



El suicidio: ¿Un asunto de la psicología o de la sociología?

Revisión teórica y propuesta de prevención

Proyecto para Trabajo Fin de Grado Psicología

Universidad de Zaragoza- Campus de Teruel

Facultad Ciencias Sociales y Humanas

Blanca Muñoz Nuez

Director: Santiago Gascón

Introducción

Etimológicamente el término suicidio proviene del latín *sui* (sí) *caedes caedis* (muerte o asesinato), por lo que literalmente se puede traducir como muerte a sí mismo (García de Diego, 1950). La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2003) define el suicidio como la muerte autoinfligida con evidencia (tanto explícita como implícita) de que la persona tenía la intención de morir. En cuanto a las conductas autolesivas, la APA (2003) diferencia entre: intento de suicidio: conducta autolesiva con un resultado no mortal acompañado de la evidencia (tanto explícita como implícita) de que la persona tenía la intención de morir; intento de suicidio abortado: conducta potencialmente autolesiva con la evidencia (tanto explícita como implícita) de que la persona tenía la intención de morir pero paró el intento antes de que el daño físico tuviese lugar; y autolesión deliberada: acto doloroso, destructivo o perjudicial intencionado y autoinfligido sin la intención de morir. Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) define al suicidio como el resultado de un acto deliberadamente emprendido y ejecutado por una persona con pleno conocimiento o previsión de su desenlace fatal y afirma que constituye hoy en día un problema muy importante de salud pública.

A lo largo de la historia, el suicidio ha sido, en unas épocas castigado y perseguido, mientras que en otras ha sido tolerado, manteniendo en las distintas sociedades actitudes enormemente variables (Bobes, González y Saiz, 1997) en función de diversos factores como la religión, la justicia, la cultura, etc. Pérez (2011) afirma que averiguar las causas del rechazo social en el que se ve envuelto el suicidio exige echar la vista tan atrás como nos sea posible y revisar cómo las diferentes culturas han abordado una práctica que se conoce desde el principio de los tiempos.

En el Antiguo Egipto aparece la primera referencia al suicidio de la que se tiene constancia, en un poema titulado *La disputa entre un hombre y su Ba* (alma), fechado en el Imperio Medio, hace unos 4000 años, en el que un hombre se lamenta de la dureza de la vida (Pérez, 2011). Desde el punto de vista de la visión occidental, la cultura grecolatina fue la que sentó las bases del discurso, que se presentó desde el inicio con una concepción dual al respecto (Pérez, 2011). En la Antigüedad Clásica se identificaba claramente un doble rasero de tolerancia y aceptación con respecto al suicidio en las clases altas, y una actitud de condena y desprecio por la muerte voluntaria de los

