



Suicidio Policial

Guía para una Prevención

Eficaz



Juan Moisés de la Serna

Juan Moisés De La Serna

**Suicidio Policial: Guía Para
Una Prevención Eficaz**

«Tektime S.r.l.s.»

Serna J.

Suicidio Policial: Guía Para Una Prevención Eficaz / J. Serna —
«Tektime S.r.l.s.»,

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

Содержание

| | |
|--|----|
| Suicidio Policial: | 5 |
| “Suicidio Policial: Guía para una Prevención Eficaz” | 6 |
| Prólogo | 7 |
| Agradecimientos | 8 |
| Nota Personal | 9 |
| Fuentes consultadas | 10 |
| Capítulo 1.- Definiendo el suicidio en el ámbito policial | 12 |
| La conducta de riesgo | 15 |
| Referencias | 19 |
| Capítulo 2. Características del suicidio en el ámbito policial | 20 |
| El Perfil del Suicidio entre la Policía | 21 |
| Factores de Personalidad | 24 |
| Конец ознакомительного фрагмента. | 27 |

Suicidio Policial:

Guía para una Prevención Eficaz
Juan Moisés de la Serna
Editorial Tektime
2021

“Suicidio Policial: Guía para una Prevención Eficaz”

Escrito por Juan Moisés de la Serna

1ª edición: enero 2021

© Juan Moisés de la Serna, 2021

© Ediciones Tektime, 2021

Todos los derechos reservados

Distribuido por Tektime

<https://www.traduzionelibri.it>

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

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

Prólogo

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

Agradecimientos

Aprovechar desde aquí para agradecer a todas las personas que han colaborado con sus aportaciones en la realización de este texto especialmente al Coronel D. Luis Humberto Barrera, Jefe del Área de Gestión de Servicios en Salud del Ministerio de Defensa Nacional del Gobierno (Colombia); al Dr. Quazi Imam quien es Director Médico del Hospital Memorial de Arlington y a la Dra. Megan Thoen, profesora del departamento de Toxicología Ambiental del Instituto de Ciencias Forenses, de la Universidad Tecnológica de Texas (EEUU); a D^a Nathalie López quien es Oficial de Policía y Psicóloga Clínica en la Policía Nacional (Ecuador); a la Dra. Djalila Rahali quien es especialista en ciberpsicología y ha trabajado como consultora para el ministerio del Interior de Argelia (Argelia); a la Dra. Luisa Velasco Riego quien es inspectora de policía y doctora en psicología; al Dr. Rafael Soto, Director General de Asistencia Sanitaria en la Consellería de Sanitat Universal y Salut Publica Valenciana desde Julio de 2015 a junio de 2018 y responsable del Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida 2016-2020 de la Comunidad Valenciana; a D. Alberto Martín Ruiz, Presidente y Fundador de la Asociación Andaluza Preventiva del Suicidio Policial con número de registro 18744/1 de la Consejería de Justicia e Interior de la Junta de Andalucía; y a D^a Laura Tormo, psicóloga especializada en la temática de Suicidio y Medios de Comunicación.

Nota Personal

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

Fuentes consultadas

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

[Dedicado a mis padres](#)

[Contenido](#)

[Prólogo](#)

[Agradecimientos](#)

[Nota Personal](#)

[Fuentes consultadas](#)

[Capítulo 1.- Definiendo el suicidio en el ámbito policial](#)

[El suicidio](#)

[La conducta de riesgo](#)

[Referencias](#)

[Capítulo 2. Características del suicidio en el ámbito policial](#)

[El Perfil del Suicidio entre la Policía](#)

[Factores de Riesgo](#)

[Factores de Personalidad](#)

[La Influencia de la Depresión](#)

[La Influencia del Estrés](#)

[El Estrés Post-Traumático](#)

[Factores de Protección](#)

[La Ideación Suicida](#)

[El Intento Suicida](#)

[Referencias](#)

[Capítulo 3.- La realidad del suicidio en el ámbito policial](#)

[El suicidio entre la policía en América](#)

[El suicidio entre la policía en Europa](#)

[El suicidio entre la policía en España](#)

