y la reflexión teológica no han tenido ninguna duda sobre la inadmisibilidad moral del suicidio. Si ha habido alguna evolución ha sido solo en torno a la valoración de la culpabilidad y responsabilidad subjetiva del que se suicida o intenta hacerlo. De hecho, la Iglesia Católica solo ha canonizado a una suicida, Santa Pelaya, quien se lanzó a un abismo antes que permitir que abusasen de ella unos asaltantes (Terraiza & Meza, 2009).

San Agustín es el primer padre de la Iglesia que condena el suicidio, considerándolo una extensión del quinto mandamiento (Amundsen, 1989). El mandato de Dios “no matarás,” debe ser tomada como una prohibición de la autodestrucción.

Posteriormente, Santo Tomás de Aquino defiende esta prohibición, argumentando tres motivos: [1] El suicidio es contrario al amor propio natural, cuyo objetivo es preservarnos. [2] El suicidio perjudica a la comunidad de la cual el individuo forma parte. [3] El suicidio viola nuestro deber hacia Dios, que nos ha dado la vida y determina la duración de nuestra existencia terrenal. Estas conclusiones forman la doctrina medieval, que determina que el control sobre nuestro propio cuerpo debe limitarse a su uso, mientras que la autoridad, el dominio, corresponde únicamente a Dios.

En la Edad Media surgió una mentalidad social y cultural que marca una clara ruptura con la Antigüedad Clásica. El cristianismo considera el suicidio como el resultado de una tentación diabólica, inducida por la desesperación o la locura, estableciendo su total prohibición, junto al castigo social y religioso. El cuerpo del suicida es sometido a terribles vejaciones; se arrastra por las calles, se cuelga, se descuartiza..., se confiscan las propiedades y se prohíbe el entierro cristiano y cualquier ceremonia litúrgica. Dante Alighieri [1265-1321] escribe en el Canto XIII de la Divina Comedia (Alighieri, edición de 1974) que Minos envía el alma de los suicidas al séptimo círculo del infierno, por debajo de los herejes y los asesinos.

Aunque con notables diferencias según el tiempo y el lugar, muchas sociedades prohibieron un entierro normal para los suicidas. Una práctica común en Inglaterra hasta 1823 era enterrar a la persona suicida por la noche, en un cruce de caminos, con el fin de confundir al espíritu, con una estaca clavada en el corazón, evitando así que el espíritu emerja para perturbar a los vivos. En Francia, el cuerpo del suicida era arrastrado por las calles y luego colgado de la horca pública. En Prusia, los cuerpos de los suicidas debían ser enterrados debajo de la horca (Murray, 1998).

Los reformadores protestantes, incluido Calvino, condenan el suicidio rotundamente, de la misma manera que la iglesia oficial. Sin embargo, se plantea la posibilidad de que la misericordia divina pueda permitir el arrepentimiento. El interés por las cuestiones morales relacionadas con el suicidio es particularmente importante en este período entre los protestantes de Inglaterra, en particular, entre los puritanos (Sprott, 1974). No obstante, la visión cristiana tradicional prevaleció hasta bien entrado el siglo XVII, e incluso un pensador liberal como John Locke defendió los anteriores argumentos tomistas, alegando que si bien Dios nos concedió la libertad personal

natural, esta libertad no incluye la libertad para destruirnos a nosotros mismos (Locke, edición de 1924).

A pesar de que, por lo general, la religión sigue considerándolo como un acto diabólico, la consideración social del suicidio empieza a cambiar lentamente durante el Renacimiento, con el surgimiento de actitudes nuevas y menos rigurosas que coinciden con la paulatina pérdida de poder de los tabúes religiosos. Thomas Moro [1478-1535], en *Utopía* (edición de 2006) escribe que para una persona con una enfermedad penosa e incurable “*poner fin a su vida para librarse de la amargura, sería una acción piadosa y santa*”, de manera que justifica el suicidio como una forma de eutanasia. Posteriormente, Michel de Montaigne [1533-15929], en sus *Ensayos* (edición de 2015), sostiene que el derecho a la muerte es una opción personal, y afirma que “*el dolor insoportable y el miedo a una muerte atroz parecen motivos para justificar el suicidio*”. Una de las más importantes defensas del suicidio escritas en inglés fue de John Donne [1572-1631] en *Biathanatos* (edición de 2000). En este trabajo, Donne propone que el suicidio “*no es incompatible con las leyes de Dios, la razón y la naturaleza*”. Otros escritores como Voltaire [1694-1778] y Hume [1711-1776] también atacaron los tabúes sobre el suicidio y abrieron el camino para el abandono de los castigos legales a los suicidas (Murray, 1998).

En el siglo XIX, los jurados forenses ingleses comienzan a emitir veredictos de *non compos mentis*, que venía a significar que el suicida no era responsable de sus actos, ya que padecía un trastorno mental transitorio en el momento de provocarse la muerte. Asimismo, se hace habitual la consideración de la muerte autoprovocada como un accidente fortuito. A partir del siglo XIX, el suicidio se va despenalizando paulatinamente en toda Europa, aunque no será hasta 1961 cuando se apruebe en Inglaterra la ley de suicidio que lo despenalizaba oficialmente y eliminaba las sanciones que hasta entonces podían aplicarse a los suicidas.

Con la llegada de la revolución francesa, en las postrimerías del siglo XVIII, el suicidio deja de ser penalizado como un acto criminal y las legislaciones respecto a este tema se suavizan. Por este motivo, el suicido no aparece ya ni en el código penal de 1790, ni en el código napoleónico de 1810 (Rodríguez Pulido, 1991).

Para esta mayor tolerancia hacia el suicidio fue fundamental la opinión de los intelectuales de la época, destacando las ideas acerca del suicidio de Voltaire, Montesquieu y Hume, que defendían la idea de la libertad humana y del derecho del hombre para poder acabar con su vida con total libertad. Por el contrario, fue Kant, en esos mismos años, uno de los pensadores de la época que manifestó más abiertamente su animadversión hacia el acto suicida.

A finales de siglo XIX empiezan a aparecer las primeras investigaciones de corte psicosocial y médico respecto al suicidio, con los estudios realizados por Morselli (1879) y Durkheim (edición de 1992). En esta época se relativizan las consideraciones acerca del suicidio y se intenta analizar las causas sociales, psicológicas y biológicas que pueden llevar a una persona a acabar con su vida. Todo ello coincidiendo con el auge de la práctica psiquiátrica y de las ciencias sociales. En el siglo XX, el estudio sobre el suicidio cobra un mayor interés, debido al aumento del índice de suicidios que se produce a nivel mundial. El psicoanálisis, la sociología, el existencialismo y la biología se muestran cada vez más atraídos por este fenómeno y dedican una gran parte de sus esfuerzos a analizar las causas y las consecuencias, así como la prevención, de la conducta suicida.

Desde la Psicología y la Psiquiatría, uno de los autores que tendrá más influencia en la interpretación de las motivaciones humanas que llevan a la conducta autodestructiva es Sigmund Freud. Para el padre del psicoanálisis, el suicidio es consecuencia del instinto de muerte. Se origina en el inconsciente y es fruto de los instintos autodestructivos que anidan en la psique humana (Freud, edición de 1984). Aquellas personas que se suicidan, igual que las personas melancólicas, están dominadas por sentimientos de dolor, de autculpabilidad, de baja autoestima y con dificultades para disfrutar de aquello que antes les daba placer. Según Freud, en el suicida la pulsión de muerte es más fuerte y se impone a la pulsión de vida o libido. Otras corrientes posteriores, inspiradas en las ideas psicoanalíticas, como la existencialista, defenderán que el suicidio es consecuencia de la falta de sentido de la vida y de un vacío existencial que desemboca en angustia y depresión (Quintanar, 2007).

En el siglo XX, el suicidio se contempla desde la perspectiva de un problema básicamente médico, asociado, por lo general, a enfermedades o trastornos mentales, o

relacionado con personas especialmente predisuestas por la estructura de su personalidad. Según Rodríguez Vega (2009) *“La orientación psiquiátrica clásica explica el suicidio desde el concepto de enfermedad mental; esto es, desde una perspectiva individual y patológica. La versión más radical dirá que el suicidio es de hecho, una enfermedad mental, mientras que la versión más moderada tendrá a ver el suicidio como consecuencia de una enfermedad mental”*.

Hipócrates ya relacionó la “melancolía”, es decir, el cuadro depresivo, con el suicidio, pero no es hasta el siglo XVIII, con el desarrollo de la psiquiatría, cuando se profundiza y sistematiza la relación entre ambos fenómenos. Padres de la psiquiatría, como Pinel o Esquirol, son los pioneros de las teorías que harán posible que en el año 1967, el Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. declare de forma oficial que el suicidio es una patología. Si, desde antiguo, se sabía o se sospechaba que había una relación entre suicidio y trastorno mental, ahora “es el suicidio el que define que existe una patología” (Aguilar Sánchez, 2014). El discurso oficial de la psiquiatría será que la mayoría de las personas que se han suicidado sufrían una enfermedad mental y como tal, las ideas o intento de suicidio aparecerán como criterio diagnóstico para trastornos como el depresivo o el límite de la personalidad.

Ella hablaba de suicidarse. No muchas veces, algunas, durante sus últimos años de vida. Pero ninguno de nosotros se lo creía. Son cosas que no se creen. Todos los suicidios son, en el fondo, inexplicables para aquellos que deberían haber visto lo que estaba sucediendo.

Henning Mankell

El suicidio en España

Es evidente que la puesta de marcha de medidas preventivas del suicidio en cualquier ámbito y sector de la población, necesita previamente una evaluación objetiva de la magnitud del fenómeno. Es precisamente la credibilidad de esta magnitud uno de los puntos más oscuros relativos a la conducta suicida. En aquellos países con registros, los casos de suicidio son, con frecuencia, clasificados, ya como muerte por accidente o por otra causa, pero en aquellos sin datos verificables, simplemente no se contabilizan. En consecuencia, como se apunta repetidamente, es muy probable que la cifra de suicidios reales sea mucho mayor a la registrada. Aunque hay un registro de fallecidos a nivel internacional, como señala la OMS, no hay un sistema internacional totalmente estandarizado, de manera que también existen dificultades metodológicas a la hora de hacer comparaciones entre países. También, en ocasiones, existen discrepancias entre los distintos organismos que facilitan las cifras estadísticas (Giner & Guija, 2014).

En España, desde 1906, la información de los fallecimientos producidos y sus causas es proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística (INE). En el caso de Cataluña, estas cifras son analizadas por el Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. No obstante, como se ha dicho, existen considerables dudas acerca de la fiabilidad de los datos aportados (Tøllefsen, Hem, & Ekeberg, 2012), ya que conocer con una cierta exactitud el número de suicidios y de intentos es una tarea compleja. Por ejemplo, la cifra de intentos de suicidio se calcula extrapolando los datos aportados por un área y en un periodo concreto, normalmente de los servicios de urgencias hospitalarios. Sin embargo, esta metodología avalada por la OMS, implica en la práctica una infraestimación de los casos reales. Por otro lado, cabría esperar que el número de suicidios debería coincidir entre los datos aportados por los Institutos de Medicina Legal [IML] encargados de las autopsias y los datos aportados por el INE. Sin embargo, las cifras obtenidas a partir del INE son menores que las aportadas por los IML y, prácticamente, no hay concordancia por años y provincia en los mayoría de los casos (Giner & Guija, 2014).

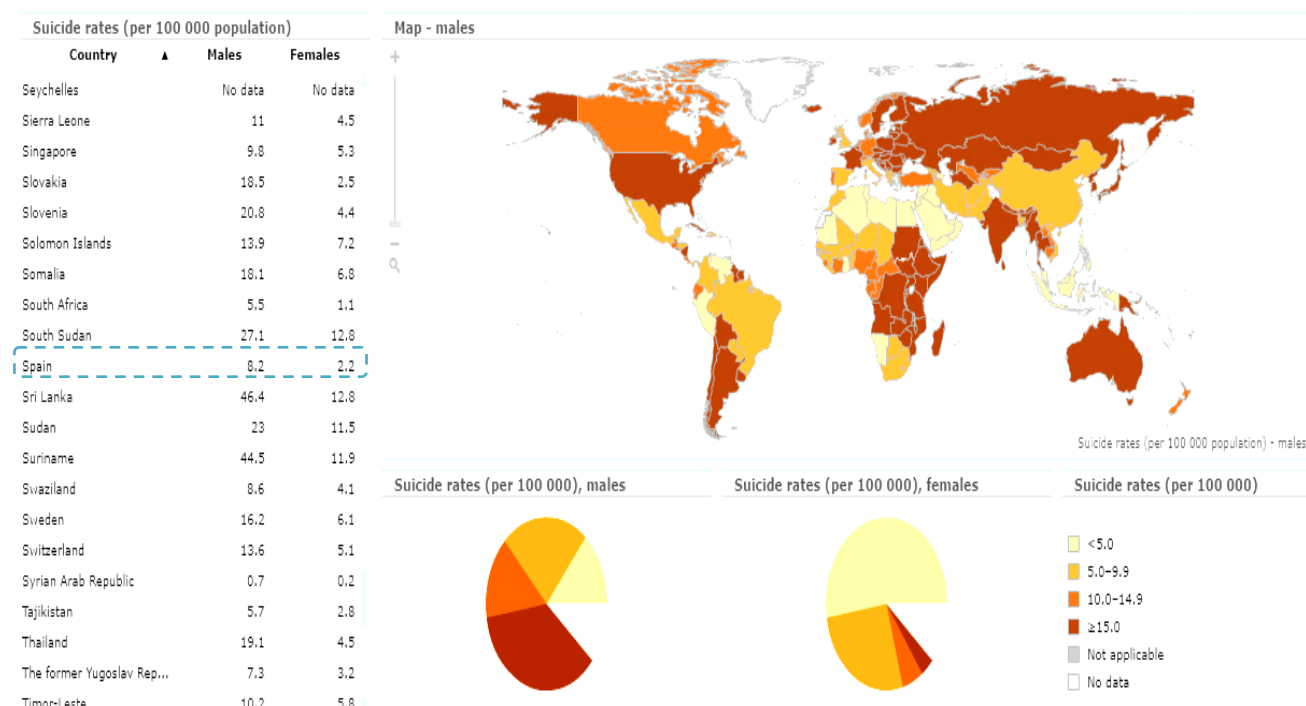
Por regla general, el número de muertes identificadas y clasificadas como suicidio son, inevitablemente, menores que las reales por diferentes causas (Farmer, 1988):

- 1) Criterios de definición de suicidio: existe la posibilidad de clasificar una muerte como indeterminada en algunos países y en otros no. En el caso español, el forense explicitará la naturaleza del fallecimiento [natural o violento] así como la etiología del mismo [accidental, homicida o suicida], pero hay situaciones en que no se puede emitir un diagnóstico etiológico de la muerte y son necesarias pruebas complementarias. Esto motivará que en el informe sea etiquetado como indeterminada hasta la llegada de las pruebas complementarias.
- 2) Se necesita determinar la intencionalidad de la persona, lo que por lo general plantea serias dificultades, especialmente en aquellos casos en los que puede confundirse con una muerte accidental y no se cuenta con la presencia de testigos que puedan aportar información veraz. Pensemos en situaciones como un ahogamiento o una precipitación en los que cabe la posibilidad de caer de forma accidental. También, en aquellos accidentes de tráfico donde hay una salida de la vía o el conductor circula en el sentido contrario, conducta que puede tener una intencionalidad suicida o deberse a un despiste o una falta de atención. Más difícil aún de valorar son aquellos suicidios con métodos no violentos, como puede ocurrir en enfermos crónicos que deciden modificar voluntariamente sus pautas farmacológicas con la intención de acabar con su sufrimiento.
- 3) Actitudes hacia el suicidio: ya sean de tipo cultural y/o religiosas o de índole económica, donde puede haber seguros de vida firmados por la persona fallecida. En estos casos, con dudas de tipo etiológico, se acostumbra a optar por la causa accidental y evitar en la medida de lo posible la carga de estigmatización social y disminuir las consecuencias psicológicas sobre los allegados al fallecido. Es importante conocer estos datos a la hora de valorar que la magnitud del problema del suicidio es incluso mayor de lo que podamos apreciar al conocer las cifras de suicidio registrado oficialmente.

El suicidio en España

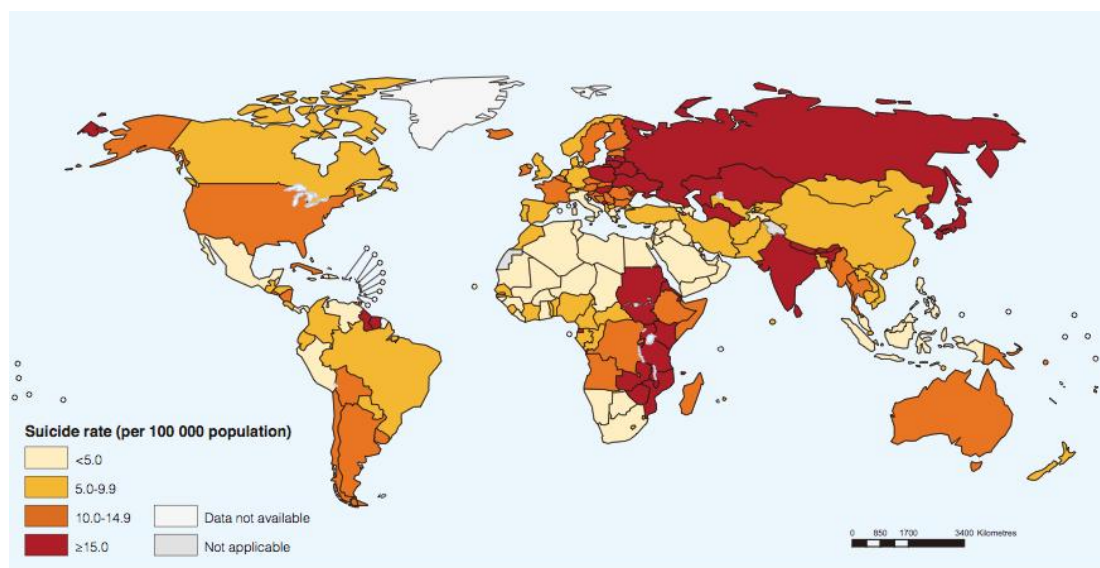
Actualmente, el suicidio está entre las quince primeras causas de muerte en el mundo, llegándose a situar en algunos países como la segunda causa de muerte en el grupo de edad de los 10 a 29 años y la tercera de los 15 a los 44. Y lo verdaderamente grave es que su tendencia es ascendente, calculándose que para el año 2020 se podría llegar a la cifra de 1,53 millones. Basándonos en los datos proporcionados por la OMS, a partir de la información que este organismo recopila de los países miembros, en el año 2012 se produjeron más de 800.000 fallecimientos por suicidio. Es decir, una tasa de 11,4 suicidios por cada 100.000 habitantes, 15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres. [Ver figuras 1 y 2]. Sin embargo, es muy probable que exista una subnotificación, habida cuenta las especiales consideraciones que existen hacia el suicidio y que en algunos países todavía es ilegal. La propia OMS (2014a) reconoce que entre un 10% y un 30% de los suicidios no se contabilizan como tal y, por tanto, la cifra se acercaría al millón de muertos.

Figura 1: Tasa de suicidios estandarizadas 2012, por edad (por 100.000 habitantes)



Fuente: OMS, 2014

Figura 2: Tasas de suicidio ajustadas por edad, 2012 (por 100.000 habitantes), en ambos sexos



Fuente: OMS, 2014

El 31 de enero de 2014, el Instituto Nacional de Estadística hace públicas las estadísticas de defunciones por causas de muerte [figura 3], entre las que se encuentran los suicidios: 3.539 personas, de las que 2.724 son hombres y 815 mujeres (INE, 2014). Este número de suicidios es el más alto desde que se disponen de datos, por efecto sobre todo del número de suicidios masculinos, que nunca habían superado los 2.700. Respecto a 2011, supone un incremento de 359 muertes, un 11,3%: 289 hombres y 70 mujeres más. En consecuencia, el suicidio se convierte en la primera causa externa de muerte en España, duplicando casi las muertes por accidente de tráfico y siendo 68 veces mayor que las producidas por la violencia de género. En parte, se debe a la drástica reducción de las muertes por accidentes de tráfico, que poseen intensas políticas de prevención, de las que carece el suicidio.

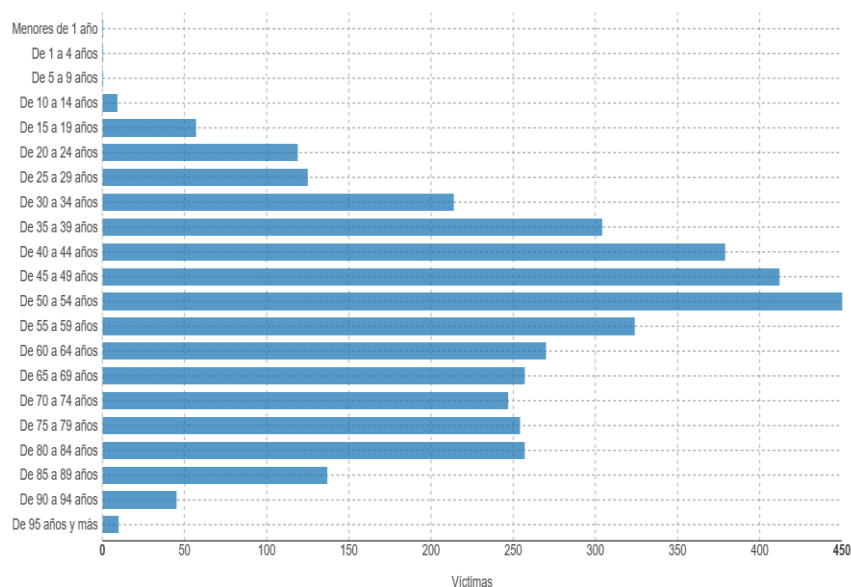
El riesgo de suicidio aumenta con la edad, en especial a partir de los 70, siendo muy escaso por debajo de los 15. Aunque en números absolutos se registra el mayor número de suicidios entre los 40 y 49 años, el número relativo [tasa de suicidios por 100.000 habitantes] es hasta más del doble que la media en edades avanzadas. En el caso de los hombres, el riesgo de suicidio llega a ser más de 4 veces mayor en estas edades. El suicidio como causa de defunción ocupa el lugar 38 de las 110 causas de

muerte, pero entre los 20 y 44 años es la primera. En total, en esa franja de edad se suicidaron 1.141 personas.

Sin embargo, no es la edad el único factor que influye, sino que también lo hace, por ejemplo, el nivel de ingresos. En los países con ingresos de tipo bajo y mediano, son los adultos jóvenes y las mujeres de la tercera edad los que más se suicidan, a diferencia de los países de ingresos más altos. En cambio, en estos últimos países, los hombres de edad media se suicidan más que los de los países con menores ingresos (OMS, 2014a).

Figura 3: Ranking de muertes por grupos de edad en España (2013)

Ranking de muertes por grupos de edad en España (2013)

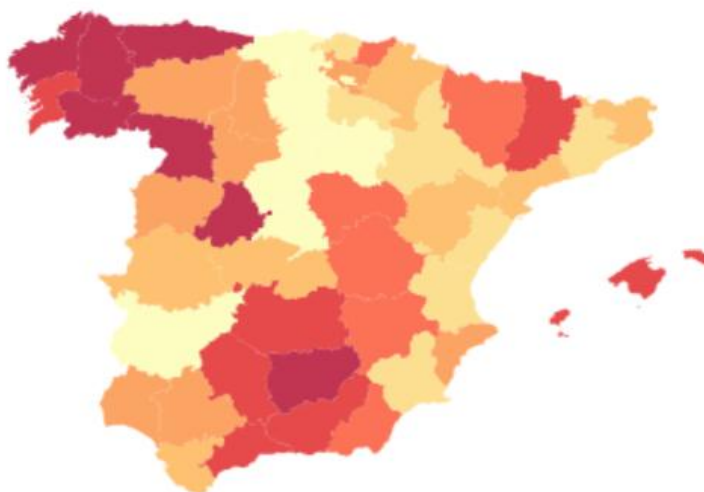


Fuente: Periódico “El Español”

El ahorcamiento es el medio utilizado en 1 de cada 2 suicidios. Los hombres lo eligen en el 55,3% de los casos y las mujeres en el 32%, aunque el medio preferido por las mujeres, en el 33,4% de los casos, es saltar desde un lugar elevado. Las mayores diferencias entre sexos se dan en la ingesta de fármacos, mucho más usado por las mujeres, y las armas de fuego, más usado por hombres. Por comunidades autónomas [figura 4], Andalucía, Cataluña y la Comunidad Valenciana concentran casi la mitad de los suicidios de España. En el caso de Cataluña (Idescat, 2016) se llegó a 531 muertes, 393 en hombres y 138 en mujeres. La Comunidad de Madrid, con 6,5 millones de habitantes, registra 127 suicidios. Lamentablemente, el INE solo hace

públicas bajo petición las tasas por 100.000 habitantes de las CC.AA., por lo que no se pueden analizar esos datos.

Figura 4: Tasa de suicidios por provincias españolas (2013)



Fuente: Periódico “El Español”

Según las estadísticas publicadas por el INE (2016), en 2013 fallecieron por suicidio 3.870 personas, 2.911 hombres y 959 mujeres, 331 personas más que en el año anterior, situándose de nuevo como la principal causa externa de muerte. La tasa de suicidio se situó en 8,3 fallecidos por cada 100.000 personas, 12,7 en los hombres y 4,1 en las mujeres.

Las caídas accidentales fueron la segunda causa externa de muerte con 2.672 fallecidos, y los accidentes por ahogamiento, sumersión y sofocación, la tercera, con 2.208. Por accidentes de tráfico fallecieron 1.807 personas. El descenso de los últimos

años sitúa a esta causa como la quinta entre las externas. En 2007 era la primera (INE, 2015).

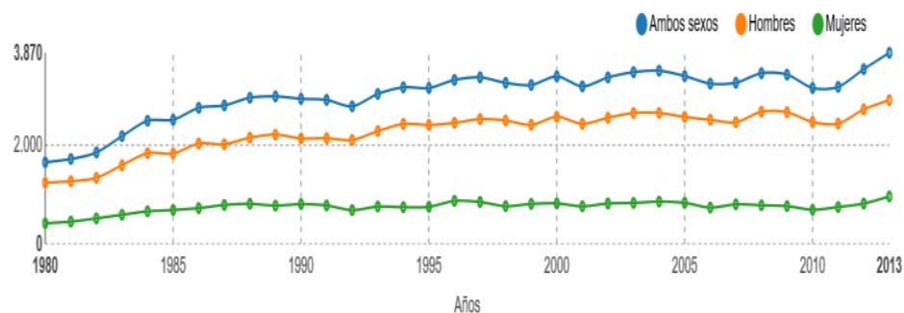
Para el año 2014, el INE contabiliza un total de 3.910 personas fallecidas a consecuencia del suicidio (INE, 2016). Es la cifra más alta alcanzada en los últimos 25 años. El suicidio se mantuvo como la primera causa de muerte externa, con 3.910 fallecimientos, seguida de las caídas accidentales, con 2.749 y del ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales, con 2.370. Estas 3.910 personas muertas suponen más del doble que las personas muertas por accidentes de tráfico [1807 muertos y 70 veces mayor que las personas muertas por violencia de género [54]. El suicidio representa el 26% de las muertes del total de 13 posibles causas externas de mortalidad.

2014 es el cuarto año consecutivo en que se registra una subida en las cifras de personas muertas por suicidio. No es muy elevado: hay un 1% más de muertes que durante el año anterior, 40 personas más. De cualquier modo, es un 20% más que lo que se registró en 2007, antes de la crisis económica, y la cifra más alta alcanzada en los últimos 25 años, que es cuando se tienen registros [en la década de los 80 se contabilizaban poco más de 1.500 suicidios al año]. La gráfica de los suicidios ha experimentado una trayectoria curiosa durante la crisis económica: subió desde 2007 a 2009 y descendió bastante desde ese año a 2010 [figura 5]. A partir de entonces comenzó a aumentar, paso a paso. Entre 2011 y 2012 el incremento llegó al 11%. Y, entre 2012 y 2013, fue del 9%. Entre 2007 y 2014 el número de suicidios ha crecido en 647 personas.

Se da la circunstancia de que, si analizamos los datos por franjas de edad, uno de los mayores incrementos que se han producido entre 2007 y 2014 corresponde a los que tienen alrededor de 50 años. Los suicidas de esta generación han aumentado un 38% durante estos años.

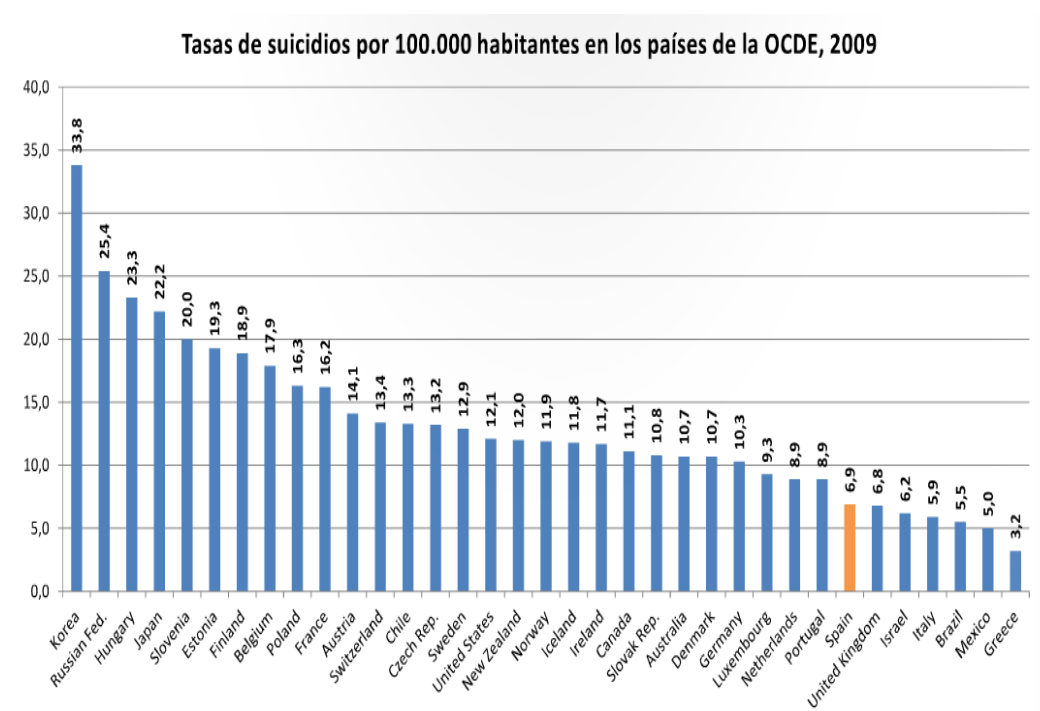
Figura 5: Evolución del número de víctimas de suicidio en España entre 1980 y 2013

Evolución del número de víctimas de suicidio en España entre 1980 y 2013



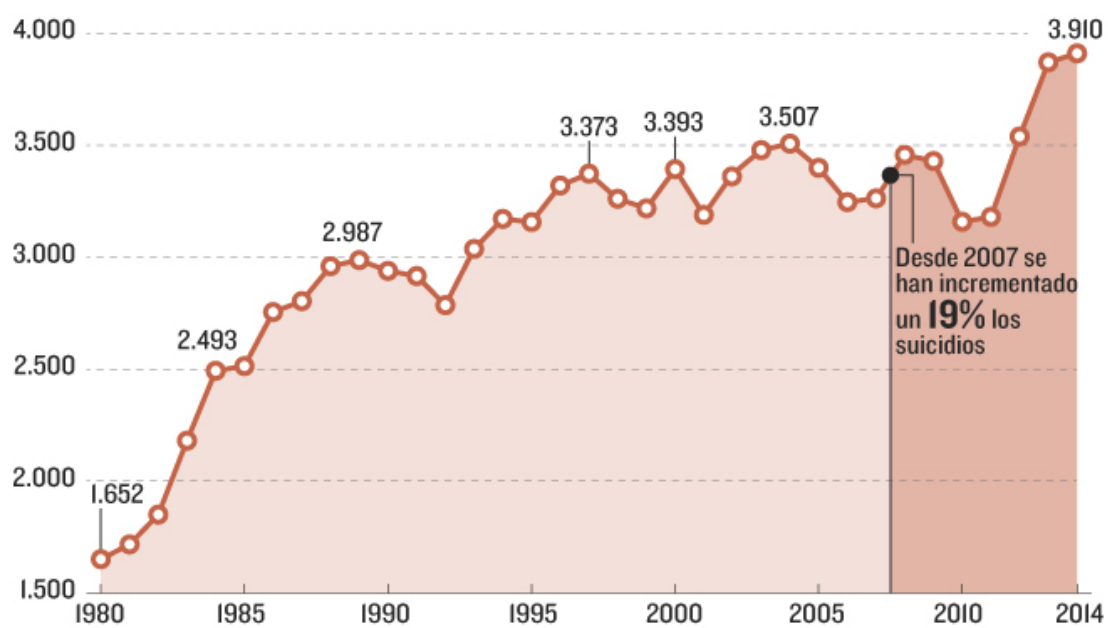
Fuente: Periódico “El Español”

Los datos del INE, que no entran en el detalle de las razones que llevaron a este tipo de muertes, dicen que se registran 8,4 suicidios por 100.000 personas. Es una tasa baja en relación a las de otros países de Europa, ya que según los últimos datos de Eurostat, correspondientes a 2013, la media de la Unión Europea estaba en una tasa de 11,6 por 100.000 habitantes [ver figura 6]. Comparada internacionalmente, España posee una de las tasas de suicidio más bajas de los países desarrollados; en 2009, último año del que se disponen datos de todos los países de la OCDE, aproximadamente la mitad de la media. Las variaciones en 2012, con una tasa del 7,6, no la moverían de esta posición. Están por debajo de España países como Grecia [4,7], Malta [5], Chipre [5,1], Italia [6,6], Reino Unido [7,3] y Liechtenstein [7,4]. Por el contrario, las tasas más altas se registran en Lituania [36], Hungría [21,2], Letonia [19] y Bélgica [17,2].

Figura 6: Tasas de suicidios por 100.000 habitantes en los países de la OCDE, 2009

Fuente: OCDE stats

A pesar de que la cifra es muy baja, un 1 por ciento del total de defunciones, es importante considerar la tendencia de estos datos: en España, la cifra absoluta de suicidios ha pasado de 3.263 casos en el año 2007 a 3.870 en 2013, y la tasa del 7,3 al 8,3 por 100.000 habitantes, de manera que, aunque España sigue constituyendo uno de los países con las tasas más bajas de Europa [8 suicidios/100.000 habitantes], el suicidio es desde 2008 la primera causa de muerte no natural, por delante de los accidentes de tráfico y, además, su ritmo de crecimiento en los últimos cuatro años [figura 7] es mayor al 10% anual, lo que, evidentemente, constituye un serio motivo de preocupación (Gallo & Gené-Badia, 2015).