humildes (Pérez, 2011). Las alusiones de textos griegos y latinos al suicidio tolerado atendían a motivos muy diversos: heroísmo, patriotismo, lealtad, fanatismo, locura o también por decreto, que era un tipo de suicidio promovido por el Senado romano. Se estimaba más la idea de bien morir que el hecho de alargar la vida a toda costa (Pérez, 2011). En cuanto a las ideas filosóficas de estoicos, pitagóricos y epicúreos y, en cierta medida, también platónicos y aristotélicos, forjaron una concepción del suicidio como vía de escape a la condena del sufrimiento ineludible. Sin embargo, la idea de Platón, compartida por Aristóteles al respecto, es que el suicida priva a la sociedad y a la familia del suicida de su potencial como persona, por lo que consideran que, en este sentido, es injusto. No obstante, ambos admiten excepciones (Pérez, 2011). Para los hombres y mujeres libres, la forma de morir era un reflejo del valor otorgado a la propia vida, un recurso al que podían acudir en caso de enfermedad, penuria o deshonor (Pérez, 2011). En la antigua Roma se penaba lo que se entendía como el suicidio irracional, el que no tenía una explicación evidente, y prevalecía la idea de quien no era capaz de cuidar de sí mismo tampoco cuidaría de los demás. Cuando las motivaciones no eran refrenadas por el Estado, se prohibía realizar un funeral con honores de sepultura y la mano derecha era cortada y apartada del cuerpo. Existía, por una parte, el culto al suicidio noble, pero el suicidio era ilegal para los esclavos y soldados de a pie (Pérez, 2011). En la antigua Grecia se les prohibía a los esclavos darse muerte porque eran esenciales para la agricultura y para el mantenimiento de la sociedad. El soldado que se quitaba la vida debilitaba a su ejército, y el civil que se suicidaba privaba al Estado de sus impuestos y sus servicios (Pérez, 2011). Otros pueblos, como los galos, celtas y godos consideraron razonable el suicidio por vejez, por muerte de uno de los esposos, por fallecimiento del jefe o por enfermedad grave (Mansilla, 2010). Por otro lado, en la China anterior a nuestra era se concebía y admiraba el suicidio por lealtad. En Oriente el suicidio ha sido considerado durante mucho tiempo como una práctica elogiada que respetaba la tradición y que regulaba la vida social, puesto que ciertos actos suicidas eran considerados como una sanción autoinfligida por haber quebrantado el orden social (Cirlot, 1998). En tiempos antiguos en el Japón feudal se respetaba el "harakiri", práctica en la que una persona avergonzada compensaba un fallo o el incumplimiento de un deber clavándose una daga. Durante la II Guerra Mundial, los pilotos kamikazes japoneses consideraban como un gran acto de honor el llevar a cabo misiones suicidas de bombardeo estrellando sus aviones contra el objetivo enemigo (Cirlot, 1998). En cambio, en la India el suicidio se practicaba tradicionalmente por motivos litúrgicos o

religiosos. Hasta finales del siglo XIX, el Sati o suttee era una práctica habitual que consistía en la autoincineración de una mujer viuda en la pira funeraria del cadáver de su marido (Cirlot, 1998), esto provocaba hasta 600 suicidios de viudas al año en el siglo XIX. Desde la literatura clásica, el suicidio se ha utilizado siempre como recurso capaz de convertir a los hombres en héroes y a los héroes en dioses (Pérez, 2011).

El Antiguo Testamento, que junto con la tradición del Derecho Romano es uno de los referentes básicos en la construcción de la moralidad occidental, recoge repetidas referencias a suicidios, pero no lo condena en ningún pasaje (Pérez, 2011). La condena religiosa se inicia con los padres de la iglesia. Culminando esta idea con el pensamiento de San Agustín, considerando el suicidio como un pecado equivalente al homicidio (McDonald, 2001) pero dejando abierta la puerta para la muerte en la guerra y para las ejecuciones autorizadas por el poder político (Pérez, 2011). En el concilio de Arlés, celebrado en 452, se registra por primera vez la condena oficial del suicidio. Y en el concilio de Toledo (693), se decreta la excomunión de los suicidas. Con esas regulaciones se inicia una larga historia de profanaciones del cuerpo y escarnio de la memoria de los suicidas (Corpas, 2011).

En cuanto a las sanciones contra el suicidio, desaparecieron del código penal francés en 1971, mientras que en muchos países europeos, la criminalización del suicidio continuó hasta finales del siglo XX. Hasta 1961, el castigo en Inglaterra era de dos años de prisión para los que habían intentado darse muerte, de modo que hasta esa fecha, los suicidas fallidos que despertaban en el hospital solían encontrarse a la policía junto a su lecho, esperando tomarles declaración. En Canadá hasta 1972 cualquier intento de suicidio podía ser condenado con la cárcel. En Irlanda, no se despenalizó hasta 1993; en la India, en el año 1994; en Sri Lanka, en 1998; y en países como Singapur o el Líbano, por ejemplo, aún es un delito condenado hasta con un año de cárcel. El suicidio sigue siendo ilegal en otros muchos lugares (Pérez, 2011)

Desde principios del siglo XX, un renovado código de Derecho Canónico declaraba que se debe denegar el entierro a aquellos que “de manera plenamente deliberada se hayan suicidado”. En la versión más reciente del Catecismo de la iglesia Católica, todas las formas de suicidio y eutanasia permanecen estrictamente prohibidas, aunque algunas cuestiones referentes a la culpabilidad moral y a la salvación eterna se dejan abiertas y se suavizan los términos de la condena (Pérez, 2011).