[Referencias](#)

[Capítulo 4.- Medidas que debería de contener los Planes de Prevención del Suicidio en la Policía](#)

[Medida 1. Restricción del acceso a los medios de suicidio \(por ejemplo, plaguicidas, armas de fuego y ciertos medicamentos\)](#)

[Medida 2. Información responsable por parte de los medios de comunicación](#)

[Medida 3. Introducción de políticas orientadas a reducir el consumo nocivo de alcohol](#)

[Medida 4. Identificación temprana, tratamiento y atención de personas con problemas de salud mental y abuso de sustancias, dolores crónicos y trastorno emocional agudo](#)

[Medida 5. Capacitación de personal sanitario no especializado, en la evaluación y gestión de conductas suicidas](#)

[Medida 6. Seguimiento de la atención dispensada a personas que intentaron suicidarse y prestación de apoyo comunitario.](#)

[Referencias](#)

[Capítulo 5. Errores Habituales en los Planes de Prevención del Suicidio en la Policía](#)

[Error 1. No se aplica un plan específico para la policía](#)

[Error 2. No se priorizan los destinatarios del plan de prevención](#)

[Error 3. No realizar una Investigación de la Implantación](#)

[Error 4. No se lleva a cabo la Evaluación de Impacto del programa de prevención](#)

[Error 5. Se establece el objetivo de suicidios cero](#)

[Error 6. No se dota de personal suficiente para su eficacia](#)

[Referencias](#)

[Capítulo 6. MEJORAS PARA INCORPORAR en los Planes de Prevención del Suicidio en la Policía](#)

[Mejora 1. Registro de la historia en la Selección](#)

[Mejora 2. Determinar la población total a prevenir](#)

[Mejora 3. Creación de Redes Privadas de Información](#)

[Mejora 4. Atender al género en los planes de prevención](#)

[Mejora 5. Formación como eje de los planes de prevención](#)

[Mejora 6. Fomentar la salud mental entre los agentes.](#)

[Mejoras 7. Prohibir el Suicidio](#)

[Referencias](#)

[Capítulo 7. Propuestas tecnológicas a incluir en los Planes de Prevención del Suicidio en la Policía](#)

[Propuesta 1. Fomento de la ciberterapia para la Policía](#)

[Propuesta 2. Teléfonos de Suicidio para la Policía](#)

[Propuesta 3. Foros sobre Suicidio para la Policía](#)

[Propuesta 4. Creación de App específica para la Policía](#)

[Propuesta 5. Inteligencia artificial aplicada a detectar vulnerabilidad para la Policía](#)

[Propuesta 6. Detección automatizada de los Estados Emocionales de la Policía](#)

[Referencias](#)

[Anexos](#)

[Anexo 1. Plan de Prevención del Suicidio de Francia](#)

[Anexo 2. El modelo de salud mental y bienestar de la policía de Victoria \(Australia\)](#)

[Anexo 3. Plan de Prevención del Suicidio de New Jersey \(EE. UU.\)](#)

[Anexo 4. Medidas Propuestas por la Agrupación Reformista de Policías](#)

[Anexo 5.- Plan de Prevención del Suicidio de Colombia](#)

[Anexo 6. Mitos sobre el Suicidio](#)

Capítulo 1.- Definiendo el suicidio en el ámbito policial

El suicidio

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

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

Estos detalles a pesar de poderse encontrar en muchos casos no lo están en todos, así puede ser un suicidio individual o colectivo, aunque para este segundo caso se requieren de unas situaciones muy particulares como las que se han dado en algunas sectas. El tema de la nota de despedida o nota de suicidio como también se le conoce es bastante frecuente que lo utilicen en las series y películas como determinante para diferenciar si se está ante un caso de suicidio o de asesinato. Hay que indicar que el suicidio puede ser premeditado, y por tanto puede darle tiempo a la persona a preparar una nota de despedida, pero también puede ser sin premeditación, y en tal caso no se encontraría nota alguna. Así por ejemplo en Austria entre 1996 y el 2006 únicamente el 30,8% de los agentes de la Policía Federal dejó una nota de suicidio (Kapusta et al., 2010).