Figura 7: Evolución del número de suicidios en España, 1980-2014

Fuente: Periódico "El Mundo" basados en datos del INE

*La obsesión con el suicidio es característica del hombre que no puede ni vivir ni morir
y quien nunca aparta su atención de esta doble imposibilidad.*

Emile Cioran

El coste económico del suicidio

Es evidente que el suicidio ocasiona un incalculable coste humano en sufrimiento y que su mayor impacto debe atribuirse a lo que supone en pérdida de vidas humanas. No obstante, como cualquier problema importante de salud pública, el suicidio también supone un enorme coste económico que repercute sobre los individuos, familia y sociedad (Doran, Ling, Gullestrup, Swannell, & Milner, 2016). Sólo en Estados Unidos, se calcula que el suicidio ocasiona cada año la pérdida de 100.000 años de vida potencial que supone un coste económico de 25.000 millones de dólares (Holinger, 1990), que comprenden los ingresos perdidos, el coste del tratamiento y otros tipos de apoyo. En 2013, se estimó que el coste de los suicidios en Estados Unidos fue de más de cincuenta y ocho mil millones de dólares (Shepard, Gurewich, Lwin, Reed, & Silverman, 2015), de manera que la relación coste-beneficio para las inversiones en atención médica y psicológica y el seguimiento terapéutico de aquellas personas con intentos previsto, sería muy favorable.

Kennelly (2007) calculó los gastos directos e indirectos ocasionados por los suicidios ocurridos en Irlanda durante los años 2001 y 2002, estimando un coste global de 906 y 835 millones de euros, respectivamente, lo que equivale al 1% del producto nacional bruto irlandés para estos años.

En una línea similar, Clayton y Barcel (1999), analizando el impacto económico de las 94 muertes por suicidio ocurridas en la provincia canadiense de New Brunswick durante 1996, estiman que para las 94 muertes por suicidio comunicadas, los gastos directos ocasionados, que incluyen servicios sanitarios, forenses, funerarios y policiales, superan los 535.158 dólares, mientras que los gastos indirectos, atribuidos fundamentalmente al valor de la pérdida de productividad debido a muerte prematura, son mucho mayores, suponiendo un coste medio de 849.877 dólares por cada muerte por suicidio.

Otro aspecto que debería contemplarse relacionado con el coste del suicidio, son las consecuencias que determinadas conductas suicidas presentan sobre la vida de otras personas ajenas. Así, por ejemplo, Pridmore, Varbanov y Sale, (2016), han estudiado los suicidios realizados por conductores de automóviles, estimando que en el 11,3 % de

El coste económico del suicidio

los casos, son la causa de la muerte de los conductores de otros vehículos que, involuntariamente, se ven implicados en el accidente provocado.

Los intentos de suicidio presentan también un problema significativo de salud pública que repercute de forma considerable sobre el sistema de salud. Por lo general, el intento de suicidio se presenta como una emergencia médica, suponiendo una sobrecarga importante para los recursos e instalaciones disponibles, especialmente en las unidades de cuidados intensivos (Gunawardana & Abeywardana, 1997). Además, este tipo de situaciones exige un amplio despliegue de recursos humanos y materiales, que hace que los costes de atención superen ampliamente los de otras urgencias médicas (Sgobin, Traballi, Botega, & Coelho, 2015).

En un trabajo reciente, Muñoz et al. (2016) han evaluado el impacto económico que sobre el Sistema de Salud tienen los casos de intoxicación aguda incluidos en el programa de tóxico vigilancia del Hospital La Paz, de Madrid. Durante los treinta primeros meses de funcionamiento de la unidad, fueron atendidos un total de 3195 pacientes con intoxicación aguda, de los cuales, el 85,6 % correspondían a casos de abuso de drogas [47,5 %] o intentos de suicidio [38,1 %], lo que supuso un coste total de 1.825.263 euros [unos 730.105 euros por año], el equivalente a una ocupación permanente de cuatro camas/año en una unidad de alta especialización.

Yaylaci, Genc, Demir, Cinemre y Tamer (2016), realizaron, en un hospital de Turquía, un estudio retrospectivo de los pacientes que fueron ingresados en la UCI entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2011. De los 1375 pacientes que fueron atendidos en la unidad durante este período, 153 [8,9 %] presentaban el diagnóstico de intoxicación aguda, de los cuales, 114 [94,1 %] correspondían a intentos de suicidio. Aunque, según parece, no hubo ningún caso con desenlace fatal, las cifras ponen en evidencia que estas situaciones suponen un alto coste económico sobre los sistemas de salud.

Según un estudio de Czernin et al. (2012), durante el año 2003, el tratamiento de los intentos de suicidio en Basilea [Suiza] ascendió a 2.373.025 francos suizos, debido principalmente a gastos derivados de la atención psiquiátrica. En toda Suiza, se estima que el coste anual del tratamiento de los intentos de suicidio ascendería a 191 millos de francos suizos.

El coste económico del suicidio

Además, la crisis económica ha repercutido en las tasas de suicidio (Elliott, Naphan, & Kohlenberg, 2015), especialmente en aquellos países con protección social más débil y menos ayuda al desempleo (DeFina & Hannon, 2015; Norstrom & Gronqvist, 2015).

A partir de la crisis financiera mundial de 2008, las tasas de suicidio aumentaron en los países europeos y americanos, especialmente en hombres, y en aquellos países con los niveles más altos de pérdida de empleo (Chang, Stuckler, Yip, & Gunnell, 2013). El fenómeno afectó incluso a aquellos países que, como Australia, cuentan con una economía más solvente y con mayores recursos sociales (Milner, Niven, & LaMontagne, 2015).

Antonakakis y Collins (2015), han realizado un análisis de las consecuencias que las políticas financieras y sociales han tenido sobre el fenómeno del suicidio en cinco países de la eurozona: Grecia, Irlanda, Italia, Portugal y España. Encuentran que los ajustes fiscales realizados han tenido un importante impacto sobre la conducta suicida, especialmente en la población de 65-89 años, y estiman que una reducción del 1 % en el gasto social, se traduce en un aumento del 1,38 %, 2,42 % y 3,32 % de las tasas de suicidio a corto, medio y largo plazo, respectivamente, en esta franja de edad de 65-89 años.

En el caso concreto de Grecia, país particularmente afectado por el deterioro de la situación económica, las tasas de suicidio han experimentado un incremento importante, de forma paralela a la implantación de las políticas de austeridad económica, impuestas en la última década por las autoridades monetarias europeas (Antonakakis & Collins, 2015). En un estudio de seguimiento de las cifras de suicidio en Grecia durante 30 años, de 1983 a 2013, se destaca que las cifras más altas de suicidio, tanto en hombres como en mujeres, se producen en el año 2012, coincidiendo con las duras medidas de austeridad que fueron instauradas durante este año. Paralelamente, un evento teóricamente relacionado con la prosperidad, la entrada de Grecia en el euro, en el año 2002, supuso una importante disminución transitoria de los suicidios en hombres (Branas et al., 2015).

En España, la grave crisis económica sufrida en los últimos años ha jugado también un papel importante sobre las tasas de suicidio. Así, en el año 2013, el suicidio

El coste económico del suicidio

se convirtió en la primera causa de muerte entre las edades de 15 y 44 años, con un incremento de más del 9 % sobre el año anterior. Rivera, Casal y Currais (2016), plantean que la disminución del crecimiento económico y el aumento del desempleo han afectado negativamente a las tasas de suicidio, provocando que, por esta causa, se perdieran durante los años 2013 un total de 38.038 años potenciales de vida laboral, con un coste estimado de más de 565 millones de euros.

De cualquier modo, aunque, por lo general, las tasas de desempleo y suicidio aparecen estadísticamente asociadas, los datos son poco consistentes y plantean serias dudas de que puedan extraerse de ellos asociaciones causales (Laanani, Ghosn, Jougl, & Rey, 2015). En un trabajo financiado por la Fundación López-Ibor para estudiar el posible impacto de la crisis económica sobre las tasas de suicidio en Europa, se recogieron y analizaron datos de 29 países europeos, incluyendo número de muertes por suicidio en hombres y mujeres, datos de desempleo, producto interior bruto, tasa anual de crecimiento e inflación. Aunque se observa una fuerte correlación entre las tasas de suicidio y los índices económicos, los datos no son lo suficientemente concluyentes como para poder atribuir una relación causal clara entre la crisis económica y el aumento de la tasas de suicidios, ya que aparecen algunos resultados contradictorios, como, por ejemplo, el hecho de que el aumento más significativo de las tasas de suicidio se produjera unos meses antes de que emergiera la crisis económica (Fountoulakis et al., 2016).

La prevención es la piedra angular de cualquier sistema de salud destinado a racionalizar costes y reducir el sufrimiento humano (Ferris, Hasket, Pilkington, & Williams, 2007). En este sentido, aunque las estrategias de prevención del suicidio deben basarse prioritariamente en consideraciones humanas, por encima de factores económicos (Yang & Lester, 2007), no hay duda que la prevención primaria es menos costosa y traumática que los esfuerzos de los servicios de emergencia y los cuidados terciarios para salvar la vida de una persona.

Vasiliadis, Lesage, Latimer y Seguin (2015), han realizado, en el contexto canadiense, un detenido análisis de los costes asociados a una muerte por suicidio y la inversión necesaria en un programa de prevención, que incluye formación de los médicos de familia en detección y tratamiento de la depresión, campañas a la población para concienciar sobre la depresión, formación de líderes comunitarios y seguimiento de

El coste económico del suicidio

personas con intentos de suicidio previos. La conclusión es que estos programas de prevención son rentables y pueden dar lugar a importantes ahorros de costes potenciales, con evitación de muertes por suicidio y reducción de años de vida perdidos.

También, la implantación de programas de intervención post-suicidio puede constituir una estrategia rentable desde una perspectiva social, e incluso suponer un ahorro de costes, si se consideran todos los factores que se derivan del suicidio de una persona (Comans, Visser, & Scuffham, 2013).

De cualquier modo, considerando, como se ha apuntado anteriormente, que las muertes globales por suicidio superan las producidas por los accidentes de tráfico, sería razonable que se considerase el problema en su justa magnitud y se dedicase al estudio de sus causas y a su prevención, al menos una parte del presupuesto destinado a la prevención de los accidentes de carretera (Ruiz-Pérez & de Labry-Lima, 2006). Porque, en gran medida, el suicidio también debe considerarse una causa de muerte evitable (OMS, 2012), que, por tanto, puede reducirse considerablemente mediante la adecuada prevención y tratamiento de los principales factores asociados identificados (Arán Barés et al., 2006), ya que, en el caso del suicidio juvenil, se asocia en el 95% de los casos a una dificultad psíquica identificable: depresión, ansiedad, abuso de sustancias o trastorno de la personalidad (Valtueña, 2003). No obstante, la conducta suicida es una forma de comportamiento provocada por motivaciones muy especiales, donde resulta sumamente difícil extraer los factores determinantes (Ayerdi, 2007), de manera que las lógicas dificultades para evaluar los resultados de cualquier estrategia de prevención suicida hacen necesario estudios previos rigurosos que aseguren que la inversión se lleva a cabo en aquellas áreas susceptibles de generar resultados más eficaces en términos de suicidios evitados y vidas salvadas (Kennelly, 2007). En este sentido, sería deseable la realización de estudios longitudinales, desde una perspectiva holística, orientados al estudio del suicidio y del riesgo suicida en diferentes estructuras familiares, sociales y económicas, cuyos resultados permitiesen formular las bases conceptuales y metodológicas de la prevención.

*Ningún hecho está mejor establecido en la ciencia como el de que el suicidio se comete
frecuentemente por imitación.*

William Farr

El suicidio y los medios de comunicación. El efecto Werther

El suicidio y los medios de comunicación. El efecto Werther

Gran parte de los teóricos y los investigadores consideran que el suicidio es una conducta con una alta capacidad de reproducirse por imitación. En la historia clásica aparecen algunos ejemplos de lo que puede considerarse “epidemias de suicidios”. Por ejemplo, el último rey de Roma, Tarquino, en el siglo VI a. C., combatió una supuesta epidemia con la crucifixión de los cadáveres de los suicidas. También Plutarco refiere este tipo de “fiebre suicida” entre los jóvenes de la ciudad de Mileto, que obligó a las autoridades a exponer los cadáveres desnudos para impedir el efecto mimético a través de la vergüenza de la exposición *post mortem*. Posiblemente, este temor al contagio y a la propagación sería uno de los motivos que estarían detrás de la costumbre de sancionar el acto suicida.

Algunos investigadores (Herrera, Ures, & Martínez, 2015) han sugerido que los medios de comunicación podrían tener un papel importante tanto en la prevención como en la conducta imitativa, dado su papel significativo sobre la sociedad y su influencia sobre las creencias, las actitudes y el comportamiento del conjunto de la sociedad.

Puede resultar sorprendente que, a pesar del elevado número de muertes atribuidas al suicidio, este hecho apenas quede reflejado en los medios de comunicación. En efecto, en contraste, por ejemplo, con los accidentes de tráfico o de aviación, es difícil encontrar una noticia que haga referencia al suicidio en general o a la muerte por suicidio de un personaje público. Las razones parecen estar en un *código de conducta ética* de los medios de comunicación que aconseja no difundir las noticias sobre suicidios, especialmente cuando se refiere a una persona popular, con el objetivo de evitar el denominado *efecto Werther*.

El término *efecto Werther* fue acuñado por Phillips (1974) en el transcurso de su estudio realizado entre 1947 y 1968, relativo al aumento de suicidios observado en Estados Unidos al mes siguiente de que el periódico New York Times hiciera referencia a un suicidio en su portada. Phillips utiliza el término de *efecto Werther* para hacer referencia al suicidio inducido mediáticamente, inspirándose en la novela de Wolfgang Goethe *Las desventuras del joven Werther*, donde se narran los amores imposibles entre Werther y Charlotte, una mujer casada, que culminan con el suicidio del protagonista

El suicidio y los medios de comunicación. El efecto Werther

mediante un disparo en la cabeza. La novela, publicada en 1774, alcanzó un enorme éxito en toda Europa, trascendiendo incluso el ámbito literario y dando lugar a una verdadera *fiebre Werther*, que incluía la imitación de su forma de morir por parte de jóvenes despechados que se identificaban con el héroe romántico. Ante la oleada de suicidios que se produjo, reproduciendo el método y la escenografía que se narraban en la novela, la obra fue prohibida en diversos países, e incluso la Iglesia Luterana la condenó por inmoral.

Sin embargo, el fenómeno de los suicidios por imitación no era nuevo. A principios del siglo XVIII, en Japón, los dramas más populares representados en el Kabuki, el teatro tradicional japonés, eran "Los amantes suicidas de Sonezaki" [1703] y "Los amantes suicidas de Amijima" [1721], obras en las que se escenificaban sendas historias de amores imposibles que culminaban con el suicidio de los protagonistas al estilo de Romeo y Julieta, con la esperanza de reunirse en la otra vida. Estos suicidios dobles [*shinju*] fueron imitados por muchas parejas jóvenes, conduciendo a una epidemia de suicidios, ante la cual el gobierno japonés prohibió en 1723 la representación de obras kabuki donde se incluyeran escenas de suicidios dobles de amantes (Krysinska & Lester, 2006). Además, se prohibió el entierro de los suicidas, cuyos cuerpos eran expuestos públicamente durante tres días y, en el caso de que uno de los amantes sobreviviese, era sometido a juicio por asesinato (Nomura et al., 1996).

Andriessen (2007) describe otro notable ejemplo del efecto Werther en el Japón del siglo XX. El volcán Mihara-Yama en la isla de Oshima no había despertado nunca ninguna atención especial hasta febrero de 1933, cuando Kiyoko Matsumoto, una muchacha de 19 años, llegó a la isla en el transbordador en compañía de un amigo, con billete sólo de ida y, ascendiendo a lo alto de la montaña, puso fin a su vida saltando al cráter del volcán. La historia del suicidio de Kiyoko fue ampliamente difundida por los medios de comunicación, convirtiendo Mihara-Yama en un lugar popular, especialmente entre los aspirantes a suicidas. Durante el año 1933 un total de 143 personas murieron al arrojar al cráter y 167 lo hicieron en 1934. Como consecuencia, la isla de Oshima se convirtió en una atracción turística para muchas personas que la visitaban con la esperanza de poder contemplar un suicidio en directo, o dos, si tenían suerte. Ante la afluencia de visitantes se abrieron restaurantes e incluso se importaron camellos, como nota exótica, para conducir a los viajeros hasta la cima del volcán.

El suicidio y los medios de comunicación. El efecto Werther

Finalmente, el gobierno intervino colocando un policía y una barrera en el borde del volcán, con la misión de disuadir a los suicidas. También se prohibió viajar a la isla en el transbordador con billete sólo de ida. Al parecer, la epidemia de suicidios remitió a mediados de 1935 y el volcán de Mihara-Yama volvió a ser un lugar apacible y solitario.

Al suicidio por imitación se le conoce también como *efecto Copycat* y presenta como característica el hecho de que es más fácil que se produzca cuando el modelo a imitar es el de una persona célebre o famosa (Blood & Pirkis, 2001). La experiencia clínica y la propia investigación afirman que cuanto más sensacionalista sea la cobertura del incidente más podría aumentar ese comportamiento suicida en poblaciones vulnerables (Yang et al., 2013).

En la historia reciente también aparecen numerosos casos de suicidio imitativo en los que puede reconocerse un elemento contagioso, no solo en el acto en sí, sino también en la manera de ejecutarlo. Por ejemplo, tras la Primavera de Praga, en 1969, la inmolación del estudiante Jan Palach, en protesta por la invasión soviética, fue imitada en el resto de Europa por una decena de casos, que repitieron la misma fórmula en el plazo de una semana. También puede identificarse el efecto contagio en la ficción audiovisual: en USA en un episodio de la serie *Casualty* para la televisión, una persona se suicidaba con una sobredosis de paracetamol. En la semana siguiente, las intoxicaciones autoinducidas por esta sustancia se incrementaron en un 17%, según se demostró en una investigación posterior (Hawton et al., 1999).

Koburger et al. (2015) destacan que, tras la muerte en 2009 del portero de la selección alemana de fútbol, Robert Enke, que se arrojó a las vías del tren en Hannover, se produjo en Alemania un aumento significativo del número de suicidas que utilizaron este mismo procedimiento. De forma similar, Kim y Yoom (2013), en una investigación realizada en Corea tras el suicidio de dos personas populares, un cantante y un político, constatan un aumento significativo de los suicidios que imitaban el método, especialmente en el caso del cantante, cuya muerte había tenido una mayor cobertura mediática. En otro estudio realizado en Corea por Park et al. (2016) se encontró que el máximo efecto contagio se produjo tras el suicidio de una famosa actriz en 2008, sugiriendo una relación directa entre la cobertura de los medios y el impacto del suicidio de la celebridad.

El suicidio y los medios de comunicación. El efecto Werther

Según parece, el problema no parece ser tanto la difusión de la noticia en los medios, sino la forma de proporcionar la información. Sisask y Värmik (2012) en una revisión sistemática que realizaron sobre el tema, confirman que la mayoría de los estudios apoyan la idea de que la difusión de las noticias sobre suicidios y las tendencias suicidas imitativas están asociadas, aunque esto podría deberse al estilo del medio en la comunicación de la noticia, que, por lo general, busca el impacto emocional en el lector, destacando los aspectos más dramáticos y letales. En este sentido, Schäfer y Quiring (2015), aunque también confirman un aumento de los suicidios imitativos, encuentran inadecuado el uso que los medios de comunicación hacen de las recomendaciones acerca de la notificación de suicidios y coinciden con Maloney et al. (2014) en sugerir una profunda revisión de estas recomendaciones, de cara a que los medios de comunicación puedan actuar minimizando el *efecto Werther* y potenciando el *efecto Papageno* [protector].

Pero no solo los medios de comunicación pueden estar implicados en la difusión, contagio o imitación de esta conducta, Según parece, un ambiente propicio compartido también puede originar la aparición de suicidios múltiples. Casos como Vodafone Francia o el caso de Technocentre de Renault serían el ejemplo del aumento de suicidios en un lugar y momento determinados, donde las condiciones de vida y de trabajo pueden estar en el origen de la conducta suicida imitativa.

Asimismo, existen lugares tradicionalmente vinculados con las conductas suicidas. Lugares que parecen ejercer un magnetismo especial sobre aquellas personas con ideación suicida: el puente Golden Gate en San Francisco, el viaducto de Bloor Street en Toronto o el de la calle Segovia en Madrid, son emplazamientos famosos por el número de personas que han puesto allí fin a su vida. En estos dos últimos escenarios, las medidas arquitectónicas de tipo disuasorio han disminuido considerablemente el número de intentos.

Por otro lado, existe también un fenómeno inverso. Es lo que se conoce como *efecto Papageno*, en honor al personaje homónimo de *La Flauta Mágica* de Mozart que es disuadido de suicidarse por tres niños que le muestran las otras alternativas que ofrece la vida. Este efecto preventivo sucede cuando la cobertura de la noticia es responsable y sigue una serie de pautas ya establecidas (Niederkrötenhaler et al., 2012). Informar sobre las personas afectadas que han sabido afrontar una situación vital de

El suicidio y los medios de comunicación. El efecto Werther

crisis de una forma positiva, sin caer en comportamientos suicidas, se ha relacionado también con descensos de las tasas de suicidio, comportándose, por tanto, en estos casos la información como un efecto protector.

La controversia de los efectos sobre la población de los fenómenos *Werther* y *Pagageno* ha dado lugar a que diferentes países promuevan guías sobre la cobertura responsable de las noticias sobre suicidio. Buena parte de estas guías surgieron a partir de las recomendaciones promovidas a partir del año 2000 por la OMS dentro del programa SUPRE [Suicide Prevention] (OMS, 2014a). Se trata de una iniciativa a nivel mundial que busca prevenir el suicidio a partir de seis medidas básicas:

- Tratamiento de las enfermedades mentales.
- Disminución de tóxicos en el combustible de vehículos y en el gas doméstico
- Control de la posesión de armas de fuego.
- Control sobre la disponibilidad de sustancias tóxicas.
- Disminución de las noticias sensacionalistas sobre suicidios en los medios de difusión.

Las recomendaciones que se recogen para los profesionales de la comunicación serían, entre otras, las siguientes:

- Trabajar estrechamente con autoridades de la salud en la presentación de los hechos.
- Referirse al suicidio como un hecho logrado, no como algo exitoso.
- Presentar solo datos relevantes en las páginas interiores.
- Resaltar las alternativas al suicidio.
- Proporcionar información sobre líneas de ayuda y recursos comunitarios.
- Publicitar indicadores de riesgo y señales de advertencia.
- No publicar fotografías o notas suicidas.
- No informar de detalles específicos sobre el método usado.
- No dar razones simplistas.
- No glorificar ni tratar de forma sensacionalista el suicidio.
- No usar estereotipos religiosos o culturales.
- No aportar culpas.

El suicidio y los medios de comunicación. El efecto Werther

Lo cierto es que, en la práctica, el número de noticias publicadas sobre suicidio son escasas, seguramente debido al estigma asociado al suicidio y el temor al efecto contagio (Herrera, Ures y Martínez, 2015), que se traducen en una especie de *código ético* de tratamiento del fenómeno por parte de los medios de comunicación. Como ejemplo, el Manual de Estilo del periódico El País (2008) que refiere: *“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”*. Este mismo criterio podemos encontrarlo prácticamente en todos los libros de estilo o normativas al respecto en el resto de medios de comunicaciones españoles más importantes

*Entre las miserias de nuestra vida en la tierra, el suicidio constituye el más preciado
don que Dios ha concedido al hombre.*

Plinio el Viejo

La evaluación del riesgo suicida

La evaluación del riesgo suicida es una de las tareas más importantes y complejas a las que tienen que enfrentarse los profesionales de la salud (Ayuso-Mateos et al., 2012). La evaluación objetiva del riesgo que presenta una determinada persona constituye un pilar básico de la prevención en todos los niveles asistenciales. Debido a la complejidad de la conducta suicida y la multitud de factores poco manejables que inciden, además de la variabilidad conductual del sujeto, la evaluación constituye un proceso complejo y que siempre plantea serias dudas al evaluador, cuando los resultados de la evaluación han de ser la base de decisiones clínicas que, en ocasiones se enfrentan a la propia voluntad de la persona.

La evaluación clínica es el procedimiento más adecuado para poder establecer una aproximación al nivel de riesgo de suicidio que presenta un paciente (Links & Hoffman, 2005). Sin embargo, la utilización de escalas psicométricas y cuestionarios, contruidos y validados a tal efecto, ha demostrado ser muy útil para aumentar la fiabilidad de la decisión que toma el clínico y la documentación de la información que formará parte de la historia clínica. Además, el uso de estas escalas y su registro puede ser importante a la hora de justificar legalmente la decisión tomada (García-Nieto et al., 2012).

El protocolo desarrollado por el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (Atienza, Ferrer, Álvarez-Ariza, Rozas & Triñanes, 2012) establece cuatro cuestiones básicas a considerar a la hora de enfrentarnos a la evaluación del riesgo suicida de un paciente:

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo más importantes asociados a la conducta suicida?
2. ¿Cuáles son los factores que pueden actuar como precipitantes de la conducta suicida y cuáles como factores protectores?
3. ¿Qué papel juega la entrevista clínica en la valoración del riesgo suicida?

La evaluación del riesgo suicida

4. ¿Disponemos de algún instrumento psicométrico, válido y fiable, que nos permita razonablemente predecir el riesgo de futura conducta suicida?

Factores de riesgo

Identificar aquellos factores que contribuyen a aumentar o disminuir el riesgo de que aparezca la conducta suicida es el primer paso y uno de los más importantes en la evaluación clínica, que debe valorar cuáles son aquellos que concurren en una persona en particular. Habitualmente estos factores se clasifican en *modificables* e *inmodificables* [tabla 1]. Se consideran factores modificables aquellos sobre los que puede actuarse activamente mediante el tratamiento clínico, y, básicamente, se relacionan con circunstancias sociales, psicológicas y psicopatológicas. Los factores inmodificables serían aquellos asociados a las características del sujeto o de su grupo social de pertenencia y no son susceptibles de modificación mediante la actuación clínica.

Tabla1. Clasificación de los factores de riesgo suicida

Modificables	Inmodificables
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno afectivo • Esquizofrenia • Trastorno de ansiedad • Abuso de sustancias • Trastorno de personalidad • Otros trastornos mentales • Salud física • Dimensiones psicológicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Genética • Sexo • Edad: <ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes y adultos jóvenes • Edad geriátrica • Estado civil • Situación laboral y económica • Creencias religiosas • Apoyo social • Conducta suicida previa

Fuente: Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida

Escalas Psicométricas de Evaluación del Riesgo Suicida

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Suicide Risk Scale = SRS)

La Escala de Riesgo suicida fue diseñada por Plutchik et al. (1989) para discriminar entre individuos normales y pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellos. Los 15 ítems con formato de respuesta dicotómica (sí/no) de la escala, incluyen cuestiones relacionadas con intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados. Cada ítem con respuesta “sí” suma un punto, de manera que las posibles puntuaciones totales estarán entre 0 y 15, indicando las puntuaciones más altas un mayor riesgo de suicidio. Los autores de la forma española (Rubio et al., 1998) recomiendan el punto de corte en los 6 puntos, de manera que ante una puntuación de 6 o superior debemos considerar un considerable riesgo de suicidio.

En el estudio de las propiedades métricas realizado con la SRS (Tomás Sábado & Monforte Royo, 2010), se obtuvo un alfa de Cronbach de consistencia interna de 0,81, correlaciones positivas y significativas [$p < 0,01$] con ansiedad y depresión y negativas y significativas [$p < 0,01$] con autoestima.

El análisis factorial exploratorio resultó en una matriz factorial formada por cuatro factores significativos, que, en su conjunto, explicaban el 52,64% de la varianza total, y que se denominaron: 1. *Sentimientos de inutilidad*; 2. *Ideación suicida*; 3. *Desesperanza*; y 4. *Factores sociales*.

Estos resultados apoyan la validez concurrente y discriminante de la SRS y su configuración como un instrumento multifactorial, válido para la evaluación del riesgo suicida en la población española, especialmente en aquellos ámbitos, como enfermería, donde se observa una alta incidencia de conducta suicida.

En esta tesis se ha utilizado la SRS como instrumento para evaluar el riesgo suicida en todos los estudios que se presentan en la *Parte Empírica*.

La evaluación del riesgo suicida

Tabla 2. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (SRS)

Instrucciones. Responde a las siguientes cuestiones señalando con una X la opción que mejor corresponda, sí o no, a tu posición personal

	SÍ	NO
1. ¿Tomas de forma habitual algún medicamento o pastilla para dormir?		
2. ¿Tienes dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿Notas a veces que podrías perder el control sobre tí mismo/a?		
4. ¿Tienes poco interés en relacionarte con la gente?		
5. ¿Ves tu futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Te has sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ves tu futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Te has sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo querías meterte en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Estás deprimido/a ahora?		
10. ¿Estás separado/a, divorciado/a o viudo/a?		
11. ¿Sabes si alguien de tu familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez te has sentido tan enfadado/a que habrías sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿Has pensado alguna vez en suicidarte?		
14. ¿Le has comentado a alguien, en alguna ocasión, que querías suicidarte?		
15. ¿Has intentado alguna vez quitarte la vida?		
Puntuación Total		

Escala SAD PERSONS

La SAD PERSONS Scale fue desarrollada por Patterson, Dohn, Bird y Patterson (1983), con el objetivo de proporcionar un instrumento rápido y sencillo para evaluar el riesgo suicida de un paciente que acude a los servicios sanitarios de atención primaria o a un servicio de urgencias de un hospital general, de manera que pueda tomarse una decisión fundamentada sobre la posibilidad de ingresarlo o, alternativamente, dirigirlo hacia los servicios psiquiátricos de urgencia. El nombre de la escala es un acrónimo en inglés de los principales factores de riesgo de suicidio: Sex, Age, Depresión, Previous attempt, Etanol abuse, Rational thinking loss, Social supports lacking, Organized plan, No spouse, Sickness.

La escala consta de 10 ítems: sexo [varón], edad [menor de 19 ó mayor de 45 años], depresión, intentos previos de suicidio, abuso de alcohol, trastornos cognitivos, bajo soporte social, plan organizado de suicidio, no pareja estable y enfermedad somática. Cada uno de ellos se valora con un punto si está presente o con 0 si está ausente, siendo la puntuación total la suma de todos ellos, que oscilará entre 0 y 10. La puntuación total es la suma de todos ellos.

Por lo que respecta a los elementos que forman parte de la escala, el sexo masculino se considera factor de riesgo, ya que aunque las mujeres realizan tres veces más intentos de suicidio que los hombres, los intentos masculinos presentan tres veces más letalidad que los de las mujeres. La edad presenta una distribución bimodal, con mayor riesgo por encima de los 45 años y por debajo de los 19 (Hockberger & Rothstein, 1988).

Aunque la SAD PERSONS no ha sido formalmente validada en España, por su sencillez y rapidez se recomienda su uso en aquellas situaciones donde sea necesario tomar una decisión sobre el tratamiento o derivación de un paciente con potencial riesgo suicida. De hecho, la escala se utiliza de forma sistemática en los servicios de urgencias de los hospitales del Reino Unido, donde queda incorporada a la historia clínica del paciente. En este contexto, el uso de la escala ha sido aceptado por el *National Health System* y, por tanto, puede constituir un elemento de defensa ante los tribunales ante supuestas malas praxis por alta en personas de riesgo.

Tabla 3. Escala SAD Persons

	SÍ	NO
S: Sexo masculino.		
A: Edad menor de 20 años o mayor de 45 años.		
D: Depresión.		
P: Tentativa suicida previa.		
E: Abuso de alcohol.		
R: Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos).		
S: Carencia de apoyo social.		
O: Plan organizado de suicidio.		
N: No pareja o cónyuge.		
S: Enfermedad somática		
Puntuación		

Cada uno de los ítems presentes suma un punto, hasta un total de 10. La interpretación debe hacerse:

- 0-2 puntos: Sin riesgo. Alta con seguimiento ambulatorio.
- 3-4 puntos: Riesgo bajo. Seguimiento ambulatorio intensivo. Considerar ingreso psiquiátrico.
- 5-6 puntos: Riesgo medio. Si no hay apoyo familiar estrecho debe internarse.
- 7-10 puntos: Riesgo alto. Ingreso. Riesgo de intento inminente.

Escala de desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale = BHS)

La BHS fue desarrollada por Beck, Weissman, Lester & Trexler (1979) y se considera uno de los mejores predictores del suicidio en población con trastorno psicótico y adecuada también para evaluar la depresión. La adaptación española fue realizada por Aguilar, Hidalgo, Cano, López y Hernández (1995). Se trata de un cuestionario autoaplicado para evaluar, desde un punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que la persona tiene acerca de su bienestar y su futuro, así como sus capacidades para hacer frente a las dificultades y llegar al éxito en su vida. Está dirigida a la población clínica psiquiátrica u hospitalizada de 17 a 80 años de edad.

La evaluación del riesgo suicida

La escala consta de 20 ítems con respuesta dicotómica verdadero/falso, que se refieren a actitudes sobre su futuro, así como frases pesimistas referidas al presente. Su cumplimentación es muy sencilla: el paciente debe marcar la opción verdadero o falso, según el enunciado del ítem refleje o no su realidad. Once de los ítems puntúan en la opción “verdadero”, mientras que los nueve restantes puntúan en la opción “falso”, de manera que las posibles puntuaciones totales pueden oscilar entre 0 y 20. El tiempo de administración no suele ser superior a 5-10 minutos.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, presenta una buena consistencia interna, con alfas de Cronbach de 0,82 a 0,84, y correlaciones positivas y significativas con la ideación suicida y la sintomatología depresiva.

La escala proporciona una puntuación total y puntuaciones parciales para tres factores diferentes: Factor afectivo, Factor motivacional y Factor cognitivo.

La puntuación total obtenida por un sujeto se interpreta de acuerdo al siguiente baremo:

- 0-3: Ningún riesgo o riesgo mínimo de cometer suicidio
- 4-8: Riesgo leve
- 9-14: Riesgo moderado
- 15-20: Riesgo alto

Tabla 4. Escala de Desesperanza de Beck (BHS)

Instrucciones para el paciente: Por, favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero (V) o falso (F).

	V	F
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mi mismo		
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así		
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años		
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer		
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar		
7. Mi futuro me parece oscuro		
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro.		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo		
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera		
15. Tengo una gran confianza en el futuro		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro		
18. El futuro me parece vago e incierto		
19. Espero más bien épocas buenas que malas		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré		
Puntuación Total		

Instrucciones para el profesional:

Población diana: Población con trastorno psicótico de inicio. Útil para identificar personas con trastorno psicótico con riesgo suicida. Se trata de una escala **autoadministrada** de respuestas dicotómicas.

Se puntúa 1 las respuestas “Verdadero” de los ítems (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) y el resto de las respuestas “Falso”. El punto de corte más adecuado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto.

Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale = SIS)

La SIS es una escala desarrollada por Beck, Schuyler y Herman (1974) para evaluar las características del intento suicida en cuanto a las circunstancias en las que sucedió (aislamiento, precauciones...), actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y conductas antes, durante y después del intento, consumo de alcohol o de otras sustancias relacionado con la tentativa. La versión española se debe a Bobes, Portilla, Bascarán, Sáiz y Bousoño (2004).

Se trata de un instrumento heteroaplicado, a utilizar en pacientes que han llevado a cabo un intento autolítico, que consta de 20 ítems, que se valoran mediante una escala de tres puntos (de 0 a 2 puntos), proporcionando una valoración de la gravedad de la tentativa.

La escala contiene tres partes diferenciadas:

- Parte objetiva. Está formada por los ítems 1-8 y se refiere a las circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio
- Parte subjetiva. Ítems 9-15, referidos a las expectativas durante la tentativa de suicidio
- Otros aspectos. Ítems 16-20

La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en los ítems 1-15. Los últimos cinco ítems no se puntúan.

No se ha propuesto punto de corte. A mayor puntuación, mayor gravedad.

Tabla 5. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS)

I. Circunstancias objetivas
<i>1. Aislamiento</i>
0. Alguien presente
1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p.ej., teléfono)
2. Nadie cerca o en contacto
<i>2. Medición del tiempo</i>
0. La intervención es muy probable
1. La intervención es poco probable
2. La intervención es altamente improbable
<i>3. Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas</i>
0. Ninguna
1. Toma precauciones pasivas (p.ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.)
2. Toma precauciones activas (p.ej., cerrando la puerta, etc.)
<i>4. Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento</i>
0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda
1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado
2. No contactó, ni avisó a nadie
<i>5. Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)</i>
0. Ninguno
1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa
2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales
<i>6. Preparación activa del intento</i>
0. Ninguna
1. Mínima o moderada
2. Importante
<i>7. Nota suicida</i>
0. Ninguna
1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla
2. Presencia de nota

8. *Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)*

- 0. No comunicación verbal
- 1. Comunicación ambigua (p.ej., “estoy cansado de la vida”, “pienso que estáis mejor sin mí”, “nada tiene objeto”)
- 2. Comunicación no ambigua (p.ej., “quiero morir”, “siento como si quisiera matarme”, “tomar pastillas”)

II. Autoinforme

9. *Propósito supuesto del intento*

- 0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza
- 1. Componentes de 0 y 2
- 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas

10. *Expectativas sobre la probabilidad de muerte*

- 0. Pensó que era improbable
- 1. Posible pero no probable
- 2. Probable o cierta

11. *Concepción de la letalidad del método*

- 0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal
- 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal
- 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal

12. *Seriedad del intento*

- 0. No intentó seriamente poner fin a su vida
- 1. Inseguro
- 2. Intentó seriamente poner fin a su vida

13. *Actitud hacía el vivir/morir*

- 0. No quería morir
- 1. Componentes de 0 y 2
- 2. Quería morir

14. *Concepción de la capacidad de salvamento médico*

- 0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica
- 1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica
- 2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica

15. *Grado de premeditación*

0. Ninguno, impulsivo
1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento
2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento

III. Circunstancias subjetivas

16. *Reacción frente al intento*

0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimiento de ridículo, vergüenza
1. Acepta tanto el intento como su fracaso
2. Rechaza el fracaso del intento

17. *Preconcepciones de la muerte*

0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos
1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas
2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte

18. *Número de intentos de suicidio previos*

0. Ninguno
1. 1 ó 2
2. 3 o más

19. *Relación entre ingesta de alcohol e intento*

0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento

20. *Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)*

0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento

Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation = SSI)

La SSI es un instrumento heteroadministrado de 19 ítems, que debe ser cumplimentada por el terapeuta en el transcurso de una entrevista semiestructurada y puede ser utilizada en sujetos mayores de 17 años para evaluar y cuantificar la intensidad suicida, o grado de seriedad o intensidad con el que alguien pensó o está pensando en suicidarse. El instrumento fue desarrollado por Beck, Kovacs y Weissman (1979). Existe una adaptación española realizada por Comeche, Díaz y Vallejo (1995), pero que no ha sido formalmente validada. Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de la ideación suicida. Su cumplimentación no debería ocupar más de 10 minutos.

La escala evalúa la intensidad de los deseos de vivir y de morir, además de otros elementos que deben de tenerse en cuenta, como la letalidad del método considerado, la disponibilidad de éste, sensación de control sobre la acción o el deseo o presencia de disuasores.

Psicométricamente, la SSI presenta coeficientes de consistencia interna satisfactorios, con alfas de Cronbach entre 0,89 y 0,96, fiabilidad interexaminador de 0,83 y correlaciones positivas y significativas con desesperanza y depresión.

Cada ítem se puntúa mediante una escala de 0-2 (0= ausente; hasta 2= máxima intensidad de la ideación suicida) y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 primeros ítems, ya que el ítem 20 únicamente tiene valor descriptivo, de manera que las posibles puntuaciones oscilarán entre 0-38.

Los ítems se agrupan en cuatro factores:

- Actitud hacia la vida y la muerte. Ítems 1 a 5
- Características de la ideación o deseo de muerte. Ítems 6 a 11
- Características del intento planeado. Ítems 12 a 15
- Actualización de la tentativa. Ítems 16 a 19

Tabla 6. Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation = SSI)

Fecha..... Carrera..... Edad.....

*Lea cuidadosamente el cuestionario. Marque con un **círculo** el número de la frase de cada grupo que **mejor** lo describa. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir.*

I. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA

- | | |
|--|--|
| <p>1. <i>Su deseo de vivir es :</i></p> <p>0. Moderado a fuerte.</p> <p>1. Mediano o poco (débil).</p> <p>2. No tengo deseo (inexistente).</p> | <p>0. Ninguno (inexistente).</p> <p>1. Poco (débil).</p> <p>2. Moderado a fuerte.</p> |
| <p>2. <i>Su deseo de morir es:</i></p> <p>0. No tengo deseos de morir.</p> <p>1. Pocos deseos de morir.</p> <p>2. Moderado a fuerte.</p> | <p>5. <i>Realizar un intento de suicidio pasivo:</i></p> <p>0. Tomaría precauciones para salvar su vida.</p> <p>1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.</p> <p>2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.</p> |
| <p>3. <i>Sus razones para Vivir/Morir son:</i></p> <p>0. Vivir supera a morir.</p> <p>1. Equilibrado (es igual).</p> <p>2. Morir supera vivir.</p> | |
| <p>4. <i>Su deseo de realizar un intento de suicidio activo es:</i></p> | <p>Nota: Si la puntuación en los reactivos 4 y 5 es “0” –Deje de contestar el cuestionario-</p> |

II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS

Su duración de Pensamientos/Deseos son:

0. Breves, duran poco tiempo o pasajeros.
1. Temporadas o períodos largos.
2. Duran un tiempo largo o continuo.

7. Su frecuencia de Pensamientos/Deseos son:

0. Rara vez; ocasionalmente (baja).
1. Frecuentemente pienso/deseo.
2. Casi todo el tiempo pienso/deseo.

8. Su actitud hacia los Pensamientos/Deseos es:

0. Rechazo los pensamientos / deseos.
1. Ambivalente; indiferente.
2. Aceptación de pensamientos / deseos.

9. Su control sobre la acción/deseo de suicidio:

0. Tiene capacidad de control.
1. Inseguridad de capacidad de control.
2. No tiene capacidad de control.

10. Sus razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar):

0. No lo intentaría porque algo lo detiene.
1. Tiene cierta duda hacia los intereses que lo detienen.
2. No tiene o mínimo interés en las razones que detienen.

11. Sus razones para Pensar/Desear el intento suicida:

0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.
1. Combinación de 0-2.
2. Escapar, acabar, manera de resolver problemas.

Indicar cuáles son estos factores que detienen la tentativa

III. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO

12. *El método: Especificidad/Oportunidad de pensar el intento:*
0. Sin considerar método o plan.
 1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.
 2. Plan elaborado, detalles elaborados y bien formulados.
13. *El método: Disponibilidad / Oportunidad de pensar el intento:*
0. Método no disponible; no oportunidad.
 1. Método requeriría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
14. *La Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento:*
0. No tiene el valor, o capacidad (debilidad o asustado).
 1. No está seguro de tener valor o capacidad.
 2. Está seguro de tener valor.
15. *La expectativa de anticipación de un intento real:*
0. No.
 1. Sin seguridad, sin claridad.
 2. Sí.
2. Método y oportunidad disponible. 2ª oportunidad en el futuro o disponibilidad de anticipar el método.

IV. ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO

16. *La preparación real de realizarlo:*
0. Ninguna preparación.
 1. Alguna preparación (guardar pastillas, conseguir instrumentos).
 2. Completa (preparativos terminados).
17. *La nota suicida:*
0. No ha escrito nota o carta (ninguna).
 1. Solo pensada, iniciada, sin terminar.
 2. Nota o carta escrita (terminada).

La evaluación del riesgo suicida

18. Ha realizado acciones finales para preparar el suicidio (testamentos, arreglos o pagos, regalos):

0. No.
1. Pensamientos de realizar algunos arreglos finales.
2. Planes realizados y arreglos finales.

19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida:

0. Revela las ideas abiertamente.
1. Evita o revela las ideas con reserva.
2. Encubre, oculta o engaña y miente.

20. Intento de suicidios anteriores:

0. No ha intentado.
1. Uno.
2. Más de uno.

Morir más temprano o más tarde es cosa de poca importancia; lo que importa es morir bien o mal. Morir bien, por otra parte, es huir del peligro de vivir mal y la vida no es como para comprarla sea cual sea el precio.

Séneca

El suicidio en enfermería

Una enfermera se suicida. El suicidio de enfermeras en los medios de comunicación

The Sydney Morning Herald (NSW : 1842 - 1954), Thursday 20 August 1908, page 14

NURSE COMMITS SUICIDE.

WELLINGTON (N.Z.), Wednesday.

Rosabel Byron, a nurse, committed suicide by swallowing a heavy dose of perchloride of mercury. Deceased came from New South Wales to Wellington last March. It is supposed that she suffered from nervous prostration.

El jueves, 20 de agosto de 1908, el periódico australiano *The Sydney Morning Herald*, informa, en una sección denominada “Casualties” (víctimas), del accidente mortal de un ciclista, la muerte de un portero de noche de un hotel, el asesinato de un comerciante de metales y, por último, el suicidio de una enfermera. La breve reseña decía:

ENFERMERA SE SUICIDA.

WELLINGTON (N.Z.), Miércoles.

Una enfermera, Rosabel Byron, se suicidó por la ingesta de una gran dosis de percloruro de mercurio. La fallecida había venido de Gales del Sur a Wellington en marzo pasado. Se supone que sufría de postración nerviosa.

Aunque no se tienen noticias de cuál podía ser la incidencia de suicidios en enfermeras a principios del siglo XX, lo cierto es que, en la actualidad, la mayoría de las investigaciones realizadas, parecen ser unánimes en concluir un alto índice de suicidios en la profesión enfermera.

En una búsqueda realizada en Internet [Google] mediante los términos “enfermera se suicida” y “nurse committed suicide” se encontró noticias de 13 suicidios consumados de enfermeras y cinco de estudiantes de enfermería. Por lo que respecta a las enfermeras,

El suicidio en enfermería

cuatro eran de la India, cinco mexicanas y una de Canadá, Estados Unidos, República Dominicana y Paraguay. Los estudiantes eran tres de Perú y uno de Filipinas y México. Por lo que respecta al método utilizado para suicidarse, seis de las enfermeras [42%] lo hicieron por sobredosis de medicamentos, seis [42%] por ahorcamiento y una por precipitación [14%]. Los estudiantes se suicidaron por ahorcamiento [2], precipitación [1], sobredosis [1] y un caso donde no se informa del método utilizado. No se encontró ninguna noticia de suicidio de enfermera en España ni en Europa.

Noticias aparecidas en periódicos digitales

- ✓ Una enfermera de 58 años, que trabajaba en el Hospital Universitario de Quebec [Canadá] se suicidó recientemente por sobredosis de medicamentos. Fue el quinto suicidio de enfermeras en esta institución en los últimos 18 meses. En una carta dirigida a sus familiares más cercanos, la enfermera, con 37 años de experiencia laboral, atribuía su decisión a las presiones por parte de la administración del hospital para poner fin a su baja laboral y reincorporarse a su trabajo. *World Socialist Web Site, 6 de septiembre de 2010.*
- ✓ Al día siguiente de que Beeba Baby, una enfermera de 22 años, se suicidara, colgándose del techo de su habitación, 250 de sus compañeras, enfermeras del Asian Heart Institute Hospital de Mumbai [India], se declararon en huelga como protesta por el acoso sufrido por parte de sus superiores y un sistema de contrato injusto que les impide dejar su trabajo en el hospital antes de completar dos años de servicio obligatorio. *Daily News & Analysis, 19 de octubre de 2011.*
- ✓ Kimberly Hiatt, de 50 años, enfermera con 27 años de experiencia en cuidados intensivos pediátricos se suicidó por ahorcamiento el pasado 3 de abril. Según parece, Hiatt estaba muy afectada después de que un niño gravemente enfermo muriese en el Hospital Infantil de Seattle [USA], en parte a consecuencia de un error en la dosis de medicación administrada. Después de la muerte del niño, el hospital suspendió su contrato y posteriormente la despidió. *Mail Online, 27 de junio de 2011.*
- ✓ Enfermera se suicida en el hospital de Kovay [India]. S. Rajalakshmi, enfermera de 23 años que trabajaba en el Hospital de Kovay se suicidó mediante la administración de una inyección mortal después de encerrarse en el interior del

El suicidio en enfermería

- baño del hospital en la noche del viernes. La policía informó que la mujer sufría una depresión por razones personales. *The Times of India*, 17 de diciembre de 2011.
- ✓ Enfermera se suicida en Delhi [India]. Una enfermera de 49 años, identificada como Seema, que trabajaba en el hospital Dr. Hedgewar de Delhi, se suicidó al colgarse de un ventilador de techo en su habitación. No se encontró ninguna nota de suicidio junto a su cuerpo. *The Pionner*, 31 de agosto de 2011.
 - ✓ Suicidio de una enfermera en Bahrein. Reena George, enfermera de 30 años oriunda de Kerala [India] que trabajaba en el Bilad Al Qadeem Health Centre, se suicidó colgándose en su casa de Salmaniya. *Daily Tribune*, 2 de enero de 2012.
 - ✓ Enfermera se suicida en el Hospital de San José por aparente depresión. María Magdalena Rojas George, de 28 años, enfermera del Hospital del IMSS de San José [Puebla, México], fue hallada muerta en el baño de enfermeras y, de acuerdo con las primeras versiones, se suicidó inyectándose un medicamento que le quitó la vida. Hasta el momento se desconoce qué tipo de medicamento se inyectó y las razones que la llevaron a hacerlo. *E-consulta.com*, 4 de noviembre de 2011.
 - ✓ Se suicida enfermera en el Hospital Ignacio Chávez [Hermosillo, México]. Se trata de Evangelina Acedo Flores, de 37 años de edad, que trabajaba como enfermera en dicho hospital. La mujer fue localizada dentro de un baño-vestidor donde presuntamente se inyectó un sedante que le provocó una sobredosis que acabó con su vida. *Mundo Enfermero*, 8 de julio de 2008.
 - ✓ Siguen los suicidios: ahora fueron una adolescente, una enfermera y un obrero. Las víctimas son Martha Raquel Germán Pérez, de 16 años; la enfermera Ramona Báez Liberato, de 48 y el obrero Aramis del Rosario, de 24. La policía explicó que Ramona Báez Liberato murió cuando recibía atenciones médicas en el Hospital General Santiago Rodríguez [Santo Domingo, República Dominicana], donde fue llevada a causa de “asfixia por ahorcamiento”. *DominicanoMontreal.com*, 21 de febrero de 2012.
 - ✓ Enfermera suicida. En la tarde de ayer, Karina Hernández Sánchez, de 28 años de edad, enfermera del Centro de Especialidades médicas de esta ciudad [Veracruz, México], fue encontrada ahorcada en el patio trasero de su casa. Los familiares

El suicidio en enfermería

mencionaron que se encontraba en tratamiento psiquiátrico, debido a un problema emocional que padecía. *La política desde Veracruz, 4 de abril de 2012.*

- ✓ Una enfermera se suicidó en el baño del Hospital Escuela de Corrientes [México]. Según se ha informado, la enfermera, de 29 años, Blanca Villalba, que trabajaba en el área de Cuidados Intensivos, se suicidó inyectándose tres dosis de una droga hipnótica. Según el director del hospital, en ningún momento la enfermera, había mostrado desánimo ni nada parecido. *Corrienteshoy.com, 9 de julio de 2011.*
- ✓ Una enfermera se suicida inyectándose sobredosis de anestésico. [Trinidad, Paraguay]. Vilma Cantero, enfermera del Centro de Salud 4 de Trinidad, fue hallada muerta por sus compañeros, cuando se disponían a realizar el cambio de guardia. A su lado se encontraron varias ampollas de una droga anestésica. La mujer tenía más de 10 años de antigüedad y era reconocida por tener una personalidad muy jovial. *ABC Digital, 21 de junio de 2011.*
- ✓ Enfermera se suicida lanzándose de microbús en movimiento. [Puebla, México]. Laura Velázquez Sánchez, enfermera de 29 años de edad, se quitó la vida lanzándose de un microbús en movimiento. Su pareja sentimental informó de que anteriormente había habido tres intentos de suicidio fallidos. Al parecer, la mujer arrastraba graves secuelas psicológicas por haber sido violada a los siete años de edad. *Pueblaonline, 9 de noviembre de 2011.*
- ✓ Estudiante de enfermería se suicida en un centro comercial de Lloilo [Filipinas]. Vine Marie del Rosario, estudiante de enfermería de cuarto año en el St. Therese College murió como consecuencia de las graves heridas sufridas al saltar del tercer piso del centro comercial del Atrio. Los informes iniciales atribuyen el hecho a la presión que sufría la estudiante por la presentación de su tesis de licenciatura, que debía haber presentado el día anterior y no pudo finalizar. *Pinoy Shout Outs, 17 de noviembre de 2011.*
- ✓ Estudiante de enfermería se suicida en Cajamarca [Perú]. Ayer, a las 9:00 de la mañana, la estudiante de tercer ciclo de enfermería Gaby Teche Terán, de 19 años, fue encontrada sin vida en su vivienda. Las causas de la fatal decisión aún son materia de investigación. Según se ha informado, la joven había suspendido varias asignaturas en la Universidad, preocupación a la que se sumó la posible separación

El suicidio en enfermería

- de sus padres, cuadro que no soportó y decidió acabar con su vida. *Panorama Cajamarquino, 30 de agosto de 2010.*
- ✓ Suicidio de estudiante de enfermería. Alicia Alván García, de 24 años de edad, una joven madre y estudiante de enfermería decidió quitarse la vida ahorcándose con una sábana en el baño de su vivienda ubicada en la ciudad de Cajamarca [Perú]. Se desconocen los motivos de la fatal decisión porque no dejó alguna carta explicando su proceder, solo se pudo conocer que era el segundo intento de suicidio. *RPP Noticias, 13 de enero de 2011.*
 - ✓ Estudiante de enfermería se suicidó con inyección letal en Chaclacayo [Perú]. La joven estudiante de enfermería Sandra Walter Villalobos, de 21 años, decidió acabar con su existencia al inyectarse una sustancia tóxica en las venas. Esta madrugada en su vivienda del distrito de Chaclacayo, la muchacha ejecutó su triste decisión, pero antes de ello dejó a su familia sus últimos pensamientos en una carta. *RPP Noticias, 11 de junio de 2009.*
 - ✓ Estudiante de enfermería se quita la vida [Puebla, México]. Este lunes, a las 13:00 horas, agentes del Ministerio Público efectuaron el levantamiento del cuerpo de una joven estudiante de enfermería, Alejandra Arriaga Hernández, de 20 años de edad, el cual se encontraba en el interior de su cuarto con un cable de luz al cuello. Las autoridades indicaron que, según los datos preliminares, se trata de un suicidio, ya que la familia declaró que la estudiante se había encerrado en su cuarto durante la mañana con la música a todo volumen y cuando entraron ya la encontraron sin vida. *Diario de México, 17 de noviembre de 2011.*
 - ✓ Jacintha Saldanha, la enfermera que atendió la llamada de dos locutores de radio que se hicieron pasar por la reina Isabel II y el príncipe Carlos, interesándose por el estado de Kate Middleton, ha aparecido muerta en su domicilio de Londres. Todo apunta a un suicidio, posiblemente por la presión recibida tras el incidente que mereció grandes titulares por la prensa británica. Saldanha estaba casada y tenía dos hijos. *El Mundo, 8 de diciembre de 2012.*

Profesionales sanitarios y suicidio

Los suicidios y los problemas de salud mental que los causan demandan una enorme cuota en la productividad y bienestar de los trabajadores. Se ha calculado que, en una empresa con 1.000 trabajadores, entre 200 y 300 de ellos sufrirán un serio problema de salud mental en cualquier año en particular, y cada diez años un trabajador cometerá suicidio. Por cada trabajador que se suicida, otros 10-20 harán un intento de suicidio. El 8% de todos los días de trabajo perdidos debido a la muerte es atribuido al suicidio (Gabriel & Liimatainen, 2000).

El suicidio de un trabajador es el resultado de una compleja interacción entre vulnerabilidades individuales [básicamente problemas de salud mental], condiciones estresantes en el puesto de trabajo y estresores vitales, de tipo social y ambiental. Aunque no todos los suicidios o intentos de suicidio se pueden prevenir, las investigaciones muestran que los empleadores pueden tomar medidas eficaces para reducir la frecuencia del suicidio en el trabajador (OMS, 2009). La prevención del suicidio en el trabajo se afronta más eficazmente mediante una combinación de:

- a. El cambio organizacional dirigido a la prevención y reducción del estrés laboral.
- b. La desestigmatización de los problemas de salud mental y la búsqueda de ayuda, incluyendo campañas de concienciación.
- c. El reconocimiento y detección temprana de las dificultades emocionales y de salud mental.
- d. La intervención y tratamiento apropiados mediante programas de salud y asistencia al empleado vinculados con los recursos comunitarios externos de salud mental. Las compañías, sin importar el tamaño, pueden tener políticas y programas de salud y seguridad que promuevan una fuerza de trabajo mentalmente saludable y prevengan las conductas suicidas.

En una economía con relaciones entre empleados y empleadores en constante cambio, los trabajadores pueden ser reticentes a admitir que están experimentando problemas de salud mental por temor a poner en peligro su empleo o ascenso laboral. En consecuencia, las organizaciones deben tomar medidas para identificar y minimizar los efectos de los problemas de salud mental en sus trabajadores teniendo en cuenta que los problemas de salud mental son el común denominador en una amplia gama de dificultades

El suicidio en enfermería

relacionadas con el trabajo, que van desde menor productividad a lesiones, violencia y suicidio. Precisamente, aquellos programas que han adoptado la perspectiva general de la salud pública con vista a mejorar la salud laboral de sus trabajadores, han reducido exitosamente el número de suicidios en los trabajadores mientras que al mismo tiempo, han promovido una mejor salud y productividad del trabajador (Knox, Litts, Talcott, Feig, & Caine, 2003).

Está comprobado que la depresión es uno de los más importantes factores en la predisposición al suicidio de adolescentes y adultos (Garrison, Jackson, Addy, McKeown, & Waller, 1991), existiendo una clara asociación entre sufrir una depresión y presentar una conducta suicida (Ruiz-Pérez & de Labry-Lima, 2006). Los cuadros depresivos afectan especialmente a las personas jóvenes, disminuyendo la capacidad laboral, incrementando el absentismo y reduciendo la calidad y la expectativa de vida. Como factores de riesgo para desarrollar un episodio depresivo se han identificado el ser mujer, menor de 25 años, sin pareja y desempeñar una actividad profesional estresante o que implique la realización de turnos nocturnos (Cortés, 2005).

Tal vez por la frecuente concurrencia de estos factores, numerosos estudios han constatado una elevada prevalencia de trastornos depresivos en los profesionales de enfermería (Burke & Greenglass, 2001; Laposa, Alden, & Fullerton, 2003; Moore & McLaughlin, 2003; Ruggiero, 2003; Weinberg & Creed, 2000), muy frecuentemente asociados a manifestaciones del denominado Síndrome de Burnout (Salladay & San Agustin, 1984). El burnout y el uso de determinados mecanismos de defensa se han identificado como causantes de sentimientos de desesperanza o desesperación, un predictor del riesgo de suicidio (Pompili et al., 2006).

Aunque existe poca información sobre las causas específicas, las investigaciones realizadas en diferentes países concluyen que existe un riesgo elevado de suicidio en la profesión enfermera, especialmente en mujeres (Hawton et al., 2002; Hawton & Vislisel, 1999).

En concreto, el tema de la ideación y la conducta suicida en el colectivo de enfermería ha sido objeto de estudio en varios países con resultados ciertamente inquietantes. Como ejemplo puede citarse el estudio realizado en Dinamarca por Agerbo et

El suicidio en enfermería

al. (2007), donde se concluye que médicos y enfermeras son los profesionales que presentan la tasa más alta de suicidio.

También Hem et al. (2005), en un trabajo similar realizado en Noruega con personas que se habían suicidado entre 1960-2000, encuentran que los profesionales de la salud son los más afectados por el suicidio. Asimismo, en la investigación de Peipins et al. (1997), que analiza las causas de muerte de 50.000 enfermeras norteamericanas entre 1984 y 1990, el suicidio aparece como una de las causas más importantes de muerte, con porcentajes considerablemente superiores a los de la población general. Resultados similares, poniendo todos ellos de relieve la elevada incidencia de suicidio entre las enfermeras, han sido obtenidos por Gunnarsdóttir y Rafnsson (1981) en Islandia, King et al. (1994) en Canadá, Stefansson y Wicks (2003) en Suecia, Heim (1980) en Suiza y Katz (1983) en Estados Unidos.

La consideración del suicidio como causa de muerte prematura en enfermeras queda también claramente reflejada en el Nurses' Health Study II, tal vez el más importante estudio prospectivo realizado en Estados Unidos con una cohorte de 102.400 enfermeras de 22 a 44 años. Durante un período de seguimiento de 12 años [1989-2001], en el que murieron 710 participantes, 61 de las muertes [8,6%] fueron como consecuencia de suicidio, constituyendo la causa más común de las muertes debidas a causas externas, superando los 55 fallecimientos provocados por enfermedades cardiovasculares (Van Dam, Willett, Manson, & Hu, 2006).

La primera revisión sistemática que analizó la literatura existente sobre el suicidio entre profesionales de enfermería se efectuó hace ya 16 años (Hawton & Vislissel, 1999). En este trabajo pionero se revisaron todos los artículos publicados entre 1970 y 1998 en unos determinados países [RU, EE.UU, Canadá, Islandia y Suecia]. Aunque los autores dejaron claro que era necesaria más investigación sobre el tema, pudieron extraer varias conclusiones. La primera y más importante que la tasa de suicidios entre las enfermeras era más alta que entre la población general. Además, identificaron diversos factores intervinientes que podían contribuir a sentar las bases de las políticas preventivas: el conocimiento y el acceso a medicación y a los conocimientos necesarios para su uso eficaz en el propósito de acabar con la propia vida, el padecimiento de algún trastorno mental [especialmente, depresión], estrés, estrés laboral, hábito tabáquico y abuso de sustancias.

El suicidio en enfermería

Desde estas primeras investigaciones, otros autores han continuado explorando y profundizando en el problema. En concreto, desde 1999, fecha de esa primera revisión, hasta 2014, se han identificado nueve estudios empíricos que han intentado, de forma específica o tangencial, estudiar la prevalencia del suicidio en la profesión enfermera y sus factores relacionados (Alderson, Parent-Rocheleau, & Mishara, 2015). De estas nueve investigaciones, solo dos se centraban exclusivamente en enfermeras y, el resto, o bien examinaban el suicidio por ocupaciones, entre las que se incluía enfermería, o entre médicos y enfermeras.

En general, las evidencias encontradas coincidían con el primer estudio de Hawton y Vislisel (1994) y confirmaban que enfermería cuenta con una alta prevalencia de suicidio, identificando también algunas hipótesis acerca de la manera en que la profesión o el ambiente laboral contribuían a esta vulnerabilidad. En cuanto a aquellos factores que se habían identificado en primeras instancia como relacionados o asociados al suicidio y al riesgo suicida, los avances han sido escasos. Un factor relativamente nuevo, como los recortes en el sector sanitario que, tanto ha impactado en la calidad de vida profesional de las enfermeras, todavía no ha sido suficientemente estudiado.

En la actualidad, la cuestión de porqué los profesionales de la salud en general y, en particular, las enfermeras, presentan un mayor riesgo de suicidio, sigue provocando el interés de los investigadores. Se han planteado numerosas hipótesis especulativas que rara vez han llegado a conclusiones definitivas. La escasez de personal, el exceso de trabajo, las largas listas de espera y el estrés provocado por el trabajo con enfermos próximos a la muerte, así como la relativa facilidad para acceder a determinadas drogas, se han considerado factores que podrían explicar el elevado grado de suicidio en estos profesionales. También la especialidad de la enfermera o el servicio donde ejerce la profesión se ha estudiado como posible variable causal. Aunque algunos autores (Alderson, 2007; Hawton et al., 2002; Muntaner et al., 2013) han sugerido las enfermeras geriátricas como más expuestas al riesgo de suicidio, los resultados dejan mucho de ser definitivos, ya que otros investigadores han obtenido resultados que indican un elevado grado de depresión, estrés o burnout, circunstancias tradicionalmente asociadas al riesgo suicida, en las enfermeras de los servicios de salud mental (Bogaert, Clarke, Willems, & Mondelaers, 2013), o en unidades quirúrgicas (Wu, Zhu, Wang, Wang, & Lan, 2007). Tsai, Lucas y Kawachi (2015) destacan la importancia de la integración social en el mantenimiento de la estabilidad y el equilibrio emocional, presentando datos que indican

El suicidio en enfermería

que aquellas enfermeras que presentan un alto grado de integración social, manifiestan un menor riesgo suicida. Sea cual sea la causa, lo cierto es que, según los datos estadísticos aportados por estudios en diferentes países, las enfermeras están cuatro veces más expuestas al suicidio que las mujeres que trabajan fuera del ámbito de la salud (BBC, 2016).

Cheung y Yip (2015), en un estudio realizado con 850 enfermeras de Hong Kong, encontraron que la prevalencia de estrés y trastornos ansiosos y depresivos era considerablemente más alta en las enfermeras que en la población general, con más de un tercio de las participantes afectadas por estos trastornos. En esta misma muestra, Cheung, Lee y Yip (2015) concluyen que un 14,9% de las participantes habían contemplado la idea de suicidio, mientras que un 2,9% habían intentado suicidarse una o más veces en el último año.

En el último estudio publicado utilizando los datos del Nurses' Health Study (VanderWeele, Li, Tsai, & Kawachi, 2016), se presenta un análisis de la asociación entre la asistencia a servicios religiosos y conducta suicida en la cohorte prospectiva de 89.708 enfermeras de 30 a 55 años participantes, en un análisis de datos que incluía el período comprendido entre 1996 y 2010. La asistencia a servicios religiosos una o más veces por semana se asoció con una probabilidad de suicidio cinco veces menor, en comparación con la no asistencia.

Aunque es evidente que la cuestión puede ser objeto de debate metodológico, lo cierto es que se trata de los primeros datos al respecto que no tienen su origen en un diseño transversal, sino que proceden de una amplia cohorte prospectiva y, en principio, parecen apoyar la hipótesis de que la asistencia frecuente a servicios religiosos es un protector eficaz de la conducta suicida.

El suicidio en estudiantes de enfermería

Uno de los aspectos más preocupantes del fenómeno del suicidio es el aumento que se ha producido en las tasas de suicidio en jóvenes, que se ha convertido en algunos países en una verdadera epidemia. Todos los datos indican que en los últimos 25 años, las tasas de suicidio en los jóvenes han experimentado un aumento muy importante, especialmente en los estudiantes universitarios (Goetz, 1998). Las causas podrían estar en los diferentes factores estresantes que caracterizan el ámbito universitario y que pueden generar depresión, ansiedad e ideación suicida.

Se estima que los estudiantes de enfermería pueden presentar una especial susceptibilidad a la aparición de ideas autolíticas (Tomás-Sábado & Gómez Benito, 2008) como consecuencia de su exposición en sus períodos de prácticas clínicas a situaciones de sufrimiento, enfermedad, invalidez y muerte, ante las que cuentan con muy pocas estrategias de afrontamiento (Tomás-Sábado & Guix-Llistuella, 2001; Tomás-Sábado & Limonero, 2004).

Según los datos disponibles en el Statistical Abstract de los Estados Unidos (2012), 16.150 americanos de entre 15 y 44 años pusieron voluntariamente fin a su vida en 2007, estimándose que el suicidio en estudiantes universitarios se había triplicado en los últimos 25 años y era un 50% más alto que el de otros jóvenes de la misma franja de edad. Parece ser que los estudiantes de enfermería pueden presentar un riesgo de suicidio aún mayor debido a que desarrollan elevados niveles de ansiedad y estrés ante las dificultades para adaptarse a un riguroso programa académico en el que deben compaginar teoría y prácticas (Mancini, Lavecchia, & Clegg, 1983). Además, la especial susceptibilidad al suicidio detectada en la profesión enfermera y el hecho de que los estudiantes de enfermería se vean frecuentemente expuestos, en el transcurso de sus prácticas clínicas, a situaciones de sufrimiento y muerte, ante las cuales cuentan con escasas estrategias de afrontamiento emocional, permiten aventurar la hipótesis de que estos estudiantes son especialmente vulnerables a la aparición de ideas suicidas.