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

Igualmente existe la creencia de asociar al suicidio con los problemas mentales, aunque si bien eso podría ser una ventaja en cuanto que, si se detecta sintomatología depresiva en el agente, y se interviene tempranamente, esto podría servir para prevenirlo, pero en muchos casos el conocimiento que un policía puede tener no difiere del que pueda saber otro trabajador, desconociendo las señales de atención en que debería de fijarse para prevenir el suicidio.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El trabajo policial en su mayoría por no decir todo, está íntimamente relacionado con su comunidad y con la problemática que esta tiene, así hay barrios donde existe un mayor índice de delincuencia que otros, incluso aquellos en los que la policía no puede pasear de forma segura, necesitando “refuerzos” para entrar en determinadas zonas. Una situación que permite en unos casos e impide en otros, que exista una relación fluida entre los policías y sus vecinos. Así si en una determinada zona se da más un tipo de problema de salud mental que en otra, esto también lo van a tener que contemplar los policías, ya que las demandas de su comunidad van a ir más orientadas a atender estos casos. Por lo que es frecuente, que, si en un barrio existe un centro de atención a pequeños con discapacidad psíquica, se requiera en ocasiones de la intervención policial si alguno de ellos se “escapa” de su cuidador. Igualmente, si en una zona existe una población especialmente envejecida donde el porcentaje de personas que sufren enfermedades neurodegenerativas es importante, los policías van a tener que intervenir en más de una ocasión para auxiliar a uno u otro anciano cuando este se “despiste” y se “pierda” o no sepa cómo regresar a su casa.

Con ello se trata de ejemplificar cómo la actuación policial, aun sin ser en muchos casos los agentes conscientes de ello va a ir ajustándose a las necesidades de la salud mental de la población en donde se trabaja, pero en otras ocasiones es un trabajo consciente con pacientes. Aunque cuando se habla de salud mental, no necesariamente va a ir asociado a problemas “menores”, pudiéndose presentar casos de agresividad e incluso violencia, a los cuales también debe de dar respuesta la policía haciendo lo que buenamente puede por mantener la situación bajo control, pero ¿cómo afecta a los policías trabajar con personas con problemas de salud mental?

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

Se recogió información de las entrevistas realizadas a los agentes, la cual fue codificada y analizada, sobre cinco temas, “Actividad policial y el ingreso obligado”, “El papel de la familia en el proceso de ingreso obligado”, “El éxito del ingreso obligado”, “Las opiniones sobre las enfermedades mentales” y “Mejoras que propondrían en su labor del ingreso obligado”. Según los informes de los agentes, para ellos esta labor fue la más estresante y difícil que habían tenido que desempeñar en el cuerpo de policía, destacando el papel mediador de las familias para facilitar su labor de ingreso obligado. Con respecto a la percepción sobre los pacientes de salud mental estos eran percibidos como imprevisibles y peligrosos, sintiendo que ellos como agentes no estaban preparados para tratar este tipo de casos y entendían que debía de estar presente personal cualificado en esta labor. Investigación que no hace sino reflejar la buena voluntad de los agentes, pero que en ocasiones es insuficiente para tratar con determinada problemática, sobre todo en los casos más graves de la salud mental. Por tanto, la salud mental de la población va a suponer en muchos casos un plus en cuanto al estrés generado en la labor policial, y eso sin tener en cuenta que el propio agente puede estar sufriendo algún problema en este ámbito, ya sea un trastorno de depresión, ansiedad o de otro tipo.

La conducta de riesgo

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

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

Los resultados muestran que aquellos estudiantes que tenían niveles elevados de Inteligencia Emocional tienen menos conductas de consumo excesivo de alcohol, no siguiendo dietas poco saludables y observando prácticas sexuales con protección; y, al contrario, los que mostraban niveles más bajos de Inteligencia Emocional tenían conductas de riesgo en cuanto a un mayor consumo de alcohol, el seguimiento de dietas poco saludables y prácticas sexuales sin protección. No obteniéndose diferencias significativas en las conductas de riesgo de consumo de tabaco o drogas ilegales, el nivel de sobrepeso, el sedentarismo o el nivel de exposición solar en función del nivel de la Inteligencia Emocional. Los autores señalan sobre los beneficios de tener altos niveles de Inteligencia Emocional a la hora de manejar adecuadamente la presión grupal, principal elemento en conductas como el consumo de alcohol. Los resultados parecen claros en cuanto a la conveniencia de educar a los más jóvenes para que tengan una Inteligencia Emocional desarrollada, ya que esto le va a servir para prevenir conductas de riesgo futuras y evitar los accidentes que entrañan, en ocasiones que conducen a situaciones que se asemejan al suicidio; en el caso de la policía se ha encontrado que los agentes varones entre los 26 a 34 años son los que más probabilidades tienen de exhibir conductas de riesgo (Walterhouse, 2019).

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

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

Es precisamente en esta etapa de la vida donde se dan un mayor número de conductas de riesgo, debido a la creencia falsa de que no les va a suceder nada, y en cambio es la época en donde

se producen más accidentes, ya sea de tráfico, o de otro tipo. Actitudes que con el tiempo van “relajándose”, aunque se mantienen durante toda la vida, nada más hay que ver cómo tradicionalmente existen profesiones mayoritariamente de hombres asociados a una mayor actividad física, o conducta de riesgo, ya sea en el ámbito del deporte o del espectáculo; en cambio, las mujeres desde hace mucho han ocupado un mayor porcentaje en las aulas obteniendo mejores resultados académicos a todos los niveles.

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

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

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

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

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

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

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

Con estos datos es posible comprobar que la mayor tasa de suicidio en el Cuerpo de la Policía Nacional no se produce entre los más jóvenes, de 24 a 29 años con una incidencia del 11,84% sino entre los que tienen 30 a 35 años con una incidencia del 21,71%, es decir estos datos van en contra de la premisa comentada sobre la mayor tasa de suicidio entre los más jóvenes debido a una mayor exhibición de conductas de riesgo. Las posibles causas de estas discrepancias podrían encontrarse en que en la vigilancia durante los primeros años de servicio por parte de los veteranos sobre los “recién

llegados” es mucho más estricta, en aras precisamente de garantizar su seguridad y en que desarrollen adecuadamente su labor, supervisión que se va “relajando” con los años.

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

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

Esto es precisamente lo que se ha tratado de averiguar con una investigación realizada desde el Departamento de Administración y Empresa Internacional, Universidad de I-Shou (Taiwán) junto con el Departamento de Dirección y Gestión, Escuela de Negocios (Noruega) (Lee & Selart, 2015). En el estudio participaron treinta estudiantes de la escuela de negocios, de los cuales once eran mujeres, con una edad media de 23 años. A los participantes se les hizo pasar por una situación controlada, donde observaba el desempeño de una persona en una tarea de resolución matemática, un Sudoku, y luego debían de valorar si esa persona pudiera resolver otro, pero en un tiempo limitado de tres minutos. Se manipularon las variables correspondientes a la dificultad de la segunda tarea, la posibilidad o no de ganar dinero por acertar según su nivel de seguridad en la respuesta, y la introducción o no de una tarea distractora entre ambas tareas.

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

Hay que tener en cuenta el limitado número de participantes, y que se trata de una manipulación experimental con baja validez ecológica, con lo que es probable que en una situación real se pudiese observar el fenómeno de predicción esperable. A pesar de las limitaciones del estudio hay que destacar lo innovador del enfoque de esta investigación, que trata de conocer cómo la Inteligencia Emocional posibilita que la persona tenga un mejor desempeño social. Aunque no parece que una mayor Inteligencia Emocional tenga que ver con acertar sobre las predicciones de ejecución de un tercero en una concreta tarea matemática, eso no descarta que no confiera a la persona de esa cualidad para otras tareas, de tipo más emocional; esto es, conocer los puntos fuertes y débiles de un interlocutor no supone saber exactamente cómo va a actuar en todas las tareas, pero sí qué tipo de compromiso y comportamiento general esperar de esa persona.