El suicidio en enfermería

En España, los estudios sobre el suicidio han presentado siempre considerables dificultades, en gran medida provocadas, además de las lógicas dificultades para establecer la certidumbre de que haya existido una decisión de acabar con la propia vida (García, 2005), por el tradicional rechazo a este tipo de conducta y la tendencia a registrar como accidentales muchas de las muertes que se dan en circunstancias dudosas, sin analizar todos los detalles (Ayerdi, 2007). En consecuencia, las investigaciones publicadas sobre el suicidio son escasas y se limitan, en general, a trabajos de carácter epidemiológico elaborados a partir de las estadísticas confeccionadas por los organismos oficiales (Arán Barés et al., 2006; Ruiz-Pérez & de Labry-Lima, 2006) o a resultados de encuestas en la población general sobre prevalencia y correlatos de la ideación suicida (Bernal et al., 2007; Gabilondo et al., 2007). No existen, por tanto, datos que permitan hacer una estimación del fenómeno del suicidio en estudiantes universitarios en general, ni, por supuesto, en estudiantes de enfermería, ni tampoco investigaciones empíricas sobre la identificación de variables asociadas.

PARTE II. ESTUDIOS EMPÍRICOS

Justificación

Esta tesis tiene su origen en unas motivaciones muy íntimas y personales. Hace algún tiempo, una buena amiga y compañera de trabajo, por la que sentía un especial afecto, se suicidó, dejando sumidos en el dolor y el desconcierto a todos aquellos que formábamos parte de su entorno. Como suele suceder en estos casos, ninguna de las personas que la conocían pudo entender las causas de aquella decisión tan drástica. Aparentemente, era una persona equilibrada y feliz que no tenía ningún motivo para desear morir. Únicamente, una compañera de trabajo comentó que *últimamente se le veía muy estresada*.

Esta muerte devastó humana y emocionalmente a su familia, a sus amigos y a todos aquellos que habían compartido muchas jornadas de trabajo con ella, pero también dejó sin respuesta un sinnúmero de preguntas entre las personas que la rodeaban acerca de las causas y si, realmente, se podía haber detectado el origen del problema y proporcionado ayuda. De alguna manera, la experiencia me hizo tomar consciencia de la especial vulnerabilidad que los profesionales de enfermería presentan a la aparición de problemas físicos y/o psicológicos y del hecho de que en demasiadas ocasiones nos centramos exclusivamente en el cuidado de nuestros pacientes olvidando el cuidarnos a nosotros mismos.

El interés personal por el tema está en la línea de un interés general emergente en la sociedad y las instituciones sanitarias hacia el fenómeno del suicidio y sus consideraciones personales y sociales. En páginas anteriores, se ha podido constatar cómo el debate sobre el suicidio es tan antiguo como referencias escritas tenemos. Este debate se ha actualizado con nuevas perspectivas que los clásicos no contemplaron y que van en la línea de la consideración de variables de tipo biológico y psicológico. Este tema, tradicionalmente monopolizado por los académicos, se ha popularizado y ha acabado por llegar al “gran público”: prensa escrita, programas de televisión, etc., que han comenzado a considerar seriamente el suicidio, dotándolo de una mayor visibilidad, aunque, en ocasiones, carente de rigor. Precisamente, la investigación científica en este campo ha de servir para fijar cómo debemos actuar y qué debemos evitar ante el suicidio, de tal forma que cualquier iniciativa de tipo preventivo que se adopte se apoye

en la mejor evidencia científica disponible. En este sentido, esta tesis pretende aportar elementos que ayuden a tomar decisiones a todos aquellos que tienen en la prevención del suicidio una de sus prioridades.

Si el suicidio en general ha estado desde siempre rodeado de prejuicios y de silencios, no podemos decir menos del suicidio entre los propios profesionales de enfermería. Relativamente, es poca la literatura que se encuentra sobre el suicidio en profesionales de la salud, en comparación con la que podemos encontrar referente a otros aspectos del suicidio. Para muchos, puede resultar difícil contemplar a la persona que cuida como alguien que también ha de cuidarse y entender que detrás de un profesional hay una persona con los mismos problemas y dificultades que pueda experimentar cualquier otra.

Soy plenamente consciente de las limitaciones que presenta este trabajo, que únicamente pretende aportar algún tipo de conocimiento sobre los factores presuntamente implicados en la aparición de ideas suicidas en profesionales y estudiantes de enfermería, desde esta doble perspectiva: como enfermero dedicado a la práctica clínica durante varios años, me interesa la consideración y los efectos que los ambientes laborales, los contratos precarios o las cargas de trabajo, por ejemplo, presentan sobre la estabilidad emocional de los profesionales y sobre la aparición de conductas adictivas y trastornos de salud mental. Por otra parte, como actual profesional de la docencia, me preocupan muy especialmente las estrategias educativas más adecuadas para proporcionar a los estudiantes de enfermería mecanismos de afrontamiento eficaces ante las situaciones de deterioro, dolor, sufrimiento y muerte que tendrán que afrontar en sus prácticas clínicas y, desde luego, en su futuro como profesionales.

Hipótesis y objetivos

Hipótesis

Hipótesis 1: la escala de riesgo suicida (SRS) es un instrumento multifactorial válido para la evaluación del riesgo suicida en muestras de población española, de forma especial en el ámbito de enfermería.

Hipótesis 2: la autoestima y, en concreto, la autoestima baja es uno de los factores psicológicos asociados a un mayor riesgo de suicidio en estudiantes de enfermería.

Hipótesis 3: la resiliencia como proceso de adaptación ante la adversidad ejerce un factor protector ante el riesgo de suicidio en estudiantes de enfermería.

Hipótesis 4: el locus de control interno actúa como factor protector ante el riesgo de suicidio, mientras que el locus de control externo favorece ese mismo riesgo en estudiantes de enfermería.

Hipótesis 5: las creencias y la asistencia a prácticas religiosas disminuyen las conductas suicidas en estudiantes de enfermería.

Hipótesis 6: el hábito tabáquico actúa como factor de riesgo ante el riesgo suicida mientras el consumo de café ejerce de factor protector en una muestra de enfermeras.

Hipótesis 7: el consumo de café ejerce de factor protector en una muestra de enfermeras.

Hipótesis 8: las enfermeras, tanto de atención primaria como del ámbito hospitalario, tienen mayor riesgo suicida que los docentes de educación secundaria.

Objetivos

Objetivo General

Evaluar la relación entre el riesgo suicida y diversas variables emocionales y actitudinales en una muestra de profesionales y estudiantes de enfermería.

Objetivos específicos

1. Describir la relación entre las variables sociodemográficas y el riesgo suicida en la muestra estudiada.
2. Identificar las variables emocionales que influyen en el riesgo suicida en la muestra analizada.
3. Valorar si existen diferencias significativas entre el riesgo suicida de profesionales de enfermería y de educación secundaria.

Metodología

Tipo y diseño del estudio

En todos los estudios empíricos que forman parte de este trabajo se ha seguido una metodología de estudio cuantitativo, con diseños observacionales, transversales y correlacionales.

Población y muestra de estudio

Los estudios se realizaron con muestras de profesionales de enfermería, estudiantes de enfermería y docentes de educación secundaria.

En el caso de los estudiantes, la población de referencia fue la de los estudiantes de Grado de la Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat (UAB) situada en la localidad de Sant Cugat del Vallés en cualquiera de sus cuatro cursos.

En cuanto a las profesionales de enfermería se escogió a personas que estuvieran desempeñando su labor profesional en el ámbito de hospitalización y de atención primaria en centros de trabajo del área metropolitana de Barcelona.

Los docentes ejercían en institutos de diferentes localidades de la provincia de Barcelona.

La muestra de estudio en todos los casos se formó a partir de las personas que aceptaron voluntariamente participar en los estudios.

Recogida de información

La recogida de información se realizó mediante cuestionarios anónimos y autoadministrados, que los sujetos respondieron, siendo previamente advertidos que la participación era voluntaria y que los datos serían tratados de forma confidencial y anónima, siendo utilizados únicamente a efectos estadísticos. Asimismo, se les ofreció asesoramiento individual si deseaban consultar cualquier cuestión acerca de los cuestionarios.

Los distintos cuestionarios, además de datos sociodemográficos, incluían las siguientes escalas:

- Escala de Riesgo Suicida de Plutchik [SRS]
- Escala de Autoestima de Rosenberg [RSES]
- Escala breve de Afrontamiento resiliente [BRCS]
- Escala de Locus de Control Interno-Externo de Rotter [I-ELCS]

Asimismo, se recogieron datos sobre variables referentes a aspectos sociodemográficos y personales:

- Edad: en años en el momento de responder al cuestionario
- Sexo: Mujer/hombre
- Curso: 1º a 4º
- Profesión: enfermera (atención primaria/hospitalaria) o profesora de secundaria
- Creencias religiosas: Sí/no
- Prácticas religiosas: Sí/no
- Consumo de tabaco: Sí/no
- Consumo de café: Sí/no
- Consumo diario de café: número de tazas
- Consumo diario de tabaco: número de cigarrillos

Aspectos éticos

El primer paso fue solicitar y obtener la autorización del Comité de Ética de la Investigación de la Escuelas Universitarias Gimbernat. Posteriormente, se contactó con los centros profesionales o de trabajo de los integrantes de la muestra para obtener el permiso para que sus empleados pudieran participar.

Tanto a los profesionales como a los estudiantes implicados de una u otra forma en los estudios se les indicó tanto verbalmente, como por escrito en la portada de la batería de cuestionarios, el carácter voluntario de la participación. Se les explicó que en la portada de la batería incluía la posibilidad de que ellos pudieran incluir algún tipo de código o clave que solo ellos conocieran para que les fuera posible conocer las puntuaciones obtenidas después de contactar con el equipo investigador. Como ejemplo de código fácil de recordar y que garantizaba el anonimato ante el equipo investigador se les sugirió utilizar los segundos apellidos tanto de padre y madre debido a que son datos únicamente accesibles a los participantes.

Los estudiantes de Grado respondieron a los cuestionarios de la batería en horario lectivo dentro de las propias aulas. En el caso de los profesionales de la docencia y enfermería el procedimiento fue diferente ya que no se limitó al propio centro de trabajo como lugar de respuesta.

Confidencialidad de los datos

Con el objetivo de garantizar la confidencialidad de los datos obtenidos, únicamente el investigador principal y miembros del equipo investigador tuvieron acceso a los datos obtenidos. Antes de que los participantes cumplieran la batería de cuestionarios se les explicó el motivo por el que se les demandaba su participación y los objetivos de la investigación. En el caso de aparecer dudas o preguntas referentes tanto a la investigación en sí, o sobre la confidencialidad de los datos se les aclaró en el mismo momento.

Los cuestionarios recogidos y los datos proporcionados por los participantes están bajo custodia del investigador principal y reciben el trato a nivel de confidencialidad que dispone la ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

Procedimiento y recogida de datos

El procedimiento para la recogida de datos fue el siguiente: el trabajo de campo fue realizado durante los cursos 2013/2014, 2014/2015 y 2015/2016 en el caso de los estudiantes de Grado y durante los años 2015 y 2016 en el caso de los profesionales de enfermería y de la docencia.

Inicialmente, se recabaron los permisos necesarios tanto de los responsables de la Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat en el caso de los estudiantes, como de los centros de trabajo en el caso de los profesionales, que fue positivo en todos los casos. Una vez obtenida la autorización pertinente se planteó el objeto del estudio a los posibles participantes y, posteriormente, se procedió a la recogida de datos.

Estudio I

Estructura factorial de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik en estudiantes de Enfermería

Introducción

El suicidio es un fenómeno de carácter global que se lleva la vida de más de 800.000 cada año en el mundo (OMS, 2012). Las previsiones sobre la evolución de las cifras de suicidio son difíciles por cuestiones metodológicas. No obstante, como ya señalaba la OMS en el año 2000, en los últimos 45 años la cifra de suicidios había aumentado un 60%, con una tendencia similar, tanto en los países considerados desarrollados, como en aquellos en vías de desarrollo (OMS, 2002). Además, hay que considerar los intentos, por cada suicidio consumado hay 20 que lo intentan y no lo consiguen (OMS, 2014b), y el parasuicidio, conductas por las cuales el individuo se infringe daño físico de forma voluntaria sin intención de matarse pero que provocan dolor y daño.

En España, desde el 2008, el suicidio es la primera causa de muerte no natural, por delante de los accidentes de tráfico, aunque, dadas las diferencias que encontramos entre los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística y los Institutos de Medicina Legal, todo parece indicar que existe un problema de subnotificación, por lo que las cifras reales son seguramente mayores (Giner & Guija, 2014).

Existe también el debate acerca de si las cifras de suicidio y su evolución son un indicador directo del grado de bienestar y de calidad de vida de una comunidad. Aunque son muchas las variables que inciden en la conducta suicida, por ejemplo, problemas en la salud mental o física de la persona, soledad, desamparo, etc., no podemos olvidar que el suicida deja un mensaje de rechazo a la sociedad en la que vive. Basta recordar el inicio argumental de una película como *“La vida de los otros”*, ganadora del premio Oscar a la mejor película extranjera del año 2007, donde el protagonista escribe un artículo para una revista donde comenta el motivo por el cual su país, la República Democrática Alemana [RDA], no publica las cifras de suicidio.

Precisamente, la conducta suicida es una de las mayores consumidoras de recursos asistenciales y se ha convertido en una prioridad en la Unión Europea a nivel de salud pública (Cebria et al., 2015). El impacto económico que provoca es de grandes proporciones. Los gastos incluyen la actuación urgente, los derivados de la realización de autopsias, la investigación para esclarecer la causa de la muerte y los provocados por el tratamiento médico o el ingreso hospitalario (Palmer, Halpern, & Hatziandreu, 1995), alcanzando los 34.600 millones de dólares anuales en el caso de los EE.UU (National Center for Injury Prevention and Control, 2012). En esta cifra se incluyen también los años de vida potenciales perdidos y las pérdidas de productividad y de ganancias del entorno del suicida.

Sin embargo, la pérdida no es solo económica, sino que también presenta un importante componente social. El hecho de que haya personas que decidan acabar con su vida, a pesar del propio instinto de supervivencia, no puede sino causar preocupación y reavivar un debate antiguo. Se estima que por cada persona que se suicida hay 6 víctimas más que ven su vida afectada dramáticamente. Además, el estigma asociado a la conducta suicida, que se manifiesta en “ocultamiento social y silencio tácito” (Pérez Jiménez, 2011), hace que los conocidos como “supervivientes” se vean sometidos a una presión que puede llevarlos a sufrir los efectos del estrés postraumático como si se tratase de supervivientes de un atentado o de una violación.

En este contexto, la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik [SRS] es un instrumento autoaplicado diseñado para evaluar el riesgo suicida, que permite discriminar entre individuos normales y pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellos. Los 15 ítems de la escala incluyen cuestiones relacionadas con intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados.

El objetivo de este trabajo fue estudiar la estructura factorial de la forma española de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, en una muestra amplia de estudiantes de enfermería.

Método

Participaron un total de 637 estudiantes de enfermería, 527 mujeres y 110 hombres, con una edad media de 23,92 [DT = 5,27] años y un rango de 18 a 43 años. Los alumnos pertenecían a los cuatro cursos del Grado de Enfermería y respondieron a la escala en el transcurso de varios trabajos de investigación que se llevaron a cabo entre los años 2012 y 2016.

Los participantes respondieron un cuestionario anónimo y autoadministrado que contenía, además de otros instrumentos, datos demográficos y la Escala de Riesgo Suicida [SRS] de Plutchik (Plutchik, van Praag, Conte & Picartet, 1989) en su versión española (Rubio et al., 1998). La SRS es un instrumento autoaplicado diseñado para evaluar el riesgo suicida, que permite discriminar entre individuos normales y pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellos. Consta de 15 ítems con respuesta dicotómica [sí/no]. Cada respuesta afirmativa puntúa 1 punto y cada respuesta negativa 0 puntos, de manera que las posibles puntuaciones totales presentan un rango entre 0 y 15. Los autores de la versión española (Rubio et al., 1998) proponen un punto de corte de 6 puntos, de manera que una puntuación igual o superior a seis indica riesgo de suicidio. Cuanto mayor sea la puntuación mayor es el riesgo.

Todos los sujetos participaron en el estudio de forma voluntaria y se les garantizó el anonimato y la confidencialidad. Los datos fueron tabulados y analizados mediante el paquete estadístico SPSS.24.0 para Windows.

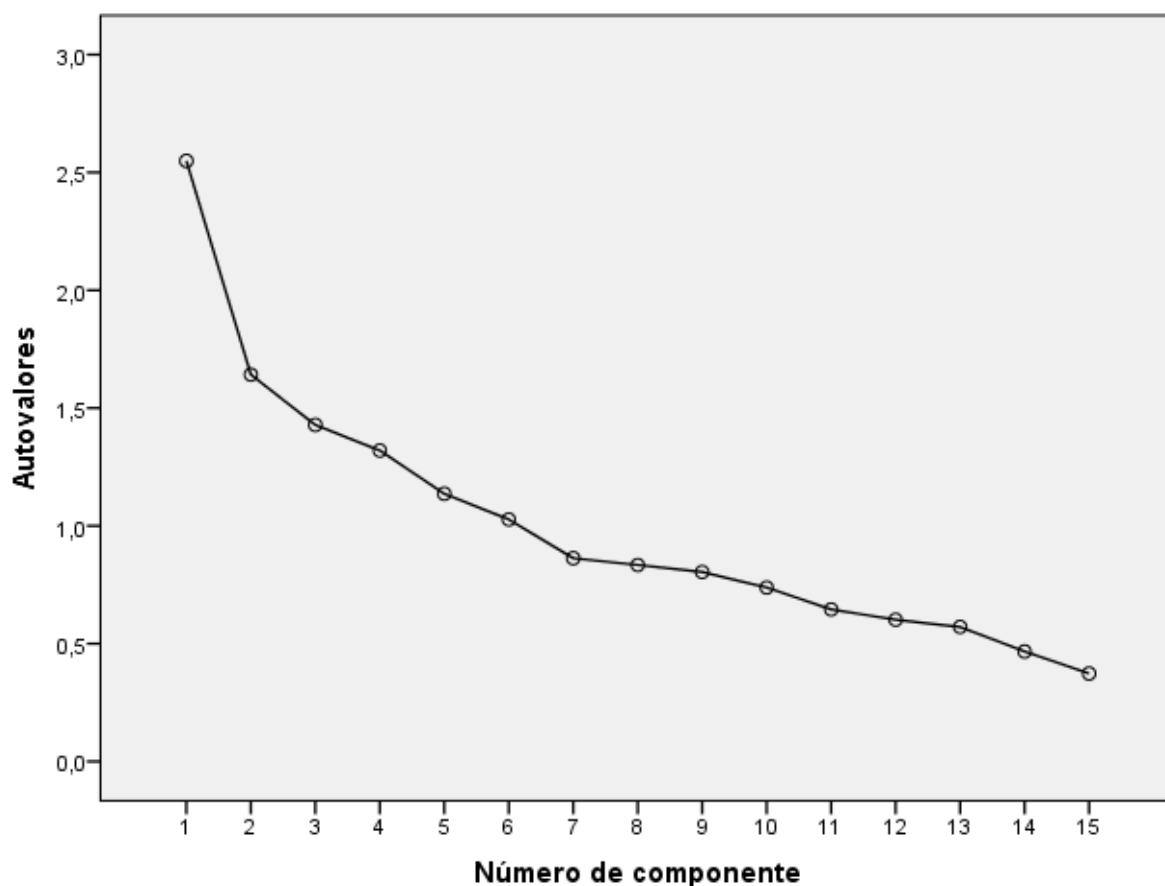
Resultados

Se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,796 para la Escala de Riesgo Suicida. La tabla 7 contiene la distribución de las puntuaciones obtenidas en el total de la escala por los participantes. Como puede verse, el rango de puntuaciones totales se sitúa entre 0 y 10, con un total de 46 alumnos con puntuaciones iguales o superiores 6, indicativo de riesgo suicida.

Tabla 7. Distribución de las puntuaciones totales obtenidas en la Escala de Riesgo Suicida

Puntuaciones	Frecuencia	Porc. Acumulado
0	103	16,2
1	120	35,0
2	134	56,0
3	97	71,3
4	93	85,9
5	44	92,8
6	25	96,7
7	6	97,6
8	10	99,2
9	3	99,7
10	2	100,0

Previa confirmación de la adecuación de los datos mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin [$KMO = 0,744$] y el test de esfericidad de Bartlett [$p < 0,01$], se realizó un análisis factorial exploratorio, aplicando el método de análisis de componentes principales con posterior rotación Varimax. Tanto el método propuesto por Kaiser (1960) de autovalores superiores a la unidad, como el criterio de Cattell (1966) de examen del *scree-test* [figura 8], identificaron una solución factorial formada por cinco factores significativos que, en su conjunto, explicaban el 53,84 % de la varianza total.

Figura 8. Gráfico de sedimentación

El factor I, etiquetado como *conducta autolítica*, explica el 16,99 % de la varianza y tiene las mayores cargas factoriales en los ítems 14, 13 y 15. El factor II, que explica el 10,95 % de la varianza, se ha etiquetado como *autoestima y control* y presenta las mayores cargas en los ítems 3, 6, 8 y 12. El factor III, que explica el 9,52 % de la varianza, tiene las mayores cargas factoriales en los ítems 5 y 7, y se ha etiquetado como *desesperanza*. El factor IV, etiquetado como *antecedentes*, explica el 8,80 % de la varianza y tiene las mayores cargas en los ítems 10, 1, 2 y 11. El factor V, con un 7,58 % de varianza explicada, se ha etiquetado como *pérdida de intereses*, y las mayores cargas las presenta en los ítems 9 y 4. La tabla 8 contiene la matriz factorial rotada de la escala de Riesgo Suicida con las cargas factoriales superiores a 0,40.

**Tabla 8. Matriz de componentes rotados (Varimax)
de la Escala de Riesgo Suicida**

Item	Componente				
	I	II	III	IV	V
14	0,83				
13	0,79				
15	0,70				
3		0,70			
6		0,67			
8		0,66			
12		0,57			
5			0,80		
7			0,79		
10				0,69	
1				0,69	
2				0,52	
11				-0,40	
9					0,82
4					0,66
Valores propios	2,55	1,64	1,43	1,32	1,13

Discusión

La creciente sensibilización, tanto de las comunidades científicas como de los profesionales, sobre el problema del suicidio, se ve reflejada en el aumento de publicaciones sobre el tema en las revistas científicas y por la difusión por parte de diferentes sociedades profesionales, de guías o recomendaciones sobre su prevención (Sáiz & Bobes, 2014).

Sin embargo, existen considerables problemas a la hora de implementar políticas de prevención. Tal vez el primero de ellos sea el poco énfasis manifestado a la hora de

recoger adecuadamente en las historias clínicas los antecedentes de tentativas autolíticas, que constituyen uno de los mejores predictores de tentativas futuras. Otra de las dificultades deriva del escaso uso de las escalas psicométricas que evalúan el riesgo suicida, o la utilización de escalas para evaluar los diferentes componentes de la conducta suicida, que han sido traducidas al español, pero carecen de un riguroso proceso de adaptación y validación (Sáiz & Bobes, 2014).

Los resultados obtenidos apoyan la consideración de la escala de RS como un instrumento multifactorial, válido para la evaluación del riesgo suicida en la población española, especialmente en aquellos ámbitos, como enfermería, donde se observa una alta incidencia de conducta suicida.

Estudio II

Autoestima, resiliencia, locus de control y riesgo suicida en estudiantes de enfermería

Introducción

El suicidio es la principal causa de muerte violenta en el mundo, responsable de cerca de un millón de fallecimientos al año, con una gran variabilidad entre países (Hawton & van Heeringen, 2009). Tradicionalmente, se ha considerado que el riesgo suicida aumenta con la edad, de manera que las personas mayores constituirían el grupo de mayor riesgo. Sin embargo, en las últimas décadas, en los países desarrollados se ha convertido en un fenómeno común en adolescentes y adultos jóvenes (Pitman, Krysinska, Osborn, & King, 2012).

La consideración de que el suicidio constituye un importante problema de salud pública y una de las principales causas de muerte en todo el mundo ha estimulado la investigación relacionada con los factores psico-sociales que intervienen en la dinámica que conduce a una persona a tomar la decisión de poner fin a su vida, para poder desarrollar estrategias eficaces de prevención (OMS, 2014a).

Paradójicamente, mientras la esperanza de vida sigue aumentando gradualmente y las tasas de mortalidad por las principales causas de muerte están disminuyendo, se viene produciendo un aumento de la incidencia de la conducta suicida, especialmente en los jóvenes. Así, por ejemplo, en Estados Unidos, los suicidios aumentaron un 2,4% en 2012, situándose en 12,6 por 100.000, la tasa más alta de los últimos 25 años (Xu, Kochanek, Murphy & Arias, 2014). En España, según el Instituto Nacional de Estadística (2014), hubo en el año 2012 un total de 3.539 muertes por suicidio, 2.724 hombres y 815 mujeres, cifra que supone un 11,3% más que el año anterior y supera ampliamente los fallecidos en accidentes de carretera, hasta constituir la principal causa externa de mortalidad. En este año, la tasa de suicidios se situó en 7,6 por cada 100.000 personas [11,8 en los hombres y 3,4 en las mujeres], cifras que no se alcanzaban desde el año 2005. Entre las personas de 25 a 34 años, el suicidio fue la segunda causa de muerte tras los tumores, con el 15 % del total de defunciones. Entre los hombres de ese grupo de edad, el suicidio fue la primera causa de muerte [17,8% del total]. A título de ejemplo, el informe elaborado para la Agencia de Salud Pública (Rodríguez-Sanz,

Borrell, Martos, Cunillé & Llimona, 2014) indica que, en Barcelona, durante el año 2012, el suicidio constituyó la primera causa de muerte en mujeres jóvenes de entre 15 y 44 años; y la segunda, después de las sobredosis, en los hombres de la misma franja de edad. Estas cifras parecen indicar que, aunque cada vez somos más eficientes en la gestión de la salud física, no somos capaces de gestionar con la misma eficiencia las condiciones de la salud mental.

Las tasas de suicidio en los jóvenes han experimentado un aumento muy importante, especialmente en los estudiantes universitarios (Fang, Young, Golshan, Moutier, & Zisook, 2012; King et al., 2015). Las causas podrían deberse a los diferentes factores estresantes que caracterizan el ámbito universitario y que pueden generar depresión, ansiedad e ideación suicida (Engin, Gurkan, Dulgerler, & Arabaci, 2009). Dentro de este grupo poblacional, se estima que los estudiantes de enfermería pueden presentar una especial susceptibilidad a la aparición de ideas autolíticas (Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado, & Gómez-Benito, 2014), debido, entre otros factores, a su exposición frecuente en sus períodos de prácticas clínicas a situaciones de sufrimiento, enfermedad, invalidez y muerte, ante las que cuentan con escasas estrategias de afrontamiento (Edo-Gual, Tomás-Sábado, Bardallo-Porras, & Monforte-Royo, 2014).

La autoestima constituye el resultado de una evaluación emocional subjetiva acerca de la capacidad individual para la resolución de los problemas y para hacer frente a los desafíos de la vida (Hewitt, 2009). Desde esta perspectiva, son numerosos los trabajos que han planteado la autoestima como uno de los factores psicológicos más intensamente relacionados con la ideación y los intentos suicidas en adolescentes y adultos jóvenes (Pettigrew & Dawson, 1979). En concreto, una autoestima baja se ha identificado como un importante factor de riesgo del comportamiento suicida (Bagalkot et al., 2014; O'Connor, Dooley, & Fitzgerald, 2015), mientras que, por el contrario, la alta autoestima actúa como el más relevante factor protector (Brausch & Decker, 2014; Edo-Gual et al., 2014). Asimismo, la autoestima se considera uno de los recursos personales más consistentes para el desarrollo de comportamientos adaptativos, actitud activa en la resolución de conflictos y configuración de características resilientes en adolescentes (Masten, 2007).

El término *resiliencia* hace referencia a un proceso de adaptación ante la adversidad, el trauma, la tragedia o la amenaza (APA, 2010), caracterizado por la

capacidad de volver a los niveles de funcionamiento previos a la situación traumática o amenazante, tras experimentar un proceso psicológico positivo como resultado del afrontamiento de la circunstancia vital crítica, que incluiría, entre otros, el desarrollo de relaciones más afectivas, reconocimiento de las posibilidades individuales, mayor sentido de fortaleza personal y cambios significativos en la jerarquía de prioridades vitales, que, en su conjunto, pueden constituir un factor protector o moderador de la ideación y del riesgo suicida (Min, Lee, & Chae, 2015). Básicamente, la resiliencia incluiría dos aspectos (Bonanno, 2004): resistir el suceso y rehacerse del mismo, saliendo fortalecido.

Otro factor que frecuentemente se ha asociado con un mayor riesgo de suicidio es la presencia de un *locus de control externo*. El concepto de Locus de Control [LOC] fue introducido por Rotter (1966) en el marco de su teoría del aprendizaje social, para referirse a la idea de control interno frente al control externo, es decir, el grado con que el individuo cree controlar su vida y los acontecimientos que influyen en ella. En términos generales, el LOC se refiere a una expectativa generalizada de control sobre los refuerzos o una creencia relacionada con la previsibilidad y estructuración del mundo. Según esto, los individuos pueden clasificarse como *internos* o *externos*.

El LOC y su influencia sobre la ideación y la conducta suicida es un área que ha suscitado un considerable interés en los últimos años, dando lugar a un amplio cuerpo de investigación empírica. Gran parte de los trabajos han llegado a la conclusión de que, en general, el LOC interno y la autoestima constituyen factores protectores del estrés y de la conducta suicida (Demir, Demir, Bulut, & Hisar, 2014).

En una muestra de adolescentes, Pearce y Martin (1993) observan una clara asociación entre LOC y conducta suicida, constatando que aquellos sujetos que habían estado involucrados en conductas relacionadas con el suicidio, presentaban una orientación de control más externa. En un estudio similar, Martin, Richardson, Bergen, Roeger y Allison (2005) encuentran un estilo de atribución externa en estudiantes descontentos de su rendimiento académico y aquellos que admitían pensamientos suicidas. Evans, Owens y Marsh (2005), por su parte, en adolescentes australianos, confirman también que la conducta suicida se asociaba con orientación de control externo. En general, estos resultados apoyan la utilidad del LOC en la identificación del riesgo de conducta suicida.

Asumiendo que son varios los factores de riesgo que actúan de forma acumulativa para aumentar la vulnerabilidad de una persona para la conducta suicida, el objetivo de este trabajo fue estudiar la asociación de la autoestima, la resiliencia y el locus de control con el riesgo suicida en una muestra de estudiantes de enfermería españoles.

Método

Los participantes fueron los estudiantes de primer y segundo curso de Grado de una escuela de enfermería de la provincia de Barcelona, que asistieron a clase el día que se recogieron los datos y accedieron a participar.

Los estudiantes respondieron un cuestionario anónimo y autoadministrado, que contenía, además de datos demográficos sobre edad y sexo, los siguientes instrumentos de medida:

- Escala de Riesgo Suicida de Plutchik [SRS].
- Escala de Autoestima de Rosenberg [Rosenberg Self-esteem Scale = RSES]. Este cuestionario consta de 10 preguntas con un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos, desde total desacuerdo a total acuerdo. Cinco de los ítems puntúan en sentido positivo, de 1 para el total desacuerdo a 4 para el total acuerdo [ítems 1, 3, 4, 7 y 10], mientras que los otros cinco ítems puntúan en sentido negativo, de 4 para el total desacuerdo a 1 para el total acuerdo [ítems 2, 5, 6, 8 y 9], de manera que las posibles puntuaciones totales presentan un rango de 10 a 40, siendo la puntuación 10 la de más baja autoestima y la de 40 la de la más alta. El RSES tiene una fiabilidad de 0,92 y una consistencia interna de 0,72 (Rosenberg, 1965). El RSES se ha utilizado en estudios de depresión (Kernis et al., 1998), suicidio (de Man, Leduc, & Labreche-Gauthier, 1992; Vella, Persic, & Lester, 1996) y con estudiantes universitarios con edades atípicas (Woodard & Suddick, 1992). En las últimas décadas, numerosos estudios han constatado la influencia de la autoestima en el bienestar psicosocial. Igualmente, se ha señalado su importancia como recurso personal capaz de reducir los efectos potencialmente negativos de los eventos vitales estresantes (Lin, Simeone,

Ensel, & Kuo, 1979). Según Harmon-Jones et al. (1997), la autoestima actúa como un protector contra la ansiedad, sobre todo contra la ansiedad ante la muerte. Los individuos con autoestima alta muestran una disminución de sus reacciones depresivas, pensamientos suicidas y tensión. Asimismo, la alta autoestima se relaciona con un aumento en el rendimiento laboral y también con mejores resultados académicos. En este trabajo se utilizó la versión española validada por Martín-Albo et al. (2007).

- Escala Breve de Afrontamiento Resiliente [BRCS](Sinclair & Wallston, 2004), en su forma española (Limonero et al., 2010). La BRCS cuenta con 4 ítems con formato de respuesta tipo Likert que va de 1 a 5 [“No me describe en absoluto”, “Me describe poco”, “Ni poco ni mucho”, “Me describe bastante” y “Me describe muy bien”] y está diseñada para medir tendencias de afrontamiento al estrés y la manera más adaptativa de afrontarlo. Las puntuaciones pueden fluctuar entre 4 y 20 correspondiendo una puntuación total igual o inferior a 13 a una baja resiliencia. Por el contrario, puntuaciones iguales o superiores a 17 serían indicativas de alta resiliencia.
- Escala de Locus de Control Interno-Externo de Rotter [I-ELCS] (Rotter, 1966). La I-ELCS es un instrumento unidimensional que consta de 29 ítems, 23 dirigidos a evaluar expectativas de control sobre los refuerzos y 6 distractores, introducidos para hacer más ambiguo el propósito de la prueba. Cada ítem se compone de dos frases, una relativa a expectativas de control externo y otra a las expectativas de control interno. En cada ítem, el sujeto debe optar por una de estas frases, extrayéndose la puntuación total a partir de la suma de los ítems contestados en la dirección externa, de manera que, a mayor puntuación de la escala, mayor control externo. En este estudio se ha utilizado la versión traducida y validada por Montes-Hidalgo y Tomás-Sábado (2016).

Se realizó un estudio observacional, transversal, en el transcurso del curso académico 2014-2015. Los estudiantes respondieron al cuestionario en horario lectivo en sus propias aulas de clase, garantizándoles previamente el anonimato y la confidencialidad, así como la voluntariedad de participación en el estudio, advirtiéndoles que, en caso de no desear participar, podían entregar el cuestionario en blanco.

Asimismo, se ofreció la posibilidad de información y soporte personalizado y confidencial para aquellos estudiantes que lo desearan.

Los datos fueron tabulados y analizados mediante el paquete estadístico SPSS 22.0, para Windows, calculándose índices descriptivos, coeficientes de correlación de Pearson y análisis de regresión lineal múltiple. El error tipo alfa asumido para considerar significativo el valor de p fue en todos los casos de 0,05.