Algo que si se consigue comprobar mediante investigaciones posteriores estaría informando sobre que aquellas personas con altos niveles de Inteligencia Emocional están mejor preparadas a la hora de conocer a los demás, y de ahí la ventaja observada en las interacciones sociales. Un último apunte sobre la Inteligencia Emocional es que, a diferencia de otras inteligencias, esta se puede

mejorar con un entrenamiento adecuado, es decir, una vez que se conozcan las muchas ventajas que sobre el mundo laboral y social tiene, se puede buscar la forma de reforzar las habilidades propias y con ello mejorar la Inteligencia Emocional.

Con lo anterior comentado, en la medida que se vea útil la aplicación de la inteligencia emocional entre los cuerpos y fuerzas de seguridad, en la consecución de la reducción de las conductas de riesgo, cabría esperarse que también se redujesen las tasas de suicidio, en donde se incluyen estos accidentes.

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

Referencias

- A.R.P. (2019). *Estudio y análisis complementarios al plan de prevención de suicidios en el ámbito del cuerpo de la policía nacional*.
- El Plural. (2019). Mónica Gracia: “Hay 31 comisarias frente a 366 hombres en el cargo.” Retrieved September 7, 2019, from https://www.elplural.com/sociedad/8-de-marzo-mujeres-policia-nacional-sup-monica-gracia_212280102
- Institut for Public Security of Catalonia. (2013). *WOMEN IN POLICE SERVICES IN THE EU FACTS AND FIGURES - 2012*. Retrieved from http://ispc.gencat.cat/web/.content/home/ms_-_institut_de_seguretat_publica_de_catalunya/ recerca/Estudis-ispc/women_in_police_services/women_in_police_services_eu_2012.pdf
- Kapusta, N. D., Voracek, M., Etzersdorfer, E., Niederkrotenthaler, T., Dervic, K., Plener, P. L., ... Sonneck, G. (2010). Characteristics of police officer suicides in the federal Austrian police corps. *Crisis, 31*(5), 265–271. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000033>
- Lana, A., Baizán, E. M., Faya-Ornia, G., & López, M. L. (2015). Emotional intelligence and health risk behaviors in nursing students. *Journal of Nursing Education, 54*(8), 464–467.
- Lee, W. S., & Selart, M. (2015). When Emotional Intelligence Affects Peoples’ Perception of Trustworthiness. *The Open Psychology Journal, 8*(1), 160–170. <https://doi.org/10.2174/1874350101508010160>
- Mayer, J., Salovey, P., & Caruso, D. (2002). Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) Item Booklet. *UNH Personality Lab*. Retrieved from https://scholars.unh.edu/personality_lab/26
- Mental Health Commission of Canada. (2018). *RESEARCH ON SUICIDE AND ITS PREVENTION: What the current evidence reveals and topics for future research*. Retrieved from www.mentalhealthcommission.ca
- O.M.S. (1988). INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES—NINTH REVISION (ICD-9). *Weekly Epidemiological Record= Relevé Épidémiologique Hebdomadaire, 63*(45), 343–344.
- O.M.S. (2009). Prevención del suicidio, un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea. *Asociación Internacional Para La Prevención Del Suicidio IASP. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias.*, p. 25.
- O.M.S. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. *World Health Organization, 1–24*. <https://doi.org/CC BY-NC-SA 3.0 IGO>
- Salovey, P., & Mayer, J.D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality, 9*(3), 185–211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Soares, R., & Da Costa, M. P. (2019). Experiences and perceptions of police officers concerning their interactions with people with serious mental disorders for compulsory treatment. *Frontiers in Psychiatry, 10*(MAR), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00187>
- Walterhouse, G. (2019). Alcohol Abuse among Police Officers and Firefighters. Retrieved September 14, 2019, from International Public Safety Association Journal website: https://www.researchgate.net/publication/331261556_Alcohol_Abuse_among_Police_Officers_and_Firefighters
- Zhou, Y., Li, S., Dunn, J., Li, H., Qin, W., Zhu, M., ... Jiang, T. (2014). The neural correlates of risk propensity in males and females using resting-state fMRI. *Frontiers in Behavioral Neuroscience, 8*(JAN), 1–13. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00002>

Capítulo 2. Características del suicidio en el ámbito policial

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

–Suicidio como acto fatal de autolesión con intención de quitarse la vida.

–Comportamiento suicida el cual abarca desde los pensamientos suicidas, los intentos de suicidio y la muerte por suicidio.

–Intento de suicidio, que es la conducta potencialmente autolesiva asociada con la intención de morir.

–Pensamientos activos de suicidio los cuales pueden conducir a acabar con la propia vida, lo que puede incluir: identificar un método, tener un plan y/o tener la intención de actuar.

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

–Autolesiones no suicidas, conductas sin intención de morir.

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

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

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

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

El Perfil del Suicidio entre la Policía

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

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

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

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

a) Perspectiva biologicista, en donde se trata de dar cuenta de una mayor probabilidad de sufrir suicidio si se tiene un familiar allegado que lo ha sufrido, llegando a afirmarse que existen genes que incrementan la posibilidad del suicidio, tal y como se ha observado en una investigación donde se analizaron a 43 familias de Utah (EEUU) las cuales al menos uno de sus miembros se había suicidado en las últimas siete generaciones (Coon et al., 2018). En total se recogieron más de 4.500 muestras de ADN, y analizaron 207 genes diferentes, encontrando una asociación entre el mayor riesgo ante la presencia de variantes en las proteínas SP110, rs181058279; AGBL2, rs76215382; SUCLA2, rs121908538; APH1B, rs745918508

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

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

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

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

a) La jubilación.

b) La renuncia a la condición de funcionario.

c) La pérdida de la nacionalidad española.

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

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

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

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

–Psicodinámica, la sobreexposición a un ambiente “inadecuado” puede llevar a que sobrepase las barreras psicológicas del agente y que esto le conduzca al suicidio.

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

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

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

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

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

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

Factores de Riesgo

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

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

–los antecedentes familiares tanto de casos de suicidio como de trastornos psicológicos.

–los intentos previos de suicidio.

–los pacientes hospitalarios crónicos.

–el abuso de alcohol.

–la reclusión en prisión.

–los cambios estacionales.

–la influencia de los medios de comunicación.

–los factores sociales como el aislamiento o eventos vitales recientes.

–la exposición a la violencia.

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

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

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

Únicamente con esos tres factores estaríamos hablando de una población especialmente vulnerable en la que cabría esperarse tasas de suicidio mayores que la población general, a lo que se pueden añadir factores temporales como los estacionales (invierno o verano), los eventos sociales (pérdida de un familiar), el consumo de alcohol, ... produciéndose un mayor riesgo de suicidio entre los agentes dado los altos niveles de estrés a los que están sometidos, con desplazamientos geográficos temporales, exposición casi continua a la violencia, sentido de aislamiento social (Mishara & Martin, 2012).

Factores de Personalidad

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

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

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

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

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

Dos son los principales mecanismos que empleamos para conformar la personalidad a lo largo del tiempo: la experiencia directa, permite a la persona, desde muy pequeño ir probando distintas acciones, y por ensayo y error, aprender aquello que es agradable o desagradable. Lo primero, se convierte en fuente de deseo, generando tendencias hacia su logro; mientras que lo desagradable, se tiende a evitar o incluso huir de ello; y el aprendizaje vicario, también conocido como aprendizaje observacional, por el cual la persona es capaz de aprender las consecuencias de determinadas acciones, viendo los resultados que estas generan en otros, por ejemplo, un bebé es capaz de aprender a no tocar las cosas puntiagudas si ve cómo otra persona se lastima al hacerlo

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

Igualmente, con el tiempo, va a ir adquiriendo la conciencia moral, que es aquella que va a regir nuestra conducta a lo largo de la vida, y por la cual, aprendemos qué es lo que está establecido como correcto o incorrecto, dentro de una determinada sociedad. Así, estarán permitidos e incluso fomentados determinados deseos, pensamientos y formas de actuar; mientras otros quedarán prohibidos, perseguidos y castigados