Resultados

De los 191 cuestionarios entregados, cinco [2,6%] fueron anulados por encontrarse en blanco o incompletos, de manera que la muestra de estudio la componían un total de 186 alumnos, 154 mujeres y 32 hombres, con una media de edad de 22,86 [DT \pm 5,13] y un rango de 18 a 43 años.

La tabla 9 contiene las medias y las desviaciones típicas de las puntuaciones de los instrumentos utilizados para la muestra total y, separadamente, para hombres y mujeres, así como los resultados de la prueba t de comparación de medias. En general, las puntuaciones para ambos sexos son muy similares y únicamente en el caso del Locus de Control las mujeres puntúan significativamente más alto, indicando una mayor tendencia en el sexo femenino a la atribución de control externa.

Tabla 9. Medias y desviaciones típicas de Riesgo Suicida, Autoestima, Resiliencia y Locus de Control para la muestra total y, separadamente, para hombres y mujeres

	TOTAL Me (DT)	Hombres (n = 154) Me (DT)	Mujeres (n = 32) Me (DT)	t
Riesgo Suicida	2,43 (1,82)	2,38 (1,95)	2,45 (1,80)	0,202 ns
Autoestima	31,70 (5,00)	32,81 (5,07)	31,47 (4,97)	1,39 ns
Resiliencia	15,08 (2,35)	15,53 (2,00)	14,88 (2,41)	1,21 ns
Locus de Control	12,36 (3,50)	11,03 (3,37)	12,64 (3,47)	2,39*

* $p < 0,05$

En la tabla 10 figuran los coeficientes de correlación de Pearson y su significación (p) entre las variables estudiadas. Como puede verse, se obtuvieron correlaciones negativas y significativas entre el riesgo suicida y autoestima [$r = -0,541$; $p < 0,01$] y resiliencia [$r = -0,263$; $p < 0,01$] y positiva con LOC [$r = 0,188$; $p < 0,05$].

Tabla 10. Coeficientes de correlación de Pearson entre riesgo suicida, autoestima (RSES), resiliencia (BRCS) y locus de control (I-ELCS)

	Riesgo suicida	Autoestima	Resiliencia
Autoestima	-0,541**		
Resiliencia	-0,263**	0,568**	
Locus de control	0,188*	-0,277**	-0,311**

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

La tabla 11 contiene la distribución de las puntuaciones de riesgo suicida. Se observa que un total de 12 estudiantes [6,4 %] presentan puntuaciones iguales o superiores a seis, que indica riesgo suicida.

Tabla 11. Distribución de las puntuaciones de riesgo suicida (SRS)

Puntuación RS	Frecuencia	Porcentaje
0	31	16,7
1	34	18,3
2	33	17,7
3	34	18,3
4	31	16,7
5	11	5,9
6	8	4,3
7	3	1,6
8	1	0,5

Para estudiar la relación de dependencia entre el riesgo suicida y el resto de variables, se utilizó el análisis de regresión lineal múltiple, método *stepwise*, considerando el riesgo suicida como variable dependiente y como variables independientes aquellas que presentaban un coeficiente de correlación significativo (resiliencia, autoestima y locus de control). Según figura en la tabla 12, la autoestima [RSES], fue la variable identificada por el modelo con una mayor relación con el riesgo suicida, explicando conjuntamente un 29,5% [R^2_{aj}] de la varianza.

Tabla 12. Análisis de regresión múltiple

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Sig.		
		Coeficientes estandarizados	<i>t</i>			
1	Beta				7,040	0,000
	Autoestima	-0,210	0,028	-0,578	-7,46	0,000
	Afrontamiento	0,063	0,061	0,081	1,034	0,303
	Locus	0,027	0,035	0,051	0,762	0,447

a. Variable dependiente: Riesgo Suicida

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre el riesgo suicida, la autoestima, la resiliencia y el locus de control en una muestra de estudiantes universitarios. En general, los resultados obtenidos están en la línea de investigaciones previas (Chatard, Selimbegović, & Konan, 2009) y sugieren que aquellos estudiantes con menos autoestima, menos capacidad para sobreponerse a situaciones adversas y LOC externo, presentan un mayor riesgo de suicidio.

Por lo que respecta a los estudiantes con riesgo suicida, el porcentaje de 6,4% es sensiblemente inferior a los encontrados utilizando el mismo instrumento en estudios

anteriores realizados en estudiantes de enfermería, que alcanzan porcentajes de 12,3% (Tomás-Sábado, 2009) y 14% (Aradilla-Herrero et al., 2014).

Aunque la naturaleza transversal de nuestro estudio no permite inferir asociaciones causales, que únicamente podrán determinarse mediante la aplicación de diseños longitudinales, los resultados del análisis de regresión lineal sugieren que la autoestima es el principal factor que interviene en la aparición del riesgo suicida, mientras que el locus de control y la resiliencia únicamente muestran correlación estadísticamente significativa en sus respectivas puntuaciones. Estos resultados pueden orientar el diseño de programas de prevención de lo que ya se considera un importante problema de salud pública. Hasta ahora, únicamente las políticas centradas en el diagnóstico y tratamiento temprano de trastornos mentales como la depresión, se han mostrado efectivas en reducir las tasas de suicidio y de los intentos. Sin embargo, la literatura al respecto ha puesto de manifiesto que, incluso una vez controlado el episodio depresivo, la autoestima se manifiesta como un predictor significativo de la ideación suicida (Edo-Gual et al., 2014; Evans & Farberow, 2005).

A partir de los datos de un estudio cualitativo realizado con estudiantes universitarios, Rasmussen, Dyregrov, Haavind, Leenaars y Diesernd (2016) proponen un modelo donde la autoestima y el autoconcepto constituyen los ejes principales del proceso que conduce al suicidio.

Sin embargo, estos hallazgos hay que considerarlos con cautela, ya que no se dispone de experiencias en la evaluación de la eficacia de programas centrados en el manejo de la autoestima como mecanismo de reducción del riesgo suicida. Además, la naturaleza compleja de la conducta suicida y la variedad de factores de tipo personal, social, familiar, laboral, etc., que pueden estar implicados en la decisión de poner fin a la vida de forma voluntaria, hacen que sea muy difícil establecer asociaciones causales directas, conjugándose complejas interacciones entre factores protectores y de riesgo potencial. En cualquier caso, sería conveniente un cambio de actitud con respecto a la tradicional consideración de que la persona que se suicida es un ser libre, que se mueve según su libre albedrío. Más bien al contrario, hemos de abordar la situación desde la perspectiva de que la decisión está mediatizada por posibles trastornos mentales que le afecten en aquel momento o por condicionantes de índoles diversas.

A pesar de estas limitaciones, la dimensión del problema social e individual que supone actualmente el suicidio, exige la implantación de rigurosos programas de investigación, dirigidos a la detección precoz de aquellos factores implicados, como trastornos mentales, abuso de sustancias, situaciones de maltrato, etc. En este cometido, los profesionales docentes pueden desempeñar un importante papel, aprovechando la cercanía y la confianza que pueden conseguir de sus estudiantes. Desde esta perspectiva, parece conveniente la implementación de programas de prevención del suicidio en los centros educativos, con la idea de ayudar a los docentes, tanto en la tarea de identificar aquellos estudiantes con ideación o pensamientos suicidas, como en empoderar a los propios alumnos en ser capaces de detectar aquellos compañeros en situación de riesgo. De forma similar, existe considerable consenso acerca de la necesidad de trabajar con poblaciones de alto riesgo, como la comprendida entre los 16 y los 35 años, donde están incluidos la mayoría de nuestros estudiantes.

Estudio III

Religiosidad y riesgo suicida en estudiantes de enfermería

Introducción

Se calcula que 64 de cada 100.000 personas que acuden a urgencias de un centro hospitalario lo hacen por algún tipo de conducta suicida. En total, casi un millón de personas mueren al año por suicidio (Burshtein et al., 2016). De hecho, la Organización Mundial de la Salud ha insistido recientemente en la priorización de medidas preventivas ante el aumento constante del número de suicidios (OMS, 2014a).

Determinar las causas del comportamiento suicida y especialmente los aspectos referentes a su prevención, constituye uno de los mayores retos de la Salud Pública. A partir de la consideración multicausal del suicidio, en la actualidad se hace especial hincapié en el estudio de los factores clínicos y biológicos, por delante de los factores sociodemográficos. No obstante, estos no pueden ser olvidados, y ya Durkheim señaló la influencia de variables como el género, la edad, la ocupación, el estado civil, etc. en el desarrollo de la conducta suicida (Conejero, Lopez-Castroman, Giner, & Baca-Garcia, 2016). Los datos epidemiológicos apoyan esta consideración, ya que aunque las cifras de suicidios se mantienen en la mayoría de los países constantes en el tiempo, se observan diferencias entre países cercanos.

Como se ha comentado, Durkheim planteó que el individuo es un ser social y que existía una relación inversa entre las tasas de suicidio y el grado de integración social (Durkheim, edición de 1992). Dentro del análisis de las variables sociológicas que podían influir en el comportamiento del individuo, consideró fundamental el papel que desempeñaba la religión, llegando a la conclusión de que ésta podía ejercer un papel protector, en la medida que integra al individuo en la sociedad y que, además, dota a la persona de objeciones morales hacia el suicidio (Dervic et al., 2004). En su análisis sociológico del suicidio observó cómo en Europa, las tasas de suicidio eran más altas en los países protestantes que en los católicos, conjeturando que estas diferencias eran debidas a la mayor integración religiosa y menor autonomía individual en sus creencias que se daban en los individuos de credo católico, con respecto a los feligreses protestantes.

La religión y la espiritualidad juegan un papel central en la vida de un número significativo de personas. En los Estados Unidos, los resultados de la encuesta de Gallup indican que más del 60% de los estadounidenses sienten que la religión es "muy importante" en sus vidas (Gallup, 1995; Ray, 2003). Asimismo, un estudio realizado con muestras de 114 países, concluye que el 84% de los adultos la consideraban *muy importante* en su vida diaria (Crabtree, 2010).

El papel de la religión y la espiritualidad en la salud y el bienestar psicológico ha recibido una creciente atención en las últimas décadas (Fry, 2000; George, Ellison, & Larson, 2002; Powell, Shahabi, & Thoresen, 2003). Se ha especulado con la idea de que las creencias religiosas tienen una importante influencia sobre el estado de salud de la persona, mejorando su estilo de vida, su entorno social y actuando positivamente sobre su estabilidad emocional y psicológica (Koenig, 2015), proporcionando comodidad psicológica y física en circunstancias de sufrimiento o estrés (Pargament, 2001). Asimismo, la religión es un mecanismo básico para muchas personas que tienen que enfrentarse a enfermedades importantes como el cáncer (Stefanek, McDonald, & Hess, 2005). Por otro lado, el consuelo religioso es un mecanismo de afrontamiento que implica la búsqueda de sentido religioso o espiritual, bienestar e inspiración cuando se enfrentan con problemas o dificultades personales (Ferraro & Kelley-Moore, 2000).

Es importante destacar que aunque los términos *religiosidad* y *espiritualidad* se utilizan frecuentemente como sinónimos, lo cierto es que hacen referencia a entidades diferentes. En realidad, la religiosidad se refiere a la “*expresión por medio de ritos, oraciones, signos y celebraciones que se llevan a cabo en el ámbito de una relación en particular*”, mientras que espiritualidad se relaciona “*con la formación de principios, valores e ideales que trascienden lo material y que la persona interioriza para dar un sentido a su vida....*” (Tomás-Sábado, 2016).

Según Allport y Ross (1967) hay que distinguir entre dos tipos de religiosidad. La *religiosidad intrínseca*, que comprende las creencias interiorizadas que se convierten en la principal influencia de las motivaciones vitales y que se correspondería con el significado de *espiritualidad*; y la *religiosidad extrínseca*, caracterizada por las expresiones formales de fe en actos, ceremonias, costumbres o normas sociales, generalmente motivadas por la necesidad de integración social.

Lester y Walker (2015), en un estudio realizado con 419 estudiantes universitarios, encontraron que la religiosidad estaba significativamente asociada con la ideación suicida. En concreto, la religiosidad intrínseca, junto con la desesperación, la manía y las puntuaciones de depresión, figuraban como principales predictores de la aparición de ideación suicida.

La mayoría de las religiones en el mundo son contrarias al suicidio e, incluso algunas, lo prohíben directamente, como en el caso del Islam, llegando a existir países musulmanes donde la legislación penal contempla castigos severos a quienes intenten suicidarse. Esta situación sirve de argumento a quienes sostienen que en los países de fe musulmana existe una subnotificación de casos de suicidio. Para los hebreos también es una práctica prohibida y en el Cristianismo, aunque no hay una referencia explícita en las Escrituras, la tradición lo ha considerado como motivo de repulsa. En la actualidad, más que condenar a la persona que se suicida, las iglesias cristianas, optan por la compasión y la comprensión del sufrimiento de la persona que decide quitarse la vida. En las religiones orientales como el Budismo y el Hinduismo, aunque siempre se las ha considerado más ambiguas en cuanto a la cuestión, el principio del respeto a la vida ha prevalecido tradicionalmente, considerando el suicidio como un error (Cook, 2014).

La literatura sobre el tema proporciona considerable evidencia empírica de que existen diferencias significativas en las tasas de suicidio según la religión que se profese. En concreto, con datos de los Estados Unidos, los protestantes tienen tasas más altas que los católicos, mientras que los judíos cuentan con las más bajas (Gearing & Lizardi, 2009). En general, los musulmanes presentan tasas más bajas en comparación con, por ejemplo, cristianos o hindúes (Ineichen, 1998). Incluso en pacientes con problemas de salud mental, en situaciones de abuso de tóxicos (Caribe et al., 2012) o con personas con cáncer (Panczak et al., 2013), las creencias religiosas o la identificación con alguna religión, parecen actuar como protector ante las ideas autolíticas (Caribe et al., 2015).

Sin embargo, tanto el concepto de religión como el de suicidio son complejos, multidimensionales y de difícil categorización. En el caso del suicidio, debe considerarse de manera diferenciada, la ideación, los planes, el intento o el suicidio consumado. Por lo que respecta a la religión, no es lo mismo hablar de creencias

religiosas que de afiliación religiosa o participación en actividades de una religión (Lawrence, Oquendo, & Stanley, 2016).

La forma y la medida en que la religión se relaciona con el suicidio se han descrito en muchos estudios. Son numerosos los autores que sugieren que aquellas personas con creencias y prácticas dentro de una religión, cuentan con más recursos para hacer frente al estrés de la vida diaria, están dotadas de mejores estrategias para recuperarse o vivir con depresión, además de crear una red social más amplia donde puede encontrar apoyo y ayuda en momentos de dificultad (Koenig, King, & Carson, 2012). Otros autores argumentan que no solo la religiosidad ejerce un factor protector sobre la ideación suicida, sino que la propia ansiedad ante la muerte puede actuar de forma similar (Tomás-Sábado, 2013).

No obstante, aunque la mayoría de las investigaciones consideran que la religiosidad protege a la persona contra el suicidio, otros estudios establecen una relación contraria y lo relacionan con un aumento (Wu, Wang, & Jia, 2015). A nivel metodológico, el problema se encuentra en que la mayoría de los estudios son de tipo transversal y existe poca literatura sobre estudios de tipo longitudinal. En uno de los pocos estudios prospectivos realizados sobre el tema, VanderWeele, Li, Tsai y Kawachi (2016) examinan la relación entre asistencia a servicios religiosos y suicidio en una cohorte de 89.708 enfermeras perteneciente al *Nurses' Health Study*, observando una tasa de suicidio significativamente más baja en aquellas enfermeras que acudían frecuentemente a servicios religiosos.

Los objetivos de este trabajo fueron cuantificar y caracterizar el riesgo suicida en una muestra de estudiantes de enfermería y analizar sus relaciones con sus creencias y prácticas religiosas.

Método

Participaron en el estudio 124 estudiantes de enfermería, 98 mujeres y 26 hombres, con una edad media de 22,38 [DT = 5,66] y un rango de 18 a 44 años. Los estudiantes respondieron un cuestionario anónimo que, además de datos sobre edad y sexo, contenía la forma española de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. Asimismo,

se incluía dos preguntas referidas a sus creencias y prácticas religiosas, con el texto: 1. *¿Crees en alguna religión?* y 2. *¿Practicar alguna religión?* En ambas preguntas los estudiantes tenían dos opciones de respuesta: sí o no.

Se realizó un estudio observacional transversal. Los estudiantes respondieron al cuestionario en horario lectivo en sus propias aulas de clase, siendo advertidos previamente que la participación era voluntaria y garantizando el anonimato y la confidencialidad. Los datos fueron tabulados y analizados con el paquete estadístico SPSS 24.0 para Windows, calculándose índices descriptivos y prueba *t* de Student para muestras independientes.

Resultados

La tabla 13 contiene la relación de puntuaciones totales en la Escala de Riesgo Suicida de los 124 participantes. Como puede observarse, un total de 8 estudiantes [6,5%] presentan puntuaciones de RS iguales o superiores a 6, indicativo de riesgo de suicidio.

Tabla 13. Puntuaciones totales de la Escala de Riesgo Suicida

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Ac.
0	24	19,4	19,4
1	28	22,6	41,9
2	28	22,6	64,5
3	12	9,7	74,2
4	14	11,3	85,5
5	10	8,1	93,5
6	5	4,0	97,6
7	1	0,8	98,4
8	2	1,6	100
Total	124	100	

A la pregunta *¿crees en alguna religión?*, respondieron afirmativamente 48 alumnos [38,7%], mientras que los restantes 76 [61,3%] lo hicieron de forma negativa. La tabla 14 contiene las medias y desviaciones típicas de cada uno de los grupos, con resultados de la prueba *t* de Student para muestras independientes y su significación [*p*]. Como puede apreciarse, los alumnos que manifestaron no creer en ninguna religión

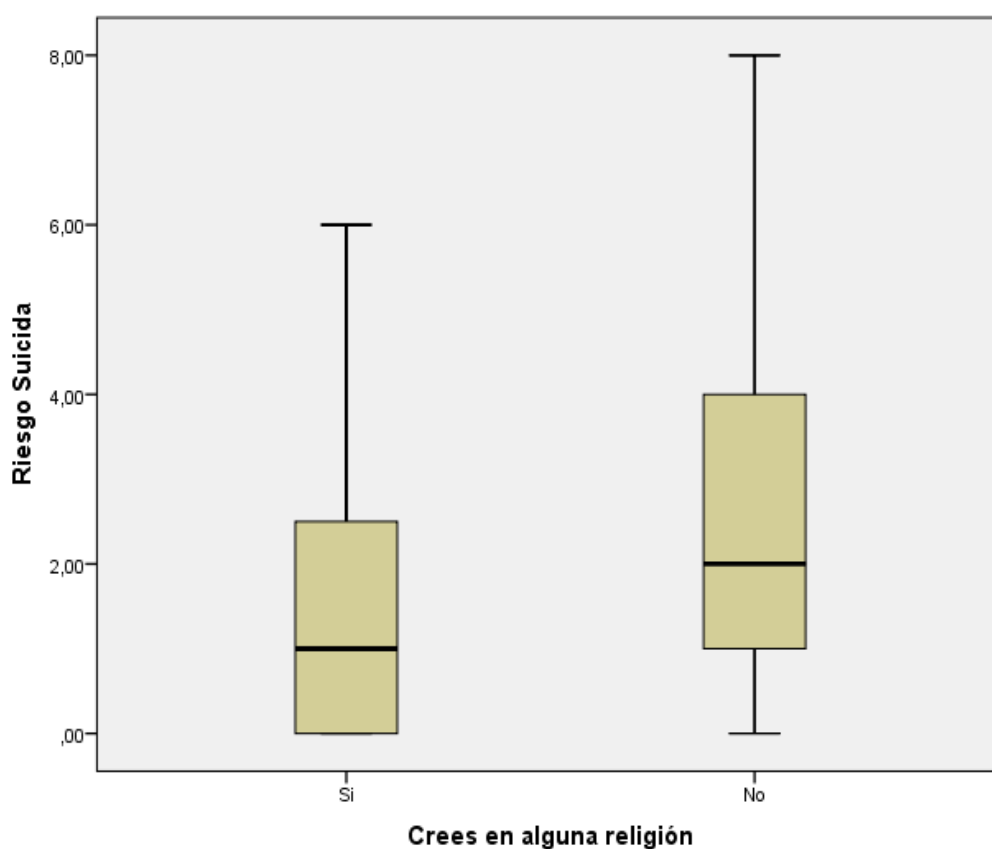
presentan puntuaciones de RS significativamente superiores [$p < 0,01$] a las de aquellos que se declaran creyentes.

Tabla 14. Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de RS en creyentes y no creyentes, con resultados de la prueba t de Student

¿Crees en alguna religión?	No (n = 76) Me (DT)	Sí (n = 48) Me (DT)	t	p	Intervalo confianza 95%
	2,66 (2,04)	1,60 (1,50)	3,30	<0,01	1,68 - 0,42

En el diagrama de cajas de la figura 9 podemos apreciar los estadísticos de posición de las puntuaciones de RS en ambos grupos. Puede verse que la puntuación mediana y cuartiles de aquellos alumnos que se declaran creyentes son sensiblemente inferiores a los no creyentes.

Figura 9. Distribución de las puntuaciones de RS en estudiantes creyentes y no creyentes



Por lo que respecta a la pregunta *¿practicar alguna religión?*, La respuesta fue afirmativa en 24 alumnos [18,9%] y negativa en 99 [80%], mientras que un alumno [1,24%] no respondió a la pregunta.

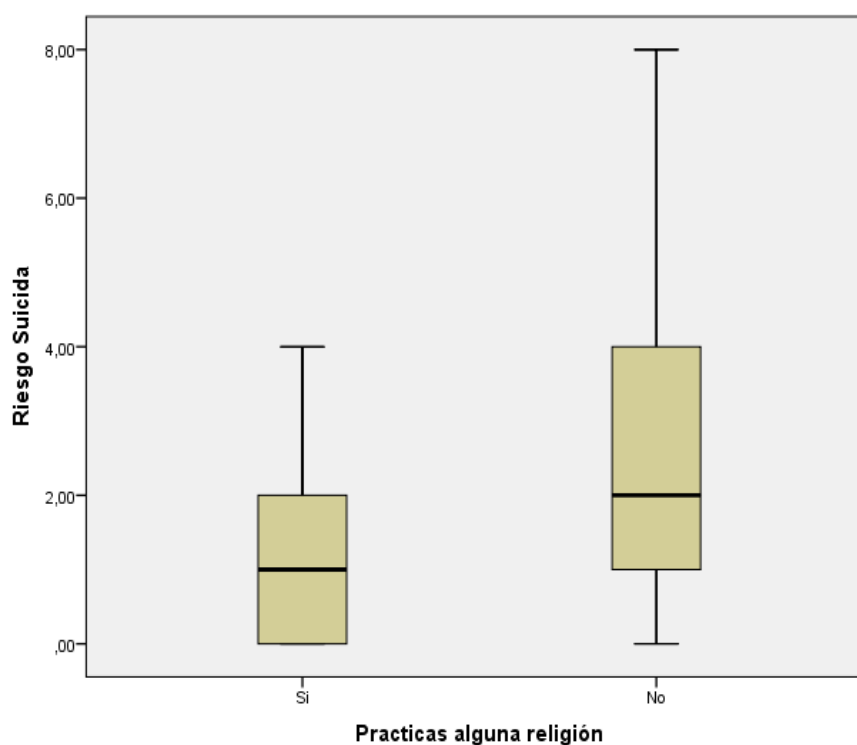
En la tabla 15 figuran las medias y desviaciones típicas de los dos grupos, con los resultados de la prueba *t* de Student. También en este caso, los estudiantes que declaran practicar algún tipo de religión presentan puntuaciones de RS significativamente inferiores a los que se manifiestan no practicantes [$p < 0,01$].

Tabla 15. Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de RS en practicantes y no practicantes, con resultados de la prueba *t* de Student

¿Practicar alguna religión?	No Me (DT)	Si (n = 24) Me (DT)	<i>t</i>	<i>p</i>	Intervalo confianza 95%
	2,48 (1,98)	1,33 (1,34)	3,41	<0,01	1,683 - 0,47

La figura 10 evidencia que también aquí, las medidas de posición en aquellos alumnos que practican alguna religión son considerablemente inferiores a las de los no practicantes.

Figura 10. Distribución de las puntuaciones de RS en practicantes y no practicantes



Discusión

Los resultados de nuestro estudio coinciden, en gran parte, con los obtenidos en otros estudios de tipo transversal, concluyendo, en general, que aquellas personas que se declaran religiosas muestran un menor nivel de comportamiento suicida. Sin embargo, esta influencia no se observa en la ideación suicida, al parecer más independiente de consideraciones religiosas o morales. De cualquier modo, aunque es obvio que la religiosidad no supone una garantía de protección ante el suicidio, parece interesante considerar su papel a la hora de evaluar el riesgo suicida (Kleiman & Liu, 2014).

Aunque no son muy abundantes, los estudios realizados sobre el tema utilizando metodología cualitativa presentan un especial interés, en cuanto que aportan una visión profunda y personal del significado que para los participantes tiene la religión sobre su consideración y significado de la vida y de la muerte (Monforte-Royo, Villavicencio-Chávez, Tomás-Sábado, Mahtani-Chugani, & Balaguer, 2012; Lawrence, Brent et al., 2016). Como afirma Victor Frankl (1991) *“al hombre se le puede arrebatar todo salvo una cosa: la elección de la actitud personal ante un conjunto de circunstancias, para decidir su propio camino”*. En opinión de Frankl, la búsqueda del sentido de la vida constituye la fuerza motivadora primaria para encontrar respuestas a las cuestiones que la existencia nos plantea, incluso en las condiciones más extremas y complejas, permitiendo su afrontamiento y adaptación. Frankl concluye que:

...el riesgo de suicidio no depende de la intensidad de los impulsos suicidas dentro de una persona, sino de su respuesta a dichos impulsos; y su reacción, a su vez, dependerá, fundamentalmente, de si considera o no la supervivencia como algo pleno de sentido, aun cuando sea doloroso, siempre que se tenga una tarea que cumplir.

Desde esta perspectiva, el sentido de la vida difiere de una persona a otra e incluso, en una misma persona, puede variar con el tiempo y las circunstancias (Monforte-Royo, Villavicencio-Chávez, Tomás-Sábado, & Balaguer, 2011; Monforte-Royo, Tomás-Sábado, Villavicencio-Chávez, & Balaguer, 2011). La consideración del sentido de la vida como variable mediadora en la ideación suicida y en el deseo de morir ha suscitado un considerable interés de los investigadores, en un intento por profundizar en los aspectos existenciales ligados al deseo de finalizar la propia

existencia. En esta línea, Villavicencio-Chávez et al. (2014) describen la influencia del sentido de la vida como variable mediadora en el deseo de morir, que puede tener su origen en el sufrimiento físico ligado a un proceso avanzado de enfermedad. En otros estudios se ha observado que aquellos pacientes que encuentran sentido a su vida, afrontan de forma más positiva los síntomas físicos derivados de la enfermedad y manifiestan menos deseos de acabar con su vida (Fegg et al., 2010; García-Alandete, Gallego-Pérez, & Pérez-Delgado, 2009).

Es evidente que existen variables sociodemográficas como la edad, el género, etc. que tienen una importante influencia en esta cuestión. La mayoría de los estudios centran su atención en las relaciones entre la religión y el suicidio en adultos mayores, de manera que no se dispone de mucha información referida a personas jóvenes, donde, seguramente, se puede encontrar redes de apoyo más amplias y una diferente vivencia de la religión (Wu et al., 2015). También hay que considerar que la influencia de la religión sobre la conducta suicida presenta importantes diferencias según el entorno social y cultural donde se produce (Sisask et al., 2010). En realidad, la mayoría de los estudios están realizados en países de tradición cristiana y son escasos los que se centran en religiones diferente y entornos socioculturales más diversos.

Lester y Walker (2015) sugieren la inclusión de la religiosidad entre las herramientas de evaluación para determinar los factores potencialmente protectores en los individuos con riesgo suicida. No obstante, en la actualidad, no está claramente establecida la postura de la psiquiatría/psicología oficial acerca del papel que la religión o la espiritualidad puede jugar tanto en el suicidio como en trastornos mentales en general. Por otra parte, aunque existen algunas recomendaciones o protocolos que intentan fijar un código de buenas prácticas en este aspecto (Cook, 2013; Gearing & Lizardi, 2009) no se dispone de estudios con el diseño adecuado, que hayan evaluado el efecto de terapias que incluyan esta dimensión (Koenig et al., 2012).

En consecuencia, parece necesario profundizar en la investigación dedicada a analizar el papel de la religión sobre la conducta y el riesgo suicida, que puedan ayudar a diseñar instrumentos e intervenciones en aquellas personas de especial vulnerabilidad.

Estudio IV

Relación entre el consumo de tabaco y café y riesgo suicida en enfermeras de Atención Primaria

Introducción

El consumo de tabaco es la principal causa de muerte evitable y discapacidad en el mundo industrializado y responsable de, al menos, el 85% de los cánceres de pulmón, la bronquitis crónica y el enfisema (Hooman, Zahra, Safa, Hassan, & Reza, 2013). Además, existe abundante literatura que indica que el tabaquismo está asociado con todas las formas de tendencia suicida, incluyendo la ideación, intentos y suicidios consumados (Berlin, Hakes, Hu, & Covey, 2015; Fishbain, Lewis, Gao, Cole, & Steele, 2009; Scherrer et al., 2012).

Han et al. (2016), a partir del análisis de los datos de la encuesta nacional sobre uso de drogas y salud, que se llevó a cabo en Estados Unidos entre 2008 y 2014, con la participación de 325.800 sujetos mayores de 18 años, aprecian un significativo aumento de las tendencias suicidas en los fumadores, que varían en función de la intensidad del hábito tabáquico y de las características de uso.

En un metaanálisis realizado recientemente por Poorolajal y Darvishi (2016) sobre la posible asociación entre el consumo de tabaco y la ideación, planes, intentos y muertes por suicidio, concluyen, tras el análisis de 63 estudios que incluían 8.063.634 participantes, que, en comparación con los no fumadores, los fumadores presentan un mayor riesgo de ideación suicida [OR = 2,05], planes de suicidio [OR = 2,36], intentos de suicidio [OR = 2,84] y muerte por suicidio [RR = 1,83]. En otro metaanálisis llevado a cabo por Li et al. (2012), se demuestra que la asociación del tabaquismo con un mayor riesgo de suicidio se incrementa conforme aumenta la dosis, de manera que por cada aumento de diez cigarrillos fumados por día, el riesgo de suicidio aumenta un 24%.

López-Castroman et al. (2016) estudiaron, en una muestra de 524 adultos con tendencias suicidas, las características de los intentos y su relación con el grado de dependencia tabáquica, que fue evaluada mediante el test de Fagerström. Los datos indicaban que aquellos fumadores con una fuerte dependencia habían realizado más intentos y de una mayor capacidad letal que los no fumadores, concluyendo que un

nivel alto o muy alto de dependencia indica un especial riesgo de desarrollar conductas autoagresivas de especial gravedad.

El efecto del consumo de tabaco sobre los aspectos relacionados con la conductas suicida es prácticamente unánime en las numerosas investigaciones realizadas con muestras muy diversas, que incluyen niños en edad escolar (Innamorati et al., 2011), adolescentes (Chen et al., 2015; Gilreath, Connell, & Leventhal, 2012; Hockenberry, Timmons, & Vander Weg, 2010; S. Park & Kim, 2015), veteranos de guerra (Ghaffari Nejad, Kheradmand, & Mirzaiee, 2011), madres gestantes (Cnattingius, Svensson, Granath, & Iliadou, 2011), miembros de la Guardia Nacional estadounidense (Goodwin et al., 2013) o pacientes con dolor lumbar crónico (Fishbain et al., 2009).

Los trabajos dedicados a estudiar la relación tabaco/suicidio en personas con trastorno mental han llegado a conclusiones similares. Sankaranarayanan, Mancuso, Wilding, Ghuloum y Castle (2015), en una revisión sistemática sobre el tema, observan que el tabaquismo aparece asociado con las tendencias suicidas en pacientes psicóticos [OR = 2,12]. No obstante, no acaba de quedar claro si estos datos reflejan un verdadero factor de riesgo o un factor de confusión, por lo que se recomienda profundizar en el estudio de la cuestión. En el estudio realizado por Hooman et al. (2013) con 950 pacientes psiquiátricos iraníes también aparece una clara asociación entre el consumo de cigarrillos y los intentos de suicidio. Otras investigaciones han constatado un aumento significativo del riesgo suicida en los pacientes fumadores diagnosticados de trastorno depresivo (Baek, Eisner, & Nierenberg, 2013b; Holma, Holma, Melartin, Ketokivi, & Isometsa, 2013; Schneider et al., 2014) y trastorno bipolar (Baek, Eisner, & Nierenberg, 2013a; Ducasse et al., 2015).

Tanto el tabaquismo como la conducta suicida parecen tener una especial incidencia entre los trabajadores del ámbito de la salud. Los estudios realizados en estos profesionales presentan una tendencia semejante a la del resto de trabajos citados. Miller, Hemenway y Rimm (2000), en un estudio prospectivo realizado con 50.000 profesionales de la salud de sexo masculino, encuentran, tras un periodo de ocho años de seguimiento, que en comparación con los no fumadores, el RR de suicidio de los exfumadores era de 1,4, de 2,6 para los fumadores moderados [<15 cigarrillos/día] y de 4,5 para los grandes fumadores, indicando una asociación positiva y relacionada con la

dosis entre el tabaquismo y el suicidio. Asimismo, en el trabajo realizado por Lucas et al. (2013) con enfermeras del *Nurses' Health Study*, concluye que, en comparación con las no fumadoras, el RR de suicidio era de 1,15 para las exfumadoras y de 2,69 para las fumadoras actuales. También aquí, se observa una relación dosis respuesta positiva y significativa entre el número de cigarrillos diarios fumados y el riesgo de muerte por suicidio. En otro estudio realizado en Hong Kong con una muestra de 850 enfermeras, Cheung y Yip (2016) han observado una relación significativa entre el tabaquismo y las conductas autoagresivas, que incluían autolesiones e intentos de suicidio.