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

Son muchas las variables de la personalidad que podrían estar implicadas, en función del modelo teórico que empleemos; pero quizás el narcisismo esté destacando en los últimos años como característica determinante de nuestro comportamiento. El narcisismo es aquella percepción de uno mismo, muy relacionado con la autoimagen y la autoestima, que motiva conductas autocomplacientes. En el extremo se encuentra el narcisismo patológico, que conduce a una distorsión de la realidad, con pensamientos de grandiosidad, fantasías de tener capacidades ilimitadas, sentirse superior a los demás, e incluso perfecto. Donde se observa una escasa moral en aquello que le satisface, no considerando que se equivoca nunca, motivado únicamente por las recompensas y sin ningún remordimiento por lo que hace, pero ¿qué papel juega la personalidad en el abuso de sustancias?

Esto es precisamente lo que se ha tratado de averiguar con una investigación desde el Departamento de Psicología, Universidad de Mohaghegh Ardabili, junto con el Departamento de Psicología, Universidad de Guilan, y el Departamento de Psicología Clínica, Universidad Allameh Tabataba'i, Teherán, (Irán) (Mowlaie, Abolghasemi, & Aghababaei, 2016). En el estudio participaron doscientos alumnos universitarios, de los cuales el 38,5% eran mujeres, con edades comprendidas entre los 18 a 35 años. A todos ellos se les administró un cuestionario estandarizado para evaluar los niveles de narcisismo patológico a través del Pathological Narcissism Inventory (Pincus et al., 2009); igualmente se evaluó su nivel de adicción al alcohol y otras drogas a través del Addiction Acknowledgment Scale (Weed, Butcher, McKenna, & Ben-Porath, 1992); además se evaluó el autocontrol mediante el Cognitive Self-Control Scale (Grasmick, Tittle, Bursik, & Arneklev, 1993); y por último se administró las escalas BIS/BAS (Carver & White, 1994) para evaluar la sensibilidad a realizar o inhibir comportamientos en busca de recompensa.

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

Aun y con las limitaciones anteriores hay que destacar la complejidad de la conducta de abuso de sustancia, y de cómo están implicadas en ella variables de personalidad, lo que va a dificultar el tratamiento para su desintoxicación. Así el narcisismo patológico va a jugar un papel destacado en el abuso de sustancias, aspecto que se habrá de trabajar si se quiere modificar estas conductas, sabiendo que tratar de cambiar la personalidad conlleva mucho esfuerzo y en la mayoría de los casos pocos resultados.

Tal y como se ha ejemplificado con la investigación anterior, desde el ámbito de la psicología se ha tratado de comprobar si existe algún rasgo de personalidad que “facilite” el que una persona pueda llegar a atentar contra su vida o no; así con respecto a descubrir características de la personalidad determinantes en el caso del suicidio se ha realizado una investigación por parte del Instituto Nacional

de Psiquiatría Ramón de la Fuente junto con el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro (México) (Camarena, Fresán, & Sarmiento, 2014).

En el estudio participaron 233 personas, de las cuales 49 eran pacientes con intentos de suicidio que tenían diagnosticado trastorno por depresión mayor o distimia, excluyendo del estudio a los que tenían cualquier otra patología a la vez; conformando el resto el grupo control con el que comparar. A todos ellos se les evaluó mediante un cuestionario amplio estandarizado de 240 preguntas denominado Temperament and Character Inventory (Garcia, Lester, Cloninger, & Robert Cloninger, 2017). Según la teoría que sustenta este cuestionario, en el Temperamento existe un componente parcialmente hereditario, mientras que la Personalidad se forma por las experiencias sociales y personales del individuo. Este cuestionario evalúa siete dimensiones, cuatro de Temperamento (Búsqueda de la novedad, Evitación del daño, Dependencia de la recompensa y Persistencia); y tres de Personalidad (Autodirección, Cooperación, y Autotranscendencia).

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

Hay que tener en cuenta que entre los “supervivientes” de sus intentos de suicidio, se suelen referir que no intentaban quitarse la vida, si no que era su forma de llamar la atención o quejarse de las circunstancias que vivían. Por eso, en mi opinión se debe de distinguir entre los que lo intentan y los que lo consiguen, pues puede que detrás existan motivaciones totalmente diferentes.

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

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

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

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

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.