Paralelamente, algunas investigaciones han sugerido que el consumo de café puede actuar como un factor protector frente al suicidio. Kawachi, Willet, Colditz, Stampfer y Speizer (1996), en un estudio de seguimiento durante 10 años de una cohorte de 86.626 enfermeras del *Nurses' Health Study*, apreciaron una fuerte asociación inversa entre el consumo de café y el riesgo de suicidio, incluso después de controlar posibles factores de confusión, como tabaquismo, consumo de alcohol, consumo de benzodiazepinas, estado civil, estrés percibido, hipertensión y diabetes. Lucas et al. (2014), en el análisis de los datos de tres grandes cohortes que incluían 73.820 enfermeras del *Nurses' Health Study*, 95.005 del *Nurses' Health Study II* y 43.599 hombres del *Health Professionals Follow up Study*, encuentran una asociación entre el consumo de cafeína y la muerte por suicidio. También en una cohorte de enfermeras, Ding et al. (2015) constatan que el consumo de café de una a cinco tazas diarias se asocia con un menor riesgo general de mortalidad, incluyendo la muerte por suicidio. Tanskanen et al. (2000), por su parte, en un estudio de cohortes de 43.166 sujetos, hombres y mujeres, observan que, si bien el consumo moderado de café se relaciona con una disminución del riesgo suicida, este se incrementa en los consumidores de ocho o más tazas de café diarias.

El objetivo de este trabajo es determinar la asociación entre las puntuaciones de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y el hábito tabáquico y consumo de café, en una muestra de enfermeras de Atención Primaria. Se trata de contrastar empíricamente la hipótesis de que el hábito tabáquico incrementa el riesgo de suicidio en la muestra estudiada, mientras que el consumo de café lo disminuye.

Método

Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal y correlacional. Se utilizó una muestra incidental formada por 171 enfermeras que desarrollaban su labor en unidades de Atención Primaria de la provincia de Barcelona. Los participantes, 149 mujeres y 22 hombres, tenían una media de edad 32,88 años [DT = 8,99; Rango = 20 a 59]. La media de ejercicio profesional era de 19,56 años [DT = 11,31; Rango = 1 a 41].

Los participantes respondieron un cuestionario anónimo y autoadministrado, que contenía, además de datos demográficos y profesionales, entre otros instrumentos, la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik [SRS] (Plutchik et al., 1989) en su adaptación española (Rubio et al., 1998). Asimismo, se incluían preguntas acerca de si consumían tabaco y café, y cuántos cigarrillos y tazas de café consumían diariamente de forma habitual.

Los datos fueron tabulados y analizados mediante el paquete estadístico SPSS 24.0, calculándose índices descriptivos, coeficientes de correlación de Pearson y prueba *t* de Student para muestras independientes.

Resultados

La tabla 16 contiene las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de la SRS de consumidores y no consumidores de tabaco y café, con los resultados de la prueba *t* de Student para muestras independientes y su significación. Como puede verse, en el caso del consumo de tabaco, los fumadores presentan una media SRS sensiblemente superior a los no fumadores, aunque la diferencia no alcanza significación estadística. Por lo que respecta al consumo de café, las puntuaciones de consumidores y no consumidores son prácticamente iguales.

Tabla 16. Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de riesgo suicida en consumidores y no consumidores de tabaco y café, con resultados de la *t* de Student y significación de las diferencias (*p*)

	si	no	<i>t</i>	<i>P</i>
¿Fumas?	n = 45 2,11 (2,35)	n = 126 1,64 (1,27)	1,300	n.s.
¿Consumes café?	n = 134 1,78 (2,17)	n = 37 1,73 (1,71)	0,120	n.s.

En la tabla 17 figuran los coeficientes de correlación de Pearson entre las puntuaciones de la SRS y el número de cigarrillos y cafés diarios. Puede observarse que la correlación es positiva y significativa [$r = 0,253$; $p < 0,05$] entre el riesgo suicida y el número de cigarrillos fumados, siendo cercana a cero la correlación con el número de cafés diarios.

Tabla 17. Coeficientes de correlación de Pearson entre las puntuaciones de riesgo suicida con número de cigarrillos y número de cafés

	Riesgo suicida	Número cigarrillos
Número cigarrillos	0,253**	
Número de cafés	0,073 ^{ns}	0,118 ^{ns}

** $p < 0,01$; ^{ns}no significativo

La tabla 18 contiene la distribución de puntuaciones SRS de los 171 participantes. Según puede apreciarse, un total de 10 sujetos [5,8%] presentan puntuaciones iguales o superiores a seis, indicativo de riesgo suicida. Las medias y desviaciones típicas de cigarrillos y cafés consumidos diariamente por enfermeras con y sin riesgo suicida, se expresan en la tabla 19, con resultados de la prueba *t* de Student y significación de las diferencias. Puede apreciarse que la media de cigarrillos fumados diariamente es notablemente superior en las enfermeras que presentan riesgo suicida, siendo la diferencia estadísticamente significativa [$p < 0,05$]. En el caso del consumo de café, la diferencia es muy reducida y sin significación.

Tabla 18. Distribución de las puntuaciones de la escala SRS

Puntuaciones	Sujetos	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	66	38,6	38,6
1	30	17,5	56,1
2	27	15,8	71,9
3	13	7,6	79,5
4	21	12,3	91,8
5	4	2,3	94,2
6	2	1,2	95,3
7	4	2,3	97,7
8	2	1,2	98,8
9	1	0,6	99,4
10	1	0,6	100

Tabla 19. Medias y desviaciones típicas del número de cigarrillos y cafés tomados en enfermeras con y sin riesgo suicida, con resultados de la *t* de Student y significación de las diferencias (*p*)

	Con riesgo suicida (n = 10)	Sin riesgo suicida (n = 161)	<i>t</i>	<i>P</i>
Cigarrillos/día	6,50 (8,51)	1,64 (1,27)	2,170	<i>p</i> <0,05
Cafés/día	2,50 (1,18)	1,74 (1,29)	1,82	n.s.

Discusión

Los resultados del presente estudio confirman parcialmente la hipótesis planteada. Por lo que respecta a la relación entre el tabaco y el riesgo suicida, los datos, aunque están lejos de ser concluyentes, sugieren un efecto en la misma línea que los estudios disponibles en la literatura. Parece fuera de toda duda que el consumo de tabaco y la conducta suicida mantienen algún tipo de asociación. Otra cuestión sería determinar cuál es la naturaleza de esta relación. Aunque nadie podría plantear seriamente que el consumo de tabaco conduce al suicidio, es evidente que, con mucha frecuencia, la ideación, planificación y conducta suicida se gestan en un ambiente saturado por el humo del tabaco. Desde esta perspectiva, la asociación entre tabaco y suicidio, dos de los más importantes problemas de salud pública, presenta importantes implicaciones clínicas y pone de manifiesto la relevancia de la consideración del consumo de tabaco en la evaluación del estado de salud y del riesgo de suicidio (Han, Compton, & Blanco, 2016).

Como se ha visto, existe considerable evidencia de que los fumadores presentan un elevado riesgo de suicidio. Esta asociación no implica causalidad directa, pero la prevención y tratamiento del tabaquismo debería ser un objetivo incluido en los programas de prevención del suicidio (Poorolajal & Darvishi, 2016). Aunque no se dispone de mucha información sobre el efecto que las intervenciones antitabáquicas presentan sobre las cifras de suicidio, Gruzca et al. (2014) aprecian que ciertas acciones específicas, como subir los impuestos sobre el consumo de cigarrillos o el establecimiento de políticas de aire libre de humo, actúan reduciendo el número de suicidios, especialmente en aquellos sectores de la población donde la prevalencia previa de tabaquismo era más alta. Desde esta perspectiva, puede plantearse que la introducción de intervenciones específicas a nivel comunitario puede actuar reduciendo tanto el consumo de tabaco como la incidencia de suicidios, ya que se ha demostrado ampliamente que la relación entre tabaquismo y suicidio disminuye hasta desaparecer cuando se suprime el consumo (Berlin et al., 2015; Li et al., 2012; Shah & Bhatia, 2010; Tanskanen et al., 2000), lo que sugiere que se trata más de un efecto estado, más que de rasgo (Yaworski, Robinson, Sareen, & Bolton, 2011).

No obstante la mayoría de esta abundante investigación está basada en datos procedentes de cohortes históricas, utilizando procedimientos correlacionales de datos

crudos, sin posibilidad de profundizar en otros aspectos de la relación. En este sentido, podría plantearse la conveniencia de diseñar estudios que, utilizando metodología mixta, fueran capaces de indagar cualitativamente en los aspectos más emocionales de la relación tabaco/suicidio.

Se ha especulado con la hipótesis de que el consumo regular de café tiene efectos clínicamente significativos sobre el estado de ánimo y la depresión (Kawachi et al., 1996). Sin embargo, su efecto sobre el riesgo suicida es un tema controvertido. En la muestra estudiada no se ha observado ningún efecto significativo del consumo de café sobre el riesgo de suicidio. A pesar de que las investigaciones disponibles parecen coincidir en señalarlo como un factor protector, los datos de nuestro estudio no apoyan en absoluto este planteamiento, mostrándose el café como un factor irrelevante para el riesgo suicida de las enfermeras. La cuestión también merece posterior investigación, pero, probablemente, las evidentes diferencias en el contexto y en la composición entre nuestra muestra y las de los citados estudios, estén en el origen de la discrepancia de resultados. Es evidente, no obstante, que la naturaleza transversal del estudio realizado limita su capacidad para atribuir causalidad entre las relaciones observadas.

Estudio V

Comparación del riesgo suicida entre profesionales de la enfermería y de la docencia

Introducción

Generalmente, se considera que el ambiente laboral es un factor más influyente en el suicidio que la ocupación o la clase social en la medida que influye más directamente en la vida cotidiana del individuo. El estrés ocupacional, vivir situaciones de mobbing o la precariedad laboral se han demostrado factores intervinientes en comportamientos suicidas (Ozanne-Smith & Routley, 2010). Estas situaciones pueden ser tan negativas para la salud de la persona como el hecho de estar desempleado (Broom et al., 2006). Se ha estudiado, incluso, la influencia de las condiciones laborales no solo sobre los propios trabajadores sino también sobre sus hijos, encontrándose que el suicidio en adolescentes puede, en ocasiones, estar asociado con cambios en la situación económica y laboral de los progenitores (Kolves, 2010).

El estrés constituye una respuesta no solo emocional sino también fisiológica y conductual, cuyo nivel dependerá de la demanda que se le hace al individuo y de los recursos con los que cuenta para afrontarlo (Lazarus & Folkman, 1984). Cuando el estrés se mantiene en el tiempo y se cronifica, puede dar lugar a lo que se denomina “*síndrome de burnout*” o simplemente “*burnout*” (Freudenberger, 1974). Aunque son varias las definiciones que se han realizado sobre este constructo psicológico, podríamos definirlo siguiendo a Maslach y Jackson (Ruiz & Ríos, 2004) como “*cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso*”. Precisamente, Maslach (1978) estableció que es un fenómeno que se produce en situaciones en las cuales existe una interacción con usuarios de servicios asistenciales que provocan una especie de estrés crónico.

Aquellas profesiones que se centran en el cuidado o en la asistencia a personas, como es el caso del personal sanitario (Kanayama, Suzuki, & Yuma, 2016) o el docente (Rey, Extremera, & Pena, 2016), se caracterizan por generar altos niveles de estrés derivado de la actividad profesional. En el caso concreto de enfermería, se la ha considerado tradicionalmente como una profesión muy exigente, tanto a nivel físico como emocional, donde, además, cualquier error por su parte tiene una inmediata

repercusión sobre la salud de los pacientes (Perry, Lamont, Brunero, Gallagher, & Duffield, 2015).

Son varios los estudios que han encontrado relaciones estadísticamente significativas entre burnout y riesgo suicida en profesionales de la salud (Cano-Langreo, Cicirello-Salas, López-López, & Aguilar-Vela, 2014). Aunque en algunos de ellos se considera la depresión y el cansancio emocional como predictoras de riesgo suicida (Tomás-Sábado et al., 2010), otros autores encuentran relación estadísticamente significativa con el burnout, incluso aunque no haya existencia de depresión previa (van der Heijden, Dillingh, Bakker, & Prins, 2008). También se estima que existe un mayor riesgo de suicidio en aquellas personas que tienen síntomas de depresión y altos niveles de agotamiento personal, despersonalización y baja realización personal, manifestaciones características del síndrome de burnout (Silva et al., 2015).

En el ámbito docente, también encontramos literatura que relaciona los altos niveles de estrés que sufren los docentes con comportamientos suicidas (Leung, 1994; Yeung & Liu, 2007). Altas cargas de trabajo, un reconocimiento social cada vez menor, a la vez que una mayor exigencia por parte de la sociedad, confluyen para que los niveles de estrés laboral sean en muchos casos motivo para que la salud mental de los docentes se vea afectada (Bauer et al., 2006). Además, la enseñanza tiene un fuerte componente de trabajo emocional, ya que las escuelas constituyen un verdadero catalizador de emociones (Yin & Lee, 2012). Precisamente, se considera que la salud mental de los profesores influye a su vez en la salud mental de los estudiantes y en la adquisición de competencias por parte de estos (Claro & Bedregal, 2003). Bauer et al. (2006) señalan como la causa principal de jubilación anticipada entre docentes alemanes los problemas de tipo psiquiátrico o psicosomático. Incluso se ha encontrado que los docentes superan a trabajadores manuales o personal sanitario en el riesgo de desarrollar patologías mentales (Lodolo D'Oria et al., 2004).

Un elemento a tener en cuenta es que en ambos colectivos encontramos una presencia mayoritaria de mujeres, por lo que también la cuestión de género es importante tenerla en cuenta a la hora de analizar los resultados. Nagai, Tsuchiya, Touloupoulou y Takei (2007) y Mizuno y McAllister (2008) encuentran diferencias de género en la salud mental de los profesores: entre las profesoras mujeres los problemas

de burnout eran más serios que en los hombres. Las explicaciones a este fenómeno van desde características de personalidad diferentes a cuestiones culturales.

El objetivo de este estudio fue comparar el riesgo de suicidio entre profesionales de enfermería y docentes de Educación Secundaria.

Método

Se incluyeron en el estudio tres grupos: 171 profesionales de enfermería de Atención Primaria [152 mujeres y 19 hombres]; 184 de Enfermería Hospitalaria [164 mujeres y 20 hombres]; y 138 docentes de Educación Secundaria [92 mujeres y 46 hombres]. Todos ellos participaron en diferentes estudios, respondiendo un cuestionario anónimo y autoadministrado que contenía, entre otros instrumentos, la escala de Riesgo Suicida de Plutchik (1989) en su versión española (Rubio et al., 1998).

Los datos fueron tabulados y analizados mediante el paquete estadístico SPSS 24.0, calculándose índices descriptivos, prueba *t* para muestras independientes y análisis de la varianza (ANOVA).

Resultados

La tabla 20 contiene las puntuaciones obtenidas en la SRS por los tres grupos de estudio, especificando el número de sujetos y porcentaje de la *n* total que presentan cada una de ellas. Como puede observarse, el rango de puntuaciones en los dos grupos de enfermería fluctúa entre cero y diez, mientras que en el grupo de docentes, la puntuación máxima que se alcanza es siete. Asimismo, puede apreciarse que el porcentaje de docentes que presentan puntuaciones SRS iguales o superiores a seis, indicadoras de riesgo suicida, es de únicamente un 2,8%, frente al 7,1% y 5,4% en enfermería de Atención Primaria y Hospitalaria, respectivamente.

No obstante, la comparación de las puntuaciones de los tres grupos mediante el ANOVA [tabla 21], dio como resultado diferencias no significativas [$F = 1,44$; $p > 0,05$].

Tabla 20. Puntuaciones de la SRS en Enfermería de Atención Primaria, Enfermería Hospitalaria y Docentes, con el número de sujetos y porcentaje que presentan cada puntuación

Puntuación	Enfermería Atención Primaria n (%)	Enfermería Hospital n (%)	Docentes n (%)
0	67(39,2)	81(44,0)	57(41,3)
1	31(18,1)	30(16,3)	32(23,2)
2	27(15,8)	28(15,2)	23(16,7)
3	14(8,2)	13(7,1)	13(9,4)
4	19(11,1)	19(10,3)	3(2,2)
5	3(1,8)	3(1,6)	6(4,3)
6	2(1,2)	2(1,1)	2(1,4)
7	4(2,3)	4(2,2)	2(1,4)
8	2(1,6)	2(1,1)	-
9	1(0,6)	1(0,5)	-
10	1(0,6)	1(0,5)	-
Total	171	184	138

Tabla 21. Medias (Me) y desviaciones típicas (DT) de las puntuaciones de la escala SRS en Enfermería de Atención Primaria, Enfermería Hospitalaria y Docentes, con resultado del ANOVA (*F*) y su significación (*p*)

Enf. Aten. Pr. Me (DT)	Enf. Hospital Me (DT)	Docentes Me (DT)	<i>F</i>	<i>p</i>
1,71 (2,06)	1,58 (2,03)	1,34 (1,62)	1,44	0,239

En la tabla 22 figuran las medias y desviaciones típicas de la SRS en el total de enfermeras [$n = 355$] y docentes, con el resultado de la prueba *t* de Student para muestras independientes. Las enfermeras, en su conjunto, presentan una media superior a los docentes. No obstante, aunque se aproxima notablemente, la diferencia no alcanza la significación estadística [$p > 0,05$].

Tabla 22. Medias (Me) y desviaciones típicas (DT) de las puntuaciones de la escala SRS en profesionales de enfermería y docencia, con resultado de la *t* de Student y su significación (*p*)

Enfermería Me (DT)	Docencia Me (DT)	<i>t</i>	<i>P</i>
1,65 (2,04)	1,34 (1,62)	1,73	0,08

Discusión

La hipótesis de que los enfermeros presentan un riesgo suicida mayor que los docentes puede considerarse parcialmente confirmada, en cuanto que tanto los profesionales de Atención Primaria como de Hospitalaria presentan un rango de puntuaciones superior y una mayor media. No obstante, la ausencia de significación estadística, tanto en la comparación de los tres grupos mediante el ANOVA, como en la del conjunto de enfermería con los docentes no permite ser concluyentes en las conclusiones.

De hecho, nos encontramos con dos profesiones caracterizadas por un alto grado de estrés y con tendencia al desequilibrio emocional, donde abundan las manifestaciones de cuadros de ansiedad y depresión que afectan al desarrollo de la actividad laboral. No obstante, puede considerarse que el afrontamiento diario de los profesionales de enfermería con el sufrimiento, el dolor y el deterioro humano predispone de forma especial al desarrollo de ideas suicidas y, en último extremo, a la ejecución de conductas suicidas.

Desde la Organización Mundial de la Salud se ha llamado la atención sobre la necesidad de priorizar la atención a la salud mental de los colectivos en especial riesgo, promocionando la inclusión de medidas que contribuyan a reducir el número de suicidios (OMS, 2015). Según esto, en los profesionales de enfermería y de la docencia es importante establecer políticas de mejora del ambiente laboral, de la carga de trabajo y de soporte social a los profesionales. Asimismo, la reducción del estrés y el burnout necesita identificar los factores que contribuyen a la satisfacción de los trabajadores, de la que es principal responsable el propio ambiente laboral (Wang et al., 2015), donde

también se han identificado factores protectores, como el apoyo de compañeros o de los propios jefes, o las reuniones del equipo para mediar en caso de conflictos (Cano-Langreo et al., 2014). Sobre esta base se deberían diseñar planes de prevención y la mejor manera de implementarlos.

PARTE III. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Conclusiones Generales

Hipótesis 1: la escala de riesgo suicida (SRS) es un instrumento multifactorial válido para la evaluación del riesgo suicida en muestras de población española, de forma especial en el ámbito de enfermería.

Los resultados obtenidos en la muestra estudiada confirman que la escala SRS es un instrumento válido para evaluar el riesgo suicida en la población enfermera.

Hipótesis 2: la autoestima y, en concreto, la autoestima baja, es uno de los factores psicológicos asociados a un mayor riesgo de suicidio en estudiantes de enfermería.

La autoestima es la percepción sobre uno mismo que tenemos los individuos ya sea sobre nuestro físico o sobre aspectos más psicológicos. Los resultados obtenidos destacan la influencia de la autoestima sobre el riesgo suicida. En concreto, una autoestima baja aumenta el riesgo suicida.

Hipótesis 3: la resiliencia, como proceso de adaptación ante la adversidad, ejerce un factor protector ante el riesgo de suicidio en estudiantes de enfermería.

La resiliencia es la capacidad que tienen los individuos de volver a la situación inicial de funcionamiento después de vivir un acto traumático a nivel psicológico. Los estudios realizados al respecto refuerzan la teoría de que las personas con mayor capacidad de resiliencia presentan un menor riesgo suicida. Los resultados logrados en la muestra de estudiantes, indican que la resiliencia actúa protegiendo a los estudiantes ante el riesgo suicida.

Hipótesis 4: el locus de control interno actúa como factor protector ante el riesgo de suicidio, mientras que el locus de control externo favorece ese mismo riesgo en estudiantes de enfermería.

El locus de control es un constructo psicológico que cuenta con dos dimensiones: el locus de control externo y el locus de control interno. De forma clásica, se ha considerado, a partir de las investigaciones realizadas, que el locus de control interno ejerce un papel protector, mientras que el locus de control externo actúa como factor de

Conclusiones generales

riesgo. En la medida que una persona interioriza que sus actos, sus pensamientos y sus sentimientos nacen y se consolidan dentro de la propia psique del individuo más protegido está de los pensamientos suicidas. En nuestra muestra analizada, el locus de control interno ejerce, en consonancia con lo esperado, como factor protector mientras el locus de control externo se manifiesta como un factor de riesgo ante el riesgo suicida.

Hipótesis 5: las creencias y la asistencia a prácticas religiosas disminuyen las conductas suicidas.

Aunque la literatura no es unánime, la mayoría de las investigaciones concluyen que las personas con una mayor participación en actividades religiosas, o de ideas más firmes a este nivel, presentan menor riesgo suicida. Los resultados obtenidos sugieren el papel protector que tienen las creencias y la asistencia a prácticas religiosas ante el riesgo de cometer conductas suicidas. Una de las primeras variables que se estudiaron de una forma científica y sistemática en relación al riesgo suicida fue la influencia de las creencias religiosas. Cabe recordar el papel que tenía la Iglesia en la formación de la moral y la ética de la sociedad. La Iglesia definía lo correcto de lo incorrecto por lo que los primeros sociólogos que estudiaron el suicidio incluyeron la perspectiva de la religión y la espiritualidad.

Hipótesis 6: el hábito tabáquico actúa como factor de riesgo ante el riesgo suicida.

En consonancia con la evidencia científica presente en otros estudios, los resultados de nuestro estudio confirman que las enfermeras que fuman tienen más riesgo suicida que las que no fuman. El número de cigarrillos fumados, además, aumenta el riesgo. Obviamente, esta asociación encontrada no significa que el mensaje a transmitir al conjunto de la sociedad vaya en el camino de prohibir o limitar el hábito tabáquico bajo el argumento de que “el tabaco provoca suicidios” pero si nos debería hacer conscientes de que el tabaco y determinados consumos pueden ser indicativos de que hay un problema de base no detectado.

Conclusiones generales

Hipótesis 7: el consumo moderado de café ejerce de factor protector en una muestra de enfermeras.

En nuestra investigación, esta hipótesis no se ha confirmado. Aunque existe considerable literatura que sugiere una asociación inversa entre el consumo moderado de café y el riesgo suicida, en nuestra muestra de enfermeras no se ha observado ninguna relación entre ambas variables

Hipótesis 8: las enfermeras, tanto de atención primaria como del ámbito hospitalario, tienen mayor riesgo suicida que los docentes de educación secundaria.

Esta hipótesis puede considerarse parcialmente confirmada. En nuestra investigación, tanto las enfermeras hospitalarias como las de atención primaria obtienen puntuaciones sensiblemente superiores a los docentes. No obstante, el hecho de que las diferencias no lleguen a alcanzar la significación estadística aconseja ser cauto en esta cuestión y continuar investigando el tema y las variables subyacentes.

Implicaciones para la práctica

La lucha contra el suicidio se centra en encontrar medidas eficaces de prevención. A lo largo de estas páginas se ha evidenciado que las consecuencias del suicidio no solo recaen en la persona que lo comete, sino también en su entorno. Este es el primer impacto, el humano, pero también se ha hecho notar que la conducta suicida tiene una importante repercusión en otras esferas. Tal vez, si la prevención del suicidio no se ha tratado de una forma más decidida es por la falta de consciencia de que se trata de un problema prioritario que afecta a toda la sociedad.

Son muchos los factores que pueden considerarse predictores del suicidio, desde una historia familiar con intentos de suicidio o suicidio consumado, al consumo de tóxicos o la existencia de problemas de impulsividad y/o agresividad. El conocimiento del papel que juega cada una de las posibles variables de la conducta suicida permitiría diseñar planes para identificar a las personas en situación de riesgo y poder actuar en consecuencia. La competencia en España de la elaboración e implementación de planes preventivos lo ejercen las comunidades autónomas, dentro de las cuales Cataluña lleva la iniciativa con el *Codi Risc Suicidi* [CRS]. El *Programa Retorn*, puesto en marcha por el Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona para atender a sus colegiados, es otro ejemplo de recurso existente, al parecer, con resultados satisfactorios. Por otra parte, disponemos de instrumentos de exploración y valoración del riesgo suicida cuya generalización debería hacer posible detectar a aquellas personas con mayores probabilidades de pasar de la ideación a la conducta suicida.

Es evidente que la conducta suicida presenta un elevado grado de complejidad que hace difícil su prevención. No obstante, hay que considerar que en numerosas ocasiones la persona con ideación suicida transmite mensajes que pueden ser útiles en la labor de prevención. No cabe duda de que el potencial suicida vive esta situación de forma ambigua y con dudas sobre si el suicidio es la mejor opción para acabar con sus problemas. Si sabemos ayudarle en estos momentos de duda, está comprobado que disminuye el riesgo suicida y aumentan sus deseos de seguir viviendo.

De la misma manera que se hace ante otros problemas, podría ser útil habilitar algún de canal de comunicación, aprovechando las ventajas que proporcionan las

Implicaciones para la práctica

nuevas tecnologías, que permitiese contactar en situaciones de crisis con servicios de ayuda. La idea es que se utilicen los instrumentos comunicativos y divulgativos para que la persona con ideación o riesgo suicida encuentre la forma en que su malestar pueda ser encauzado y analizado por personal experto a través de ayuda psicológica como ya se está haciendo en otros países como Suecia, Australia, Nueva Zelanda o Canadá (Pérez Jiménez, 2011).

Un aspecto fundamental en la prevención del suicidio en el colectivo de enfermería es la consideración del entorno laboral en el que desempeñan su trabajo. En muchas ocasiones, la enfermera debe compaginar su trabajo en casa con una agotadora jornada laboral, a veces en condiciones difíciles y con resultados desalentadores. En estas condiciones, es frecuente la aparición de problemas emocionales, desaliento, burnout, ansiedad y depresión. Conseguir un ambiente laboral gratificante y satisfactorio es una responsabilidad de los empleadores y un aspecto importante en la prevención de la conducta suicida, abuso de sustancias y abandono profesional en enfermería.

Por lo que respecta a los estudiantes de enfermería, los docentes deben ser conscientes de la especial vulnerabilidad de unos alumnos, casi adolescentes, que deben enfrentarse a un duro programa académico, donde han de atender al aprendizaje teórico y práctico, además de afrontar, en sus prácticas clínicas, situaciones de dolor y muerte que pueden afectar a su equilibrio emocional. En este sentido, es fundamental que el docente de enfermería tenga la confianza del alumno para poder explorar y valorar su situación psicológica y detectar precozmente los problemas de salud mental que puedan aparecer.

Líneas de investigación futuras

Los datos epidemiológicos que aparecen en esta tesis ponen en evidencia que estamos ante un problema de gran importancia que no se resolverá con medidas parciales y sin continuidad en el tiempo.

En consecuencia, es fundamental seguir trabajando en la obtención de datos epidemiológicos que muestren objetivamente la magnitud del fenómeno, tanto en profesionales como en estudiantes de enfermería. Para esto, sería deseable la colaboración tanto de instituciones educativas como del ámbito laboral que abandonaran el miedo a hablar del suicidio y permitieran desestigmatizarlo. De forma similar, el estudio de otras variables de tipo emocional y actitudinal nos permitirían obtener un mejor perfil de ambos colectivos y haría más fácil la implementación de políticas preventivas o de “control de daños”.

Hay que tener en cuenta que la profesión enfermera es mayoritariamente femenina, de manera que también habría que considerar las implicaciones del género en el suicidio, puesto que, tanto en términos relativos como absolutos, son las mujeres las que más se suicidan en enfermería, igual que en las demás profesiones del ámbito de la salud, mientras que en la población general, el suicidio consumado es mayoritariamente masculino (Cano-Langreo et al., 2014).

La revisión de la literatura destaca la especial vulnerabilidad y altas tasas de suicidio entre el colectivo homosexual (Ploderl & Tremblay, 2015). En consecuencia, los aspectos relacionados con la identidad sexual también deberían ser estudiados con más profundidad en este contexto. También, se debería trabajar en el sentido de que las estadísticas sobre suicidios recojan de forma fiable la distribución de muertes por profesión. Los datos epidemiológicos serían decisivos a la hora de defender políticas públicas hacia los colectivos más vulnerables y el desarrollo de medidas para instaurar un marco de convivencia adecuado en el lugar de trabajo.

A lo largo de estas páginas, se ha destacado el estigma social que el suicidio supone, además del que puede haber si la persona sufre también una enfermedad mental. Desde esta perspectiva, es fundamental profundizar en el estudio de los

Líneas de investigación futuras

mecanismos sociales para disminuir este estigma y conseguir que el sufrimiento a nivel psicológico se deje de vislumbrar como una derrota o una debilidad y, en cambio, que se dé una visión positiva del hecho de pedir ayuda. Nuestra sociedad está más preparada para el dolor físico que para el psicológico. Entendemos mejor el deseo de eutanasia por una cuestión de dolor o limitación física, que el sufrimiento psicológico que puede acabar en ideas o conductas suicidas (Segura, 2016).

La asunción social del suicidio se está alcanzando en muchos países, sobre todo los desarrollados y cada vez se publican más artículos, libros, etc. sobre el tema. Pero el interés no es solo académico, sino que alcanza también a los medios de comunicación más populares, como prensa o medios audiovisuales, con lo que se está avanzando positivamente en la consideración del suicidio y en la implantación de políticas de prevención. Además, aquellos que llamamos “supervivientes” ya no están tan solos a la hora de sobrevivir a la tragedia.

Limitaciones

Como ya se ha comentado en cada uno de los estudios empíricos, el diseño observacional transversal limita la capacidad de los mismos para inferir causalidad entre las variables estudiadas. Sería necesario que estudios posteriores incluyeran un seguimiento de los individuos de la muestra con carácter prospectivo para que alguna de las asociaciones encontradas se confirmara.

De la misma manera, la complejidad del tema, con múltiples factores intervinientes en la conducta suicida, hace que los estudios aportados no puedan sino analizar una parte pequeña de las motivaciones o variables intervinientes. Por otra parte, el hecho de considerar la ideación y la conducta suicida como síntomas, por ejemplo, de la depresión mayor o del trastorno límite de la personalidad, constituye una seria limitación conceptual. Posiblemente, la consideración del suicidio como entidad nosológica propia evitaría ligarla a enfermedades psiquiátricas, ya que, en la práctica, no es excepcional observar conducta suicida en personas que no tienen ningún tipo de filiación psiquiátrica.

Entender o asimilar que hay personas que en un momento determinado deciden, con libertad, poner fin a sus vidas nos permitiría aportar argumentos a aquellos que deciden continuar con ella. Posiblemente, la inclusión en esta tesis de algún estudio realizado con metodología cualitativa habría aportado información complementaria sobre las motivaciones emocionales profundas que llevan a la ideación suicida.

La complejidad conceptual del suicidio ha intrigado a pensadores más dotados que el autor, que no han sabido dar una respuesta unívoca y concluyente a este debate, por lo que el motivo o motivos que arrastran a una persona a una conducta suicida, seguirá siendo, en gran parte, desconocida.

Artículos, comunicaciones y ponencias derivados de esta tesis

Artículos, comunicaciones y ponencias derivados de esta tesis

Artículos

Tomás-Sábado, J., Montes-Hidalgo, J. (2015). Suicidio en enfermería: el riesgo es real. *Enfermería Clínica*. 25(5): 288-289. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.04.007>

Montes-Hidalgo, J. & Tomás-Sábado, J. (2016). Autoestima, resiliencia, locus de control y riesgo suicida en estudiantes de enfermería. 26 (3): 188-93. *Enfermería Clínica*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.03.002>

Foguet-Boreu, Q., Fernández San Martín MI., Flores Mateo G., Zabaleta Del Olmo E., Ayerbe García-Morzon L., Pérez-Piñar López M., Martín-López LM., Montes Hidalgo J., Violán C. (2016). Cardiovascular risk assessment in patients with a severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 16: 141. doi: 10.1186/s12888-016-0833-6

Joaquín Tomás-Sábado, Ana M. Marchal Torralbo & Javier Montes Hidalgo. Escala per a la identificació d'actituds masculines, violència i estereotips en l'àmbit educatiu. *Annals de Medicina*, 2016; 99: 110-112.

Comunicaciones en congresos

Serena Brigidi, Javier Montes-Hidalgo, Joaquín Tomás-Sábado: Ideación y conducta suicida en la mujer embarazada: Una revisión de la literatura. Comunicación oral presentada en la III Jornada de Trabajo de Salud Mental Perinatal. Barcelona; 03/2014

Montes-Hidalgo FJ, Edo-Gual M, Aradilla-Herrero A, Antonín Martín M, Cecilia Brando-Garrido C, Tomás-Sábado J. *Influencia de los aspectos emocionales relacionados con la idea de la muerte sobre el estrés de las prácticas clínicas en los estudiantes de enfermería*. En: Libro de Ponencias: XXX Congreso de Enfermería de Salud Mental. Sevilla. ANESM; 2013. p. 789-96. ISBN: 978-84-938231-5-3.

Montes-Hidalgo FJ, Edo-Gual M, Aradilla-Herrero A, Antonín Martín M, Cecilia Brando-Garrido C, Tomás-Sábado J. *Competencias socioemocionales y riesgo suicida en estudiantes de enfermería*. En: Libro de Ponencias: XXX Congreso de Enfermería de Salud Mental. Sevilla. ANESM; 2013. p. 809-18. ISBN: 978-84-938231-5-3.

Joaquín Tomás-Sábado, Amor Aradilla, Montserrat Edo, Montserrat Antonín y Javier Montes. *Spanish validation of the Oxford Happiness Questionnaire: Preliminary analysis*. Comunicación oral presentada en la European Conference on Psychological Assessment. San Sebastián, 17-20 de julio de 2013. Book of Abstracts, p. 87. ISBN 978-84-695-8090-5.

Javier Montes, Montserrat Edo, Amor Aradilla, Montserrat Antonín, Joaquín Tomás-Sábado y Cecilia Brando. *Suicide risk in Spanish nursing students*. Comunicación oral presentada en el Horatio European Psychiatric Nursing Congress. Istanbul, october 31-November 2, 2013. Libro de resúmenes, p. 137.

Artículos, comunicaciones y ponencias derivados de esta tesis

Joaquín Tomás-Sábado, Montserrat Edo-Gual, Amor Aradilla-Herrero, Josep V. Sorribes López, Beatriz Fernández-Nájar, Javier Montes-Hidalgo. *Propiedades psicométricas preliminares de la forma española del Oxford Happiness Questionnaire Short-Form (OHQ-SF)*. Comunicación presentada al XV Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2014.

Joaquín Tomás-Sábado, Javier Montes Hidalgo, Anna Marchal Torralbo, Beatriz FernándezNájar, Josep Sorribes López. Propiedades métricas de la forma española de la EscalaMultidimensional de Locus de Control de la Salud (MHLC) en una muestra de estudiantes de enfermería. Comunicación oral presentada en el XXXII Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. Burgos 27-29 de mayo de 2015. Libro del Congreso. ISBN N°: 978-84-942921-1-8.

Javier Montes-Hidalgo, Joaquín Tomás-Sábado, Yessica Marqueño-Prada, Cecilia Brando-Garrido, Ana María Urpí-Fernández. Autoestima, resiliencia, locus de control y riesgo suicida en estudiantes de enfermería Comunicación oral presentada en el XXXII Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. Burgos 27-29 de mayo de 2015. Libro del Congreso. ISBN N°: 978-84-942921-1-8.

Posters

Javier Montes-Hidalgo, Cecilia Brando-Garrido, Imad El Bouchaibi, Joaquín Tomás-Sábado. Una enfermera se suicida. Cuando la enfermera es la protagonista de la noticia. Poster presentado en el III Congrès Català de Dona i Salut Mental. Barcelona, 4 y 5 de octubre de 2012.

Ana M^a Marchal-Torralbo, Cecilia Brando-Garrido, Yéssica Marqueño-Prada, Javier Montes-Hidalgo, Vanesa Pérez-Martín, Esther Sala-Barat, Isabel Félez-Galve, Montserrat Montoliu José, Joaquín Tomás-Sábado. Detecció del risc suicida a la consulta escolar d'infermeria. Póster presentado en la V Jornada del Pla de salut de Catalunya. Sitges, 27 de noviembre de 2015.

Javier Montes-Hidalgo, Cecilia Brando-Garrido, Ana M^a Marchal-Torralbo, Yéssica Marqueño-Prada, Esther Sala-Barat, Beatriz Fernández-Nájar, Montserrat Maynegre-Santàularia, Isabel Félez-Galve, Joaquín Tomás-Sábado. Suïcidi en infermeria. Una professió de risc. Póster presentado en la V Jornada del Pla de salut de Catalunya. Sitges, 27 de noviembre de 2015.

Javier Montes-Hidalgo, Joaquín Tomás-Sábado y Meritxell Sastre-Rus El suicidio en los medios de comunicación. Entre Werther y Papageno. Póster presentado en el XXXIII Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. Cádiz, 16-18 de marzo de 2016.

Joaquín Tomás-Sábado, Javier Montes-Hidalgo, y Montserrat Edo-Gual. Riesgo suicida y bienestar subjetivo en estudiantes de enfermería. Póster presentado en el XXXIII Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. Cádiz, 16-18 de marzo de 2016.

Artículos, comunicaciones y ponencias derivados de esta tesis

Javier Montes-Hidalgo, Cecilia Brando-Garrido y Joaquín Tomás-Sábado. El coste económico del suicidio. Póster presentado en el XXXIII Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. Cádiz, 16-18 de marzo de 2016.

Referencias

- Agerbo, E., Gunnell, D., Bonde, J. P., Mortensen, P. B., & Nordentoft, M. (2007). Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. *Psychological Medicine*, 37(8), 1131-1140. doi:10.1017/s0033291707000487
- Aguilar, E., Hidalgo, M., Cano, R., López J., & Hernández, M. (1995). Estudio prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos: características psicométricas de la Escala de Desesperanza de Beck. *Anales de Psiquiatría*, 11(4), 121-125.
- Aguilar, M. L. (2014). *Trastorno depresivo y suicidio* (Tesis doctoral). Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Alderson, M. (2007). Lorsque l'organisation du travail en unités de soins de longue durée menace la santé mentale des infirmières: Une enquête en psychodynamique du travail. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25(2), 105-119.
- Alderson, M., Parent-Rochelleau, X., & Mishara, B. (2015). Critical Review on Suicide Among Nurses. *Crisis*, 36(2), 91-101.
- Alighieri, D. (Edición de 1974). *La divina comedia*. Buenos Aires: Espasa-Calpe Argentina.
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4), 432-443.
- American Psychology Association [APA]. (2010). *The road to resilience: what is resilience*. Disponible en: <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>.
- Amundsen, D. W. (1989). Suicide and early Christian values. En B.A. Brody (Ed.), *Suicide and Euthanasia* (pp. 77-153). Nueva York: Springer.
- Andriessen, K. (2007). On the Werther effect: a reply to Krysinska and Lester. *Crisis*, 28(1), 48-49. doi:10.1027/0227-5910.28.1.48
- Andrés, R. (2015). *Historia del suicidio en Occidente*. Barcelona: Acantilado.
- Antonakakis, N., & Collins, A. (2015). The impact of fiscal austerity on suicide mortality: Evidence across the 'Eurozone periphery'. *Social Science & Medicine*, 145, 63-78. doi:10.1016/j.socscimed.2015.09.033

- Anía, B., Chinchilla, E., Suárez-Almenara, J., & Irurita, J. (2003). Intentos de suicidio y suicidios consumados por los ancianos de una residencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 38(3), 170-174.
- Aradilla-Herrero, A., Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2014). Associations between emotional intelligence, depression and suicide risk in nursing students. *Nurse Education Today*, 34(4), 520-525. doi:10.1016/j.nedt.2013.07.001
- Arán, M., Gispert, R., Puig, X., Freitas, A., Ribas, G., & Puigdefàbregas, A. (2006). Evolución temporal y distribución geográfica de la mortalidad por suicidio en Cataluña y España (1986-2002). *Gaceta Sanitaria*, 20(6), 473-480.
- Aristóteles. (Edición de 1994). *Ética a Nicómaco*. Edición bilingüe, introducción, traducción y notas de Araujo, M., & Marías, J. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales.
- Atienza, G., Ferrer, E., Alvarez-Ariza, M., Rozas, M., & Triñanes, Y. (2012). Guía de *Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Ayerdi, I. Q. (2007). Valoración del Paciente Suicida. Riesgos y Prevención. *Norte de Salud Mental*, 7(29), 115-120.
- Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., . . . Recoms, G. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 8-23.
- Baek, J. H., Eisner, L. R., & Nierenberg, A. A. (2013a). Smoking and suicidality in subjects with bipolar disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Depression and Anxiety*, 30(10), 982-990. doi:10.1002/da.22107
- Baek, J. H., Eisner, L. R., & Nierenberg, A. A. (2013b). Smoking and suicidality in subjects with major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Journal of Affective Disorder*, 150(3), 1158-1166. doi:10.1016/j.jad.2013.05.082
- Bagalkot, T. R., Park, J.-I., Kim, H.-T., Kim, H.-M., Kim, M. S., Yoon, M.-S., . . . Chung, Y.-C. (2014). Lifetime prevalence of and risk factors for suicidal ideation and suicide attempts in a Korean community sample. *Psychiatry*, 77(4), 360-373.

- Barraclough, B. M. (1992). The bible suicides. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(1), 64-69.
- Bauer, J., Stamm, A., Virnich, K., Wissing, K., Muller, U., Wirsching, M., & Schaarschmidt, U. (2006). Correlation between burnout syndrome and psychological and psychosomatic symptoms among teachers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 79(3), 199-204. doi:10.1007/s00420-005-0050-y
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.
- Berlin, I., Hakes, J. K., Hu, M. C., & Covey, L. S. (2015). Tobacco use and suicide attempt: longitudinal analysis with retrospective reports. *PLoS One*, 10(4), e0122607. doi:10.1371/journal.pone.0122607
- Berman, A. L., Silverman, M. M., & Bongar, B. M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: Guilford Press.
- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., . . . Alonso, J. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorder*, 101(1-3), 27-34. doi:10.1016/j.jad.2006.09.018
- Blood, R. W., & Pirkis, J. (2001). Suicide and the media: Part III. Theoretical issues. *Crisis*, 22(4), 163-169.
- Bobes, J., Portilla, M., Bascarán, M., Sáiz, P., & Bousoño, M. (2004). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. 3ª ed. Barcelona: Ars Medica.
- Bogaert, P., Clarke, S., Willems, R., & Mondelaers, M. (2013). Nurse practice environment, workload, burnout, job outcomes, and quality of care in psychiatric hospitals: a structural equation model approach. *Journal of Advanced Nursing*, 69(7), 1515-1524.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28. doi:10.1037/0003-066x.59.1.20

- Bosak, T., Liang, B., Wu, T. D., Templer, S. P., Evans, A., Vali, H., . . . Mui, J. (2012). Cyanobacterial diversity and activity in modern conical microbialites. *Geobiology*, *10*(5), 384-401. doi:10.1111/j.1472-4669.2012.00334.x
- Branas, C. C., Kastanaki, A. E., Michalodimitrakis, M., Tzougas, J., Kranioti, E. F., Theodorakis, P. N., . . . Wiebe, D. J. (2015). The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis. *BMJ Open*, *5*(1), e005619. doi:10.1136/bmjopen-2014-005619
- Brausch, A. M., & Decker, K. M. (2014). Self-esteem and social support as moderators of depression, body image, and disordered eating for suicidal ideation in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *42*(5), 779-789.
- British Broadcasting Corporation (BBC) Mundo. (2010). *Los suicidios le cuestan caro a Japón*. Disponible en: http://www.bbc.com/mundo/cultura_sociedad/2010/09/100907_suicidios_japon_costos_economia_aw
- British Broadcasting Corporation (BBC) News. (2016). *Suicide risk for doctors and nurses*. Disponible en: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/944503.stm>
- Broom, D. H., D'Souza, R. M., Strazdins, L., Butterworth, P., Parslow, R., & Rodgers, B. (2006). The lesser evil: bad jobs or unemployment? A survey of mid-aged Australians. *Social Science & Medicine*, *63*(3), 575-586. doi:10.1016/j.socscimed.2006.02.003
- Burke, R. J., & Greenglass, E. R. (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychology & Health*, *16*(5), 583-594.
- Burshtein, S., Dohrenwend, B. P., Levav, I., Werbeloff, N., Davidson, M., & Weiser, M. (2016). Religiosity as a protective factor against suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *133*(6), 481-488. doi:10.1111/acps.12555
- Canales, J.C. (2016). Suicidio y modernidad. Una meditación. *Elementos*. 29-37.
- Cano-Langreo, M., Cicirello-Salas, S., López-López, A., & Aguilar-Vela, M. (2014). Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, *60*(234), 198-218.
- Caribe, A. C., Nunez, R., Montal, D., Ribeiro, L., Sarmiento, S., Quarantini, L. C., & Miranda-Scippa, A. (2012). Religiosity as a protective factor in suicidal behavior: a case-control study. *Journal of Nervous and Mental Disorder*, *200*(10), 863-867. doi:10.1097/NMD.0b013e31826b6d05

- Caribe, A. C., Studart, P., Bezerra-Filho, S., Brietzke, E., Nunes Noto, M., Vianna-Sulzbach, M., . . . Miranda-Scippa, A. (2015). Is religiosity a protective factor against suicidal behavior in bipolar I outpatients? *Journal of Affective Disorder*, *186*, 156-161. doi:10.1016/j.jad.2015.07.024
- Cattell, R. B. (1966). The Scree Test For The Number Of Factors. *Multivariate Behaviour Research*, *1*(2), 245-276. doi:10.1207/s15327906mbr0102_10
- Cebrià, A. I., Pérez-Bonaventura, I., Cuijpers, P., Kerkhof, A., Parra, I., Escayola, A., . . . López, D. (2015). Telephone management program for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt. *Crisis*, *36*(5): 345-352. doi: 10.1027/0227-5910/a000331.
- Chang, S. S., Stuckler, D., Yip, P., & Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *British Medical Journal*, *347*, f5239. doi:10.1136/bmj.f5239
- Chatard, A., Selimbegović, L., & Konan, P. N. (2009). Self esteem and suicide rates in 55 Nations. *European Journal of Personality*, *23*(1), 19-32.
- Chen, V. C., Kuo, C. J., Wang, T. N., Lee, W. C., Chen, W. J., Ferri, C. P., . . . Ko, Y. C. (2015). Suicide and Other-Cause Mortality after Early Exposure to Smoking and Second Hand Smoking: A 12-Year Population-Based Follow-Up Study. *PLoS One*, *10*(7), e0130044. doi:10.1371/journal.pone.0130044
- Cheung, T., & Yip, P. S. (2015). Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *12*(9), 11072-11100.
- Cheung, T., & Yip, P. S. (2016). Self-harm in nurses: prevalence and correlates. *Journal of Advanced Nursing*, *72*(9), 2124-2137. doi:10.1111/jan.12987
- Claro, S., & Bedregal, P. (2003). Mental health status of teachers in 12 schools of Puente Alto, Santiago, Chile. *Revista Médica de Chile*, *131*(2), 159-167.
- Clayton, D., & Barcel, A. (1999). The cost of suicide mortality in New Brunswick, 1996. *Chronic Diseases in Canada*, *20*(2), 89-95.
- Cnattingius, S., Svensson, T., Granath, F., & Iliadou, A. (2011). Maternal smoking during pregnancy and risks of suicidal acts in young offspring. *European Journal of Epidemiology*, *26*(6), 485-492. doi:10.1007/s10654-011-9556-7
- Comans, T., Visser, V., & Scuffham, P. (2013). Cost effectiveness of a community-based crisis intervention program for people bereaved by suicide. *Crisis*, *34*(6), 390-397. doi:10.1027/0227-5910/a000210

- Comeche, M. I., Díaz, M. I., & Vallejo, M. A. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas: ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán. (2010). *Informe especial sobre el suicidio en jóvenes del Estado de Yucatán*. Disponible en: <http://www.codhey.org/sites/all/documentos/Doctos/Investigaciones/Suicidio.pdf>
- Concilio Vaticano II (1966). *Gaudium et Spes*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos
- Conejero, I., Lopez-Castroman, J., Giner, L., & Baca-Garcia, E. (2016). Sociodemographic Antecedent Validators of Suicidal Behavior: A Review of Recent Literature. *Current Psychiatry Reports*, 18(10), 94. doi:10.1007/s11920-016-0732-z
- Cook, C. (2013). *Recommendations for psychiatrists on spirituality and religion: position statement*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Cook, C. C. (2014). Suicide and religion. *British Journal of Psychiatry*, 204 (4), 254-255. doi: 10.1192/bjp.bp.113.136069
- Copp, G. (1994). Palliative care nursing education: a review of research findings. *Journal of Advanced Nursing*, 19(3), 552-557.
- Corpas, J. M. (2011). Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias. *Gazeta de Antropología*, 27(2).
- Cortés, N. (2005). Depresión en estudiantes de enfermería. *Avances Psiquiatría Biológica*, 6, 126-141.
- Crabtree, S. (2010). Religiosity highest in world's poorest nations. *Gallup global Reports*, 31. Disponible en: <http://www.gallup.com/poll/142727/religiosity-highest-world-poorest-nations.aspx>
- Critchley, S. (2016). *Apuntes sobre el suicidio*. Barcelona: Alpha Decay.
- Czernin, S., Vogel, M., Flückiger, M., Muheim, F., Bourgnon, J.-C., Reichelt, M., . . . Stoppe, G. (2012). Cost of attempted suicide: a retrospective study of extent and associated factors. *Swiss Medical Weekly*, 142(1), w13648. doi: 10.4414/smw.2012.13648.
- de Man, A. F., Leduc, C., & Labreche-Gauthier, L. (1992). Correlates of suicide ideation in French-Canadian adults and adolescents: A comparison. *Journal of Clinical Psychology*, 48(6), 811-816.
- De Montaigne, M. (Edición de 2015). *Ensayos* (Vol. 16). Madrid: Ediciones Rialp.

- DeFina, R., & Hannon, L. (2015). The changing relationship between unemployment and suicide. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 45(2), 217-229. doi:10.1111/sltb.12116
- Demir, S., Demir, S. G., Bulut, H., & Hisar, F. (2014). Effect of mentoring program on ways of coping with stress and locus of control for nursing students. *Asian Nursing Research (Korean Society of Nursing Science)*, 8(4), 254-260. doi:10.1016/j.anr.2014.10.004
- Dervic, K., Oquendo, M. A., Grunebaum, M. F., Ellis, S., Burke, A. K., & Mann, J. J. (2004). Religious affiliation and suicide attempt. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2303-2308. doi:10.1176/appi.ajp.161.12.2303
- Ding, M., Satija, A., Bhupathiraju, S. N., Hu, Y., Sun, Q., Han, J., . . . Hu, F. B. (2015). Association of Coffee Consumption With Total and Cause-Specific Mortality in 3 Large Prospective Cohorts. *Circulation*, 132(24), 2305-2315. doi:10.1161/circulationaha.115.017341
- Donne, J. (Edición de 2000). *The Complete Poetry and Selected Prose of John Donne:(A Modern Library E-Book)*. New York: Modern Library.
- Doran, C. M., Ling, R., Gullestrup, J., Swannell, S., & Milner, A. (2016). The impact of a suicide prevention strategy on reducing the economic cost of suicide in the New South Wales construction industry. *Crisis*, 37(2), 121.
- Ducasse, D., Jaussent, I., Guillaume, S., Azorin, J. M., Bellivier, F., Belzeaux, R., . . . Olie, E. (2015). Increased risk of suicide attempt in bipolar patients with severe tobacco dependence. *Journal of Affective Disorders*, 183, 113-118. doi:10.1016/j.jad.2015.04.038
- Durkheim, E. (Edición de 1992). *El suicidio* (Vol. 37). Madrid: Ediciones Akal.
- Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, J., Bardallo-Porras, D., & Monforte-Royo, C. (2014). The impact of death and dying on nursing students: an explanatory model. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23-24), 3501-3512. doi:10.1111/jocn.12602
- Elliott, M., Naphan, D. E., & Kohlenberg, B. L. (2015). Suicidal behavior during economic hard times. *Internacional Journal of Social Psychiatry*, 61(5), 492-497. doi:10.1177/0020764014556391
- El País. (2008). *Libro de estilo (21 ed.)*. Madrid: Ediciones El País.
- Engin, E., Gurkan, A., Dulgerler, S., & Arabaci, L. B. (2009). University students' suicidal thoughts and influencing factors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(4), 343-354. doi:10.1111/j.1365-2850.2008.01377.x

- Estruch, J., & i Ros, S. C. (1981). *Plegar de viure: un estudi sobre els suïcidis*. Barcelona: Edicions 62.
- Evans, G., & Farberow, N. L. (2003). *The Encyclopedia of Suicide (2 ed.)*. New York: Facts on File. Inc.
- Evans, W. P., Owens, P., & Marsh, S. C. (2005). Environmental factors, locus of control, and adolescent suicide risk. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 22(3-4), 301-319.
- Fang, D. Z., Young, C. B., Golshan, S., Moutier, C., & Zisook, S. (2012). Burnout in premedical undergraduate students. *Academic Psychiatry*, 36(1), 11-16. doi:10.1176/appi.ap.10080125
- Farmer, R. (1988). Assessing the epidemiology of suicide and parasuicide. *The British Journal of Psychiatry*, 153, 16-20.
- Fegg, M. J., Kogler, M., Brandstatter, M., Jox, R., Anneser, J., Haarmann-Doetkotte, S., . . . Borasio, G. D. (2010). Meaning in life in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotrophic Lateral Sclerosis*, 11(5), 469-474. doi:10.3109/17482961003692604
- Ferraro, K. F., & Kelley-Moore, J. A. (2000). Religious Consolation Among Men and Women: Do Health Problems Spur Seeking? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 39(2), 220-234.
- Ferris, M., Hasket, M., Pilkington, S., & Williams, M. (2007). Financial analysis of acetaminophen suicide in a teen girl. *Pediatric Nursing*, 33(5), 442-451.
- Fishbain, D. A., Lewis, J. E., Gao, J., Cole, B., & Steele Rosomoff, R. (2009). Are chronic low back pain patients who smoke at greater risk for suicide ideation? *Pain Medicine*, 10(2), 340-346. doi:10.1111/j.1526-4637.2009.00570.x
- Fountoulakis, K. N., Chatzikosta, I., Pasiadis, K., Zanis, P., Kawohl, W., Kerkhof, A. J., . . . Bech, P. (2016). Relationship of suicide rates with climate and economic variables in Europe during 2000-2012. *Annals of General Psychiatry*, 15, 19. doi:10.1186/s12991-016-0106-2
- Frankl, V. (Edición de 1991). *El hombre en busca de sentido (12 ed.)*. Barcelona: Herder.
- Freud, S. (Edición de 1984). *Duelo y Melancolía*. Obras Completas. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.

- Fry, P. S. (2000). Religious involvement, spirituality and personal meaning for life: Existential predictors of psychological wellbeing in community-residing and institutional care elders. *Aging & Mental Health*, 4(4), 375-387.
- Gallup, G. (1995). *The Gallup poll: Public opinion 1995*. Wilmington, DE: Scholarly Resources.
- Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., . . . Haro, J. M. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Medicina Clínica*, 129(13), 494-500.
- Gabriel, P., & Liimatainen, M.R. (2000). *Mental health in the workplace*. Geneva: International Labour Office.
- Gallo, P., & Gené-Badia, J. (2015). Evidencias y reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la sanidad. En P. Marí-Klose (Ed.), *Un balance social de la crisis* (Vol. 22). Madrid: FUNCAS
- García, A. A. (2005). El suicidio entre las personas de edad. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(1), 65-70.
- García-Alandete, J., Gallego-Pérez, J. F., & Pérez-Delgado, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica*, 8, 447-454.
- García-Nieto, R., Uribe, I. P., Palao, D., Lopez-Castroman, J., Sáiz, P. A., García-Portilla, M. P., . . . Sindreu, S. D. (2012). Protocolo breve de evaluación del suicidio: fiabilidad interexaminadores. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 24-36.
- Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Addy, C. L., McKeown, R. E., & Waller, J. L. (1991). Suicidal behaviors in young adolescents. *American Journal of Epidemiology*, 133(10), 1005-1014.
- Gearing, R. E., & Lizardi, D. (2009). Religion and suicide. *Journal of Religion and Health*, 48(3), 332-341. doi:10.1007/s10943-008-9181-2
- George, L. K., Ellison, C. G., & Larson, D. B. (2002). Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological Inquiry*, 13(3), 190-200.
- Ghaffari Nejad, A., Kheradmand, A., & Mirzaiee, M. (2011). The Risk of Suicide according to Drug Abuse and Nicotine Dependence in Patients with War Injuries and Chronic Traumatic Stress Disorder. *Addiction & Health*, 3(1-2), 39-44.

- Gilreath, T. D., Connell, C. M., & Leventhal, A. M. (2012). Tobacco use and suicidality: latent patterns of co-occurrence among black adolescents. *Nicotine Tobacco Research, 14*(8), 970-976. doi:10.1093/ntr/ntr322
- Giner, L., & Guija, J. A. (2014). Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 7*(3), 139-146.
- Goetz, C. S. (1998). Are you prepared to SAVE your nursing student from suicide? *Journal of Nursing Education, 37*(2), 92-95.
- González, A. (2016). Revisión del concepto de suicidio desde una perspectiva filosófica, jurídica y psiquiátrica. *Derecho y Cambio Social*. Disponible en: http://www.derechocambiosocial.com/revista045/REVISION_DEL_CONCEPTO_DE_SUICIDIO.pdf
- Goodwin, R. D., Prescott, M. R., Tamburrino, M., Calabrese, J. R., Liberzon, I., & Galea, S. (2013). Cigarette smoking and subsequent risk of suicidal ideation among National Guard Soldiers. *Journal of Affective Disorder, 145*(1), 111-114. doi:10.1016/j.jad.2012.05.003
- Grucza, R. A., Plunk, A. D., Krauss, M. J., Cavazos-Rehg, P. A., Deak, J., Gebhardt, K., . . . Bierut, L. J. (2014). Probing the smoking-suicide association: do smoking policy interventions affect suicide risk? *Nicotine Tobacco Research, 16*(11), 1487-1494. doi:10.1093/ntr/ntu106
- Gunawardana, R., & Abeywardana, C. (1997). Intensive care utilisation following attempted suicide through self-poisoning. *The Ceylon Medical Journal, 42*(1), 18-20.
- Han, B., Compton, W. M., & Blanco, C. (2016). Tobacco Use and 12-Month Suicidality Among Adults in the United States. *Nicotine Tobacco Research*. doi:10.1093/ntr/ntw136
- Han, B., Kott, P. S., Hughes, A., McKeon, R., Blanco, C., & Compton, W. M. (2016). Estimating the rates of deaths by suicide among adults who attempt suicide in the United States. *Journal of Psychiatry Research, 77*, 125-133. doi:10.1016/j.jpsychires.2016.03.002
- Harmon-Jones, E., Simon, L., Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., & McGregor, H. (1997). Terror management theory and self-esteem: evidence that increased self-esteem reduces mortality salience effects. *Journal of Personality and Social Psychology, 72*(1), 24-36.

- Hawton, K., Simkin, S., Deeks, J. J., O'Connor, S., Keen, A., Altman, D. G., . . . Bulstrode, C. (1999). Effects of a drug overdose in a television drama on presentations to hospital for self poisoning: time series and questionnaire study. *British Medical Journal*, *318*(7189), 972-977.
- Hawton, K., Simkin, S., Rue, J., Haw, C., Barbour, F., Clements, A., . . . Deeks, J. (2002). Suicide in female nurses in England and Wales. *Psychological Medicine*, *32*(2), 239-250. doi:10.1017/s0033291701005165
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, *373*(9672), 1372-1381. doi:10.1016/s0140-6736(09)60372-x
- Hawton, K., & Vislisel, L. (1999). Suicide in nurses. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *29*(1), 86-95.
- Hem, E., Haldorsen, T., Aasland, O.G., Tyssen, R., Vaglum, P., Ekeberg, O. (2005). Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960-2000, *35*(6):873-80.
- Herrera, R., Ures, M. B., & Martínez, J. J. (2015). El tratamiento del suicidio en la prensa española:¿ efecto werther o efecto papageno? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, *35*(125): 123-134. doi: 10.4321/S0211-57352015000100009
- Hewitt, J. P. (2009). The social construction of self-esteem. En C. R. Snyder & Shane J. Lopez (Ed.), *Handbook of Positive Psychology*, 135-147. Oxford: Oxford University Press.
- Hinojal, R., Bobes, J., & García, M. B. (1993). El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. *Revista de Derecho Penal y Criminología* (3), 309-412.
- Hockberger, R. S., & Rothstein, R. J. (1988). Assessment of suicide potential by nonpsychiatrists using the SAD PERSONS score. *The Journal of Emergency Medicine*, *6*(2), 99-107.
- Hockenberry, J. M., Timmons, E. J., & Vander Weg, M. (2010). Smoking, parent smoking, depressed mood, and suicidal ideation in teens. *Nicotine Tobacco Research*, *12*(3), 235-242. doi:10.1093/ntr/ntp199
- Holinger, P. C. (1990). The causes, impact, and preventability of childhood injuries in the United States: childhood suicide in the United States. *American Journal of Diseases of Children*, *144*(6), 670-676.

- Holma, I. A., Holma, K. M., Melartin, T. K., Ketokivi, M., & Isometsa, E. T. (2013). Depression and smoking: a 5-year prospective study of patients with major depressive disorder. *Depression and Anxiety*, 30(6), 580-588. doi:10.1002/da.22108
- Hooman, S., Zahra, H., Safa, M., Hassan, F. M., & Reza, M. M. (2013). Association between cigarette smoking and suicide in psychiatric inpatients. *Tobacco Induces Diseases*, 11(1), 5. doi:10.1186/1617-9625-11-5
- Instituto de estadística de Cataluña [INE]. (2016). *Anuario estadístico de Cataluña. Suicidios por sexo y provincias*. Disponible en: <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=616>
- Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2014). *Defunciones según la causa de la muerte, año 2012*. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np830.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2015). *Defunciones según la causa de muerte, año 2013*. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2016). *Defunciones según la causa de la muerte, año 2014*. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np963.pdf>
- Ineichen, B. (1998). The influence of religion on the suicide rate: Islam and Hinduism compared. *Mental Health, Religion & Culture*, 1(1), 31-36.
- Innamorati, M., De Leo, D., Rihmer, Z., Serafini, G., Brugnoli, R., Lester, D., . . . Girardi, P. (2011). Tobacco smoking and suicidal ideation in school-aged children 12-15 years old: impact of cultural differences. *Journal of Addictive Diseases*, 30(4), 359-367. doi:10.1080/10550887.2011.609802
- Jamison, S. (2000). Factors to consider before participating in a hastened death: Issues for medical professionals. *Psychology, Public Policy, and Law*, 6(2), 416-433. doi:10.1037/1076-8971.6.2.416
- Jaworski, K. (2014). *The Gender of Suicide: Knowledge Production, Theory and Suicidology*. Farnham: Ashgate Publishing, Ltd.
- Jiménez de Asúa, L. (1984). *Libertad de amar y derecho a morir: ensayos de un criminalista sobre eugenesia y eutanasia*. Buenos Aires: Depalma.
- Joiner, T. (2007). *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University Press.
- Juanatey, C. (2003). Notas históricas sobre el suicidio y la eutanasia. *Humanitas*, 1(1), 13-22.
- Kaiser, H. F. (1960). The Application of Electronic Computers to Factor Analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 141-151.

- Kanayama, M., Suzuki, M., & Yuma, Y. (2016). Longitudinal burnout-collaboration patterns in Japanese medical care workers at special needs schools: a latent class growth analysis. *Psychology Research and Behavior Management*, 9, 139-146. doi:10.2147/prbm.s93846
- Katz, R. M. (1983). Causes of death among registered nurses. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 25(10), 760-762.
- Kawachi, I., Willet, W. C., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., & Speizer, F. E. (1996). A prospective study of coffee drinking and suicide in women. *Archives of Internal Medicine*, 156(5), 521-525. doi:10.1001/archinte.156.5.521
- Kennelly, B. (2007). The economic cost of suicide in Ireland. *Crisis*, 28(2), 89-94.
- Kernis, M. H., Whisenhunt, C. R., Waschull, S. B., Greenier, K. D., Berry, A. J., Herlocker, C. E., & Anderson, C. A. (1998). Multiple facets of self-esteem and their relations to depressive symptoms. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24(6), 657-668.
- Kim, S.W., & Yoon, J.S. (2013). Suicide, an urgent health issue in Korea. *Journal of Korean Medical Science*, 28(3), 345-347.
- King, A. S., Threlfall, W. J., Band, P. R., & Gallagher, R. P. (1994). Mortality among female registered nurses and school teachers in British Columbia. *American Journal of Industrial Medicine*, 26(1), 125-132.
- King, C. A., Eisenberg, D., Zheng, K., Czyz, E., Kramer, A., Horwitz, A., & Chermack, S. (2015). Online suicide risk screening and intervention with college students: a pilot randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(3), 630-636. doi:10.1037/a0038805
- Kleiman, E. M., & Liu, R. T. (2014). Prospective prediction of suicide in a nationally representative sample: religious service attendance as a protective factor. *British Journal of Psychiatry*, 204, 262-266. doi:10.1192/bjp.bp.113.128900
- Knox, K. L., Litts, D. A., Talcott, G. W., Feig, J. C., & Caine, E. D. (2003). Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *British Medical Journal*, 327(7428), 1376.
- Koburger, N., Mergl, R., Rummel-Kluge, C., Ibelshausen, A., Meise, U., Postuvan, V., . . . Hegerl, U. (2015). Celebrity suicide on the railway network: Can one case trigger international effects? *Journal of Affective Disorders*, 185, 38-46. doi:10.1016/j.jad.2015.06.037

- Koenig, H., King, D., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of Religion and Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Koenig, H. G. (2015). Religion, spirituality, and health: a review and update. *Advances in Mind-body Medicine*, 29(3), 19-26.
- Kolatch, A. J. (1985). *The second Jewish book of why*. Middle Village, NY: J. David Publishers.
- Kolves, K. (2010). Child suicide, family environment, and economic crisis. *Crisis*, 31(3), 115-117). doi/10.1027/0227-5910/a000040
- Krysinska, K., & Lester, D. (2006). Comment on the Werther effect. *Crisis*, 27(2), 100. doi:10.1027/0227-5910.27.2.100
- Laanani, M., Ghosn, W., Jouglu, E., & Rey, G. (2015). Impact of unemployment variations on suicide mortality in Western European countries (2000-2010). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(2), 103-109. doi:10.1136/jech-2013-203624
- Laposa, J. M., Alden, L. E., & Fullerton, L. M. (2003). Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel (CE). *Journal of Emergency Nursing*, 29(1), 23-28.
- Lawrence, R. E., Brent, D., Mann, J. J., Burke, A. K., Grunebaum, M. F., Galfalvy, H. C., & Oquendo, M. A. (2016). Religion as a Risk Factor for Suicide Attempt and Suicide Ideation Among Depressed Patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*. doi:10.1097/nmd.0000000000000484
- Lawrence, R. E., Oquendo, M. A., & Stanley, B. (2016). Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, 20(1), 1-21. doi:10.1080/13811118.2015.1004494
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer publishing company.
- Lester, D. (2006). Suicide and islam. *Archives of Suicide Research*, 10(1), 77-97. doi:10.1080/13811110500318489
- Lester, D., & Walker, R. L. (2015). Religiosity Is a Protective Factor for Suicidal Ideation in European American Students but Not in African American Students. *OMEGA: Journal of Death and Dying*, 0(0), 1-9. doi: 10.1177/0030222815598452.
- Leung, E. (1994). Stress management as a preventive measure to combat teacher suicide. *Hong Kong Psychological Society*, 32(33), 113-118.

- Li, D., Yang, X., Ge, Z., Hao, Y., Wang, Q., Liu, F., . . . Huang, J. (2012). Cigarette smoking and risk of completed suicide: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Psychiatric Research*, *46*(10), 1257-1266. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.03.013
- Lieberman, L. (2003). *Leaving You: The Cultural Meaning of Suicide*. Chicago: Ivan R. Dee.
- Limonero, J., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Aradilla, A., Gómez-Romero, M., Sinclair, V., & Wallston, K. (2010). Adaptación española de la Brief Resilient Coping Scale: análisis preliminar. *Medicina Paliativa*, *17*, 65.
- Lin, N., Simeone, R. S., Ensel, W. M., & Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events, and illness: a model and an empirical test. *Journal of Health and Social Behavior*, *20*(2), 108-119.
- Links, P. S., & Hoffman, B. (2005). Preventing suicidal behaviour in a general hospital psychiatric service: priorities for programming. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *50*(8), 490-496.
- Locke, J. (Edición de 1924). *An essay concerning human understanding*. Oxford: Clarendon Press
- Lodolo, V., Pecori, F., Della, M., Iossa, A., Vizzi, F., Fontani, S., . . . Frigoli, P. (2004). Is there any correlation between psychiatric disease and the teaching profession? *Medicina del Lavoro*, *95*(5), 339-353.
- Lopez-Castroman, J., Cerrato, L., Beziat, S., Jaussent, I., Guillaume, S., & Courtet, P. (2016). Heavy tobacco dependence in suicide attempters making recurrent and medically serious attempts. *Drug and Alcohol Dependence*, *160*, 177-182. doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.01.004
- Lucas, M., O'Reilly, E. J., Mirzaei, F., Okereke, O. I., Unger, L., Miller, M., & Ascherio, A. (2013). Cigarette smoking and completed suicide: results from 3 prospective cohorts of American adults. *Journal of Affective Disorders*, *151*(3), 1053-1058. doi:10.1016/j.jad.2013.08.033
- Lucas, M., O'Reilly, E. J., Pan, A., Mirzaei, F., Willett, W. C., Okereke, O. I., & Ascherio, A. (2014). Coffee, caffeine, and risk of completed suicide: results from three prospective cohorts of American adults. *World Journal of Biological Psychiatry*, *15*(5), 377-386. doi:10.3109/15622975.2013.795243

- Lynch, D. M., & Noel, H. C. (2010). Integrating DSM-IV Factors to Predict Violence in High-Risk Psychiatric Patients. *Journal of Forensic Sciences*, 55(1), 121-128. doi:10.1111/j.1556-4029.2009.01197.x
- MacDonald, M. (2001). Suicidal behaviour. Social section. En: G.E. Berrios & R. Porter (Eds.), *A History of Clinical Psychiatry. The origin and history of Psychiatric Disorders* (pp. 625-632) . New York: New York University Press .
- Maloney, J., Pfuhlmann, B., Arensman, E., Coffey, C., Gusmao, R., Postuvan, V., . . . Schmidtke, A. (2014). How to adjust media recommendations on reporting suicidal behavior to new media developments. *Archives of Suicide Research*, 18(2), 156-169. doi:10.1080/13811118.2013.824833
- Mancini, J., Lavecchia, C., & Clegg, R. (1983). Graduate nursing students and stress. *Journal of Nursing Education*, 22(8), 329-334.
- Martin, G., Richardson, A. S., Bergen, H. A., Roeger, L., & Allison, S. (2005). Perceived academic performance, self-esteem and locus of control as indicators of need for assessment of adolescent suicide risk: implications for teachers. *Journal of Adolescence*, 28(1), 75-87. doi:10.1016/j.adolescence.2004.04.005
- Martí-García, C. (2014). *Miedo a morir: Estudio experimental de las repercusiones de la angustia ante la muerte en población joven; Aplicaciones en procesos de fin de vida* (Tesis doctoral). Granada: Universidad de Granada.
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(02), 458-467.
- Mascayano, F., Irrazabal, M., Emilia, W. D., Shah, B., Vaner, S. J., Sapag, J. C., . . . Yang, L. H. (2016). Suicide in Latin America: a growing public health issue. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 72(4), 295-303.
- Maslach, C. (1978). The client role in staff burnout. *Journal of Social Issues*, 34(4), 111-124.
- Masten, A. S. (2007). Competence, resilience, and development in adolescence: Clues for prevention science. En: D. Romer, & E. F. Walker (Eds.). *Adolescent psychopathology and the developing brain: Integrating brain and prevention science* (pp. 31-52). New York: Oxford University Press.
- Miller, M., Hemenway, D., & Rimm, E. (2000). Cigarettes and suicide: a prospective study of 50,000 men. *American Journal of Public Health*, 90(5), 768-773.

- Milner, A. J., Niven, H., & LaMontagne, A. D. (2015). Occupational class differences in suicide: evidence of changes over time and during the global financial crisis in Australia. *BMC Psychiatry*, *15*, 223. doi:10.1186/s12888-015-0608-5
- Min, J. A., Lee, C. U., & Chae, J. H. (2015). Resilience moderates the risk of depression and anxiety symptoms on suicidal ideation in patients with depression and/or anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *56*, 103-111. doi:10.1016/j.comppsy.2014.07.022
- Minois, G. (1999). *History of Suicide. Voluntary Death in Western Culture*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Mizuno-Lewis, S., & McAllister, M. (2008). Taking leave from work: the impact of culture on Japanese female nurses. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(2), 274-281. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01855.x
- Monforte-Royo, C., Tomás-Sábado, J., Villavicencio-Chávez, C., & Balaguer, A. (2011). Psychometric properties of the Spanish form of the Schedule for Meaning in Life Evaluation (SMiLE). *Quality of Life Research*, *20*(5), 759-762. doi:10.1007/s11136-010-9796-0
- Monforte-Royo, C., Villavicencio-Chávez, C., Tomás-Sábado, J., & Balaguer, A. (2011). The wish to hasten death: a review of clinical studies. *Psychooncology*, *20*(8), 795-804. doi:10.1002/pon.1839
- Monforte-Royo, C., Villavicencio-Chávez, C., Tomás-Sábado, J., Mahtani-Chugani, V., & Balaguer, A. (2012). What lies behind the wish to hasten death? A systematic review and meta-ethnography from the perspective of patients. *PLoS One*, *7*(5), e37117. doi:10.1371/journal.pone.0037117
- Montes-Hidalgo, J., & Tomás-Sábado, J. (2016). Autoestima, resiliencia, locus de control y riesgo de suicidio en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, *26*(3), 188-193. doi:10.1016/j.enfcli.2016.03.002
- Moore, K., & McLaughlin, D. (2003). Depression: the challenge for all healthcare professionals. *Nursing Standard*, *17*(26), 45-52.
- Moro, T. (Edición de 2006). *Utopía*. Buenos Aires: Ediciones Colihue SRL.
- Moron, P. (1992). *El Suicidio*. Mixcoac, México DF: Publicaciones Cruz O., SA.
- Morselli, E. (1879). *Il suicidio: saggio di statistica morale comparata*. Milán: Dumolard.

- Mosquera, F. (2006). El comportamiento suicida. En: J. Téllez & J. Forero (Ed.), *Suicidio: Neurobiología, factores de riesgo y prevención* (pp. 10-22). Bogotá: Nuevo Milenio Editores.
- Muntaner, C., Li, Y., Xue, X., O'Campo, P., Chung, H. J., & Eaton, W. W. (2013). Work organization, area labor-market characteristics, and depression among US nursing home workers: A cross-classified multilevel analysis. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, *10*(4), 392-400. doi: 10.1179/oeht.2004.10.4.392
- Murray, A. (1998). *Suicide in the Middle Ages: Volume 2: The Curse on Self-Murder* (Vol. 2). Oxford: Oxford University Press.
- Muñoz, R., Borobia, A. M., Quintana, M., Martínez, A., Ramírez, E., Muñoz, M., . . . Carcas, A. J. (2016). Outcomes and costs of poisoned patients admitted to an adult emergency department of a Spanish tertiary hospital: evaluation through a toxicovigilance program. *PloS One*, *11*(4), e0152876. doi:10.1371/journal.pone.0152876.
- Nagai, M., Tsuchiya, K. J., Touloupoulou, T., & Takei, N. (2007). Poor mental health associated with job dissatisfaction among school teachers in Japan. *Journal of Occupational Health*, *49*(6), 515-522.
- National Center for Injury Prevention and Control. (2012). *Suicide facts at a glance 2012*. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services
- Navarro, F. (1997). El suicidio como motivo literario en los elegiacos latinos. *Emerita*, *65*(1), 41-55.
- Nelson, L. D., & Cantrell, C. H. (1980). Religiosity and death anxiety: A multi-dimensional analysis. *Review of Religious Research*, *21*, 148-157.
- Niederkrötenhaller, T., Fu, K.-w., Yip, P. S., Fong, D. Y., Stack, S., Cheng, Q., & Pirkis, J. (2012). Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *66*(11), 1037-1042.
- Nomura, S., Shigemura, J., Nakamura, M., Hosaka, T., Berger, D., & Takahashi, Y. (1996). Evaluation of the first Medical Psychiatry Unit in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *50*(6), 305-308.

- Norstrom, T., & Gronqvist, H. (2015). The Great Recession, unemployment and suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *69*(2), 110-116. doi:10.1136/jech-2014-204602
- O'Connor, M., Dooley, B., & Fitzgerald, A. (2015). Constructing the Suicide Risk Index (SRI): does it work in predicting suicidal behavior in young adults mediated by proximal factors? *Archives of Suicide Research*, *19*(1), 1-16.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). *Multisite intervention study on suicidal behaviours-SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS*. Geneva: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2009). *Prevención del suicidio un instrumento en el trabajo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. Geneva: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014a). *Preventing suicide: A global imperative*. Geneva: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014b). *SUPRE: the WHO worldwide initiative for the prevention of suicide*. Geneva: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *European Mental Health Action Plan 2013–2020 (The)*. Disponible en:
<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-mental-health-action-plan-20132020-the>
- Ozanne-Smith, J., & Routley, V. (2010). Work-related suicide. *Injury Prevention*, *16*(Suppl 1), A272-A272.
- Palmer, C., Halpern, M., & Hatzianandreu, E. (1995). The Cost of Suicide and Suicide Attempts in the United States. *Clinical Neuropharmacology*, *18*, S25-S33.
- Panczak, R., Spoerri, A., Zwahlen, M., Bopp, M., Gutzwiller, F., & Egger, M. (2013). Religion and suicide in patients with mental illness or cancer. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *43*(2), 213-222. doi:10.1111/sltb.12009
- Pargament, K. I. (2001). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Park, J., Choi, N., Kim, S. J., Kim, S., An, H., Lee, H.-J., & Lee, Y. J. (2016). The impact of celebrity suicide on subsequent suicide rates in the general population of Korea from 1990 to 2010. *Journal of Korean Medical Science*, *31*(4), 598-603.

- Park, S., & Kim, J. (2015). Association Between Smoking and Suicidal Behaviors Among Adolescents in the Republic of Korea. *Journal of Addiction Nursing*, 26(4), 175-183. doi:10.1097/jan.0000000000000095
- Patterson, W. M., Dohn, H. H., Bird, J., & Patterson, G. A. (1983). Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*, 24(4), 343-349.
- Pearce, C. M., & Martin, G. (1993). Locus of control as an indicator of risk for suicidal behaviour among adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88(6), 409-414.
- Peipins, L. A., Burnett, C., Alterman, T., & Lalich, N. (1997). Mortality patterns among female nurses: A 27-state study, 1984 through 1990. *American Journal of Public Health*, 87(9), 1539-1543. doi:10.2105/ajph.87.9.1539
- Pérez Jiménez, J. C. (2011). *La mirada del suicida. El enigma y el estigma*. Madrid: Plaza y Valdés.
- Perry, L., Lamont, S., Brunero, S., Gallagher, R., & Duffield, C. (2015). The mental health of nurses in acute teaching hospital settings: a cross-sectional survey. *BMC Nursing*, 14, 15. doi:10.1186/s12912-015-0068-8
- Pettigrew, C. G., & Dawson, J. G. (1979). Death anxiety: state or trait? *Journal of Clinical Psychology*, 35(1), 154-158.
- Phillips, D. P. (1974). The Influence of Suggestion on Suicide: Substantive and Theoretical Implications of the Werther Effect. *American Sociological Review*, 39(3), 340-354. doi:10.2307/2094294
- Pitman, A., Kryszynska, K., Osborn, D., & King, M. (2012). Suicide in young men. *Lancet*, 379(9834), 2383-2392. doi:10.1016/s0140-6736(12)60731-4
- Platón. (Edición de 1992). *Fedón*. Madrid: Editorial Gredos.
- Ploderl, M., & Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International Review of Psychiatry*, 27(5), 367-385. doi:10.3109/09540261.2015.1083949
- Plutchik, R., van Praag, H. M., Conte, H. R., & Picard, S. (1989). Correlates of suicide and violence risk 1: the suicide risk measure. *Comprehensive Psychiatry*, 30(4), 296-302.
- Pompili, M., Rinaldi, G., Lester, D., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2006). Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(3), 135-143. doi:10.1016/j.apnu.2005.12.002

- Poorolajal, J., & Darvishi, N. (2016). Smoking and Suicide: A Meta-Analysis. *PLoS One*, 11(7), e0156348. doi:10.1371/journal.pone.0156348
- Powell, L. H., Shahabi, L., & Thoresen, C. E. (2003). Religion and spirituality. Linkages to physical health. *American Psychologist*, 58(1), 36-52.
- Pridmore, S., Varbanov, S., & Sale, I. (2016). Suicide and murder-suicide involving automobiles. *Australasian Psychiatry*. doi.org/10.1177/1039856216658830.
- Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida: perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*. México. D. F: Editorial Pax México
- Rasmussen, M., Dyregrov, K., Haavind, H., Leenaars, A., & Dieserud, G. (2016). The role of self-esteem in non-clinical suicides among young men. *Omega: Journal of Death and Dying*. doi.org/10.1177/0030222815601514
- Ray, J. (2003). Worlds apart: religion in Canada, Britain, US. *The Gallup Poll*. Disponible en: <http://www.gallup.com/poll/9016/worlds-apart-religion-canada-britain-us.aspx>
- Rey, L., Extremera, N., & Pena, M. (2016). Emotional competence relating to perceived stress and burnout in Spanish teachers: a mediator model. *PeerJ*, 4, e2087. doi:10.7717/peerj.2087
- Rivera, B., Casal, B., & Currais, L. (2016). Crisis, suicide and labour productivity losses in Spain. *European Journal of Health Economics*, 1-14.
- Roca de Togores López, A., Rubio, P., Sánchez, P., Rodríguez, D., & Villar, A. (2002). Intentos de suicidio atendidos en un centro de salud. *Atención Primaria*, 29(9), 547-552.
- Rodríguez-Pulido, F., Sierra, A., Gracia, R., Doreste, J., Delgado, S. & González-Rivera, J. L. (1991), Suicide in the Canary Islands, 1977–1983. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 520–523. doi:10.1111/j.1600-0447.1991.tb03187.x
- Rodríguez Vega, A. (2009). *Trastornos de personalidad y parasuicidio* (Tesis doctoral). Londres: Universidad de Londres.
- Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., Martos, D., Cunillé, M., & Llimona, P. (2014). *La mortalitat a la ciutat de Barcelona. Any 2012*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona. Disponible en: http://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2016/03/Mortalitat_2012.pdf
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1.
- Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Villanueva, R., Casado, M., Marín, J., & Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Archivos de Neurobiología*, 61, 143-152.
- Ruggiero, J. S. (2003). Correlates of fatigue in critical care nurses. *Research in Nursing & Health*, 26(6), 434-444. doi:10.1002/nur.10106
- Ruiz, C. O., & Ríos, F. L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Ruiz-Pérez, I., & de Labry-Lima, A. O. (2006). El suicidio en la España de hoy. *Gaceta Sanitaria*, 20, 25-31.
- Sáiz, P. A., & Bobes, J. (2014). Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(1), 1-4.
- Salladay, S., & San Agustin, T. (1984). Special needs of the deaf dying patient. *Death Education*, 8(4), 257-269. doi:10.1080/07481188408252464
- San Agustín. (Edición de 1958). *La ciudad de Dios*. Madrid: Biblioteca de autores cristianos.
- Sankaranarayanan, A., Mancuso, S., Wilding, H., Ghuloum, S., & Castle, D. (2015). Smoking, Suicidality and Psychosis: A Systematic Meta-Analysis. *PLoS One*, 10(9), e0138147. doi:10.1371/journal.pone.0138147
- Schafer, M., & Quiring, O. (2015). The Press Coverage of Celebrity Suicide and the Development of Suicide Frequencies in Germany. *Health Community*, 30(11), 1149-1158. doi:10.1080/10410236.2014.923273
- Scherrer, J. F., Grant, J. D., Agrawal, A., Madden, P. A., Fu, Q., Jacob, T., . . . Xian, H. (2012). Suicidal behavior, smoking, and familial vulnerability. *Nicotine & Tobacco Research*, 14(4), 415-424. doi:10.1093/ntr/ntr230
- Schneider, B., Lukaschek, K., Baumert, J., Meisinger, C., Erazo, N., & Ladwig, K. H. (2014). Living alone, obesity, and smoking increase risk for suicide independently of depressive mood findings from the population-based MONICA/KORA Augsburg cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 416-421. doi:10.1016/j.jad.2013.10.007
- Séneca. (Edición de 2001). *Epístolas morales a Lucilio. Obra completa*. Madrid: Editorial Gredos.

- Segura, C. (2016). *La sombra del ombú. Relato de un suicidio*. Barcelona: Cuadrilatero de libros.
- Sgobin, S. M. T., Traballi, A. L. M., Botega, N. J., & Coelho, O. R. (2015). Direct and indirect cost of attempted suicide in a general hospital: cost-of-illness study. *Sao Paulo Medical Journal*, *133*(3), 218-226.
- Shah, A., & Bhatia, V. (2010). The relationship between elderly suicide rates and smoking in England and Wales. *International Psychogeriatrics*, *22*(3), 504-507).
- Shepard, D. S., Gurewich, D., Lwin, A. K., Reed, G. A., & Silverman, M. M. (2015). Suicide and suicidal attempts in the United States: costs and policy implications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *46*(3): 352-62. doi: 10.1111/sltb.12225.
- Silva, S., Tavares, N. V., Alexandre, A. R., Freitas, D. A., Breda, M. Z., Albuquerque, M. C., & Melo, V. L. (2015). Depression and suicide risk among nursing professionals: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *49*(6), 1027-1036. doi:10.1590/s0080-623420150000600020
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, *11*(1), 94-101.
- Sisask, M., & Varnik, A. (2012). Media roles in suicide prevention: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *9*(1), 123-138. doi:10.3390/ijerph9010123
- Sisask, M., Varnik, A., Kolves, K., Bertolote, J. M., Bolhari, J., Botega, N. J., . . . Wasserman, D. (2010). Is religiosity a protective factor against attempted suicide: a cross-cultural case-control study. *Archives of Suicide Research*, *14*(1), 44-55. doi:10.1080/13811110903479052
- Sprott, S. E. (1974). *Suicide: The English Debate; from Donne to Hume*. London: Open Court.
- Stefanek, M., McDonald, P. G., & Hess, S. A. (2005). Religion, spirituality and cancer: current status and methodological challenges. *Psychooncology*, *14*(6), 450-463. doi:10.1002/pon.861
- Stompe, T., & Ritter, K. (2011). Religion and suicide - part 1: the attitudes of religions towards suicide. *Neuropsychiatry*, *25*(3), 118-126.
- Tanskanen, A., Tuomilehto, J., Viinamaki, H., Vartiainen, E., Lehtonen, J., & Puska, P. (2000). Joint heavy use of alcohol, cigarettes and coffee and the risk of suicide. *Addiction*, *95*(11), 1699-1704.

- Terraiza, E., & Meza, R. (2009). Factores psicosocioculturales y neurobiológicos de la conducta suicida: Artículo de revisión. *Psiquiatría. com*, 13(3). Disponible en: <http://www.psiquiatría.com/sin-categoria/factores-psicosocioculturales-y-neurobiologicos-de-la-conducta-suicida-articulo-de-revision/>
- Tomás-Sábado, J. (2002). *Construcción y validación de una escala de ansiedad ante la muerte* (Tesis doctoral). Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Tomás-Sábado, J. (2009). Factores psicológicos relacionados con el riesgo suicida en estudiantes de enfermería. *Metas de Enfermería*, 12(2), 67-74.
- Tomás-Sábado, J. (2013). Religiousness and death anxiety. En S. D. Ambrose (Ed.), *Religion and Psychology: New Research* (pp. 105-120). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Tomás-Sábado, J. (2016). *Miedo y ansiedad ante la muerte. Aproximación conceptual, factores relacionados e instrumentos de evaluación*. Barcelona: Herder.
- Tomás-Sábado, J., & Gómez Benito, J. (2008). *La Escala Árabe de Ansiedad ante la Muerte. Propiedades psicométricas en una muestra española*. En: 9º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2008.
- Tomás-Sábado, J., & Limonero, J. T. (2004). Comparación de los niveles de ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería de Egipto y España. *Enfermería Clínica*, 14(6), 328-333.
- Tomás-Sábado, J. T., & Guix, E. (2001). Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. *Enfermería Clínica*, 11(3), 104-109.
- Tomás-Sábado, J., Maynegre-Santaulària, M., Pérez-Bartolomé, M., Alsina-Rodríguez, M., Quinta-Barbero, R., & Granell-Navas, S. (2010). Síndrome de burnout y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria. *Enfermería Clínica*, 20(3), 173-178.
- Tomás Sábado, J., & Monforte-Royo, C. (2010). *Propiedades métricas de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik en profesionales de enfermería*. En: 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010.
- Tomás-Sábado, J., & Montes-Hidalgo, J. (2015). Suicidio en Enfermería. El riesgo es real. *Enfermería Clínica*, 25(5), 288-289.
- Tsai, A. C., Lucas, M., & Kawachi, I. (2015). Association between social integration and suicide among women in the United States. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, 72(10), 987-993.

- Tøllefsen, I. M., Hem, E., & Ekeberg, Ø. (2012). The reliability of suicide statistics: a systematic review. *BMC Psychiatry, 12*(1), 9.
- Valtueña, J. (2003). El suicidio juvenil en Suiza: una auténtica epidemia. *JANO, 64*(1478), 28.
- Van Dam, R. M., Willett, W. C., Manson, J. E., & Hu, F. B. (2006). Coffee, Caffeine, and Risk of Type 2 Diabetes A prospective cohort study in younger and middle-aged US women. *Diabetes Care, 29*(2), 398-403.
- van der Heijden, F., Dillingh, G., Bakker, A., & Prins, J. (2008). Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Archives of Suicide Research, 12*(4), 344-346. doi:10.1080/13811110802325349
- VanderWeele, T. J., Li, S., Tsai, A. C., & Kawachi, I. (2016). Association between religious service attendance and lower suicide rates among US women. *Journal of the American Medical Association Psychiatry, 73*(8): 775-776. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.1214
- Vasiliadis, H. M., Lesage, A., Latimer, E., & Seguin, M. (2015). Implementing Suicide Prevention Programs: Costs and Potential Life Years Saved in Canada. *Journal of Mental Health Policy and Economics, 18*(3), 147-155.
- Vega-Piñero, M., Blasco-Fontecilla, H., Baca-García, E., & Díaz-Sastre, C. (2002). El suicidio. *Salud Global, 4*(2), 1-15.
- Vella, M. L., Persic, S., & Lester, D. (1996). Does self-esteem predict suicidality after controls for depression? *Psychological Reports, 79*(3 Pt 2), 1178. doi:10.2466/pr0.1996.79.3f.1178
- Vicente, N., & Ochoa, E.. (2007). Consideraciones sobre el suicidio: Una perspectiva histórica. *Psiquiatria. com, 11*(3). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewArticle/235>
- Vidal-Rodeiro, C. L., Santiago-Perez, M. I., Paz-Esquete, J., Lopez-Vizcaino, M. E., Cerdeira-Carames, S., Hervada-Vidal, X., & Vazquez-Fernandez, E. (2001). Distribución geográfica y temporal del suicidio en Galicia 1976-1998. *Gaceta Sanitaria, 15*(5), 389-397.
- Villavicencio-Chávez, C., Monforte-Royo, C., Tomás-Sábado, J., Maier, M. A., Porta-Sales, J., & Balaguer, A. (2014). Physical and psychological factors and the wish to hasten death in advanced cancer patients. *Psychooncology, 23*(10), 1125-1132. doi:10.1002/pon.3536

- Wang, Y., Dong, W., Mauk, K., Li, P., Wan, J., Yang, G., . . . Hao, M. (2015). Nurses' Practice Environment and Their Job Satisfaction: A Study on Nurses Caring for Older Adults in Shanghai. *PLoS One*, *10*(9), e0138035. doi:10.1371/journal.pone.0138035
- Wangness, S. I. (1981). Death education for the elderly. *Issues in Mental Health Nursing*, *3*(1-2), 29-50.
- Weinberg, A., & Creed, F. (2000). Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet*, *355*(9203), 533-537.
- Woodard, P. G., & Suddick, D. E. (1992). Self-esteem of older adult college students. *Perceptual and Motor Skills*, *74*(1), 193-194.
- Wu, A., Wang, J. Y., & Jia, C. X. (2015). Religion and Completed Suicide: a Meta-Analysis. *PLoS One*, *10*(6), e0131715. doi:10.1371/journal.pone.0131715
- Wu, S., Zhu, W., Wang, Z., Wang, M., & Lan, Y. (2007). Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *Journal of Advanced Nursing*, *59*(3), 233-239.
- Xu, J., Kochanek, K. D., Murphy, S. L., & Arias, E. (2014). Mortality in the United States, 2012. *NCHS Data Brief*, (168), 1-8.
- Yang, A. C., Tsai, S.-J., Yang, C.-H., Shia, B.-C., Fuh, J.-L., Wang, S.-J., . . . Huang, N. E. (2013). Suicide and media reporting: a longitudinal and spatial analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*(3), 427-435.
- Yang, B., & Lester, D. (2007). Recalculating the economic cost of suicide. *Death Studies*, *31*(4), 351-361. doi:10.1080/07481180601187209
- Yaworski, D., Robinson, J., Sareen, J., & Bolton, J. M. (2011). The relation between nicotine dependence and suicide attempts in the general population. *Canadian Journal of Psychiatry*, *56*(3), 161-170.
- Yaylaci, S., Genc, A. B., Demir, M. V., Cinemre, H., & Tamer, A. (2016). Retrospective evaluation of patients at follow-up with acute poisoning in Intensive Care Unit. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, *19*(2), 223-226. doi:10.4103/1119-3077.164340
- Yeung, A. S., & Liu, W. P. (2007). *Workload and psychological wellbeing of Hong Kong teachers*. En: AARE Annual Conference, Fremantle.
- Yin, H.-b., & Lee, J. C.-K. (2012). Be passionate, but be rational as well: Emotional rules for Chinese teachers' work. *Teaching and Teacher Education*, *28*(1), 56-65. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.tate.2011.08.005

ANEXOS

Anexo 1: Documento aprobació del Comitè d'Ètica de la Recerca de l'Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat



Informe de Valoració

Comitè d'Ètica de la Investigació de la EUIG

Dr. Joaquín Tomás-Sábado, com president del Comitè d'Ètica de la Investigació de la Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat,

Fa constar que,

Un cop revisat el projecte de títol “Factores emocionales relacionados con el riesgo suicida en profesionales de enfermería” com a investigador principal, Fco Javier Montes Hidalgo, rebut el dia 15 de gener de 2015,

La seva valoració ha estat **ACCEPTAT** segons els criteris del Comitè d'Ètica de la Investigació de la EUIG, al no tractar-se d'un assaig clínic i complir amb els requisits ètics d'investigació adequats, advertint que, en tot cas, haurà de prestar especial cura en garantir la confidencialitat i anonimat de les dades referents a persones que poguessin utilitzar-se.

Dr. Joaquín Tomás-Sábado

President del Comitè d'Ètica de la Investigació de la EUIG

Sant Cugat del Vallès, 02 de Febrer de 20

Anexo 2: Escala de Autoestima de Rosemberg**RSES**

Instrucciones. En cada una de las siguientes frases, marque con una X la opción de respuesta elegida, según el grado de acuerdo o desacuerdo con el que se identifique.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. En general, estoy satisfecho/a conmigo mismo/a	1	2	3	4
2. A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4
3. Pienso que tengo buenas cualidades	1	2	3	4
4. Puedo hacer las cosas igual o mejor que los demás	1	2	3	4
5. Pienso que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a	1	2	3	4
6. A veces me siento inútil	1	2	3	4
7. Pienso que soy una persona de valía, al menos tanto como los demás	1	2	3	4
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo/a	1	2	3	4
9. En general, me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a	1	2	3	4

Anexo 3. Escala Breve de Afrontamiento Resiliente**BRCS**

A continuación encontrará una serie de afirmaciones que describen su comportamiento y acciones. Valore cada una de ellas marcando una X en el número que mejor refleje su comportamiento.

	No me describe en absoluto	Me describe poco	Ni poco ni mucho	Me describe bastante	Me describe muy bien
1. Busco formas creativas para cambiar las situaciones difíciles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Independientemente de lo que me suceda, creo que puedo controlar mis reacciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Creo que puedo crecer positivamente haciendo frente a las situaciones difíciles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Busco activamente formas de superar las pérdidas que tengo en la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 4- Escala de Locus de Control de Rotter

LOC

Instrucciones: A continuación encontrarás una serie de enunciados. Ninguna respuesta es correcta o incorrecta. En cada número señala con **una X** la opción que más se ajuste a tu forma de pensar, **A** o **B**

1	<p>A. Los niños que se meten en problemas es porque sus padres los castigan demasiado.</p> <p>B. El problema con la mayoría de los niños hoy en día, es que sus padres son demasiado tolerantes con ellos.</p>
2	<p>A. Mucha de las cosas negativas de la vida se deben, en parte, a la mala suerte.</p> <p>B. Las desgracias que les ocurren a las personas son el resultado de los errores que ellas mismas cometen.</p>
3	<p>A. Una de las razones por las que tenemos guerras es porque las personas no tienen el suficiente interés por la política.</p> <p>B. Siempre habrá guerras, no importa el esfuerzo que se haga por prevenirlas.</p>
4	<p>A. A la larga, las personas consiguen el respeto que se merecen.</p> <p>B. Por desgracia, los méritos de un individuo, a menudo, no son reconocidos por mucho que lo intente.</p>
5	<p>A. La idea de que los profesores son injustos con los estudiantes no tiene sentido.</p> <p>B. La mayoría de los estudiantes no son conscientes de que sus calificaciones dependen de hechos fortuitos.</p>
6	<p>A. Si no se aprovechan las oportunidades, no se puede llegar a ser un líder eficaz.</p> <p>B. Las personas competentes que no llegan a ser líderes es porque no han aprovechado sus oportunidades.</p>
7	<p>A. Por mucho que te esfuerces siempre habrá personas a las que no les caerás bien.</p> <p>B. Las personas que no consiguen llevarse bien con las demás es porque no saben como relacionarse satisfactoriamente.</p>
8	<p>A. La herencia genética es el factor que más determina la personalidad de las personas.</p> <p>B. Las experiencias de la vida son las que determinan cómo somos.</p>
9	<p>A. Frecuentemente, he tenido la sensación de que si algo ha de pasar, pasará.</p> <p>B. Nunca he confiado en el azar para tomar decisiones.</p>
10	<p>A. Para los estudiantes bien preparados, pocas veces resulta difícil un examen.</p> <p>B. Muchas veces, las preguntas de los exámenes tienen poca relación con lo que se ha dado en clase, por lo que estudiar sirve de poco.</p>
11	<p>A. Llegar a tener éxito es consecuencia del trabajo duro, la suerte interviene poco o nada.</p> <p>B. Conseguir un buen trabajo depende principalmente de estar en el lugar y momento apropiados.</p>
12	<p>A. El ciudadano medio puede influir en las decisiones del gobierno.</p> <p>B. Este mundo funciona a través de pequeños grupos de poder, y no hay mucho que el ciudadano de a pie puede hacer al respecto.</p>

13	<p>A. Cuando hago planes, casi siempre funcionan.</p> <p>B. No siempre es bueno planear demasiado las cosas, ya que en gran parte dependen de la buena o mala suerte.</p>
14	<p>A. Hay personas que, simplemente, no son buenas.</p> <p>B. Todo el mundo tiene algo bueno.</p>
15	<p>A. En mi caso, lo que consigo tiene poco o nada que ver con la suerte.</p> <p>B. Muchas veces es conveniente tomar decisiones a cara o cruz.</p>
16	<p>A. Llegar a ser jefe depende de estar en el lugar y en el momento adecuados.</p> <p>B. El que la gente consiga que las cosas les salgan bien depende de su capacidad, la suerte no tiene nada que ver con ello</p>
17	<p>A. En lo que se refiere a los asuntos mundiales, la mayoría de nosotros somos víctimas de fuerzas que no podemos comprender ni controlar.</p> <p>B. Tomando una parte activa en los asuntos políticos y sociales, las personas pueden influir en los acontecimiento mundiales.</p>
18	<p>A. La mayoría de las personas no comprenden hasta que punto sus vidas están condicionadas por sucesos accidentales.</p> <p>B. En realidad, la suerte no existe.</p>
19	<p>A. Uno siempre debe estar dispuesto a admitir sus errores.</p> <p>B. Lo mejor es ocultar nuestros propios errores.</p>
20	<p>A. Es difícil saber si realmente le caemos bien a una persona.</p> <p>B. La cantidad de amigos que tengas depende de lo agradable que seas</p>
21	<p>A. A largo plazo las cosas malas que nos suceden son compensadas por las buenas.</p> <p>B. La mayoría de las cosas negativas de la vida son el resultado de falta de capacidad, de la ignorancia o de la pereza.</p>
22	<p>A. Si nos esforzamos podemos acabar con la corrupción política.</p> <p>B. Es muy difícil controlar lo que los políticos hacen en el ejercicio de sus cargos.</p>
23	<p>A. A veces es difícil entender como ciertos profesores llegaron a alcanzar sus títulos académicos.</p> <p>B. Existe una relación directa entre el esfuerzo que se pone en los estudios y los resultados que se obtienen.</p>
24	<p>A. Un buen líder es aquel que deja a las personas decidir por ellas mismas lo que deben hacer.</p> <p>B. Un buen líder es aquel que deja claro lo que debe hacerse.</p>
25	<p>A. Muchas veces he sentido que tengo poca influencia sobre las cosas que me pasan.</p> <p>B. Considero imposible que el azar o la suerte tengan un papel importante en mi vida.</p>
26	<p>A. Las personas que están solas es porque no intentan ser amistosas.</p> <p>B. Hagas lo que hagas, les gustas a los demás, o no les gustas.</p>
27	<p>A. En las escuelas se da demasiada importancia a los deportes.</p> <p>B. Los deportes de equipo son una excelente manera de formar el carácter de los individuos.</p>
28	<p>A. Lo que me pasa en la vida es la consecuencia de mis propias acciones.</p> <p>B. A veces, siento que no tengo suficiente control sobre mi vida.</p>

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Factores emocionales relacionados con el riesgo suicida en estudiantes y profesionales de enfermería

Francisco Javier Montes Hidalgo

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Factores emocionales relacionados con el riesgo suicida en estudiantes y profesionales de enfermería

Francisco Javier Montes Hidalgo