Así se puede ver, como la valoración que se ha realizado de este fenómeno a lo largo de la historia ha ido cambiando. Todo ello ha hecho que en algunas sociedades

exista cierto oscurantismo y tabú, que ha estigmatizado a las personas que cometían este acto o tenían intención de cometerlo, así como a sus familiares y allegados, muchas veces propiciado por la religión, la época y la cultura en la que se encontraba. Este es el caso de España en el que se ha ido formando una imagen determinada, en la mayoría de los casos negativa, que ha dado lugar a una profunda estigmatización y rechazo que ha rodeado implacable al tema del suicidio, por ello se ha convertido en nuestros días en un tema controvertido y difícil de tratar en nuestro país, donde sigue siendo un tema tabú para la mayoría de la población. Esto ocurre así según Mansilla (2010) porque no hemos sido educados en la idea de la muerte, incluso cuando se trata de un fallecimiento por causas naturales, y porque las creencias religiosas predominantes en el sur de Europa siempre lo han considerado una conducta reprochable.

Actualmente, el suicidio en España no está penado aunque sí lo está en otros países donde se considera a la persona como un bien o propiedad del Estado. Lo que sí está castigado según la Ley Orgánica del 24 de noviembre (1995) sobre el artículo 143 del Código penal se establecen las consecuencias penales de la inducción al suicidio (pto. 1), la cooperación al suicidio (ptos. 2 y 3) y la llamada eutanasia activa directa (pto. 4): 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.

Desde el punto de vista de la etiología, se puede decir que el suicidio es un problema complejo, para el cual no existe una sola causa ni una sola razón. Existe acuerdo en que se trata de una interacción de factores personales, biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales. Pero es difícil explicar por qué algunas personas deciden poner fin a su vida, mientras otras en una situación similar o incluso peor, no lo hacen (OMS, 2000). Estos factores pueden actuar como factores de riesgo o de protección dependiendo si existe un incremento o disminución,

respectivamente, en el riesgo de suicidarse. El siguiente esquema presenta la clasificación de los factores de riesgo y de protección asociados al suicidio:

Tabla 1. Esquema de los factores de riesgo y de protección (Anseán, 2014).

FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN INDIVIDUALES	FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN SOCIOSITUACIONALES
<p>Factores de riesgo y de protección personales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Orientación sexual • Nivel educativo y cultural • Tatuajes <p>Factores de riesgo y de protección clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad mental • Intentos de suicidio previos • Uso de servicios médicos • Acontecimientos vitales estresantes • Abuso sexual infantil • Factores psicológicos y emocionales • Desesperanza • Insatisfacción • Rasgos de personalidad • Capacidad de resolución de problemas • Capacidad de resolución de problemas de la vida social • Autocontrol y capacidad de afrontamiento • Enfermedad médica <p>Factores de riesgo y de protección biológicos y genéticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo biológicos • Factores de riesgo genéticos 	<p>Factores de riesgo y de protección sociofamiliares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Red social de apoyo • Relaciones familiares • Hijos • Aborto • Clase social • Etnia e inmigración • Religiosidad, espiritualidad y objeciones morales al suicidio <p>Factores de riesgo y de protección situacionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situación laboral • Profesión • Estado civil • Institucionalización <p>Factores de riesgo y de protección contextuales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medio rural o urbano • Ubicación geográfica • Clima • Contexto social suicida • Suicidios colectivos. Pactos suicidas • Suicidio ampliado (suicidio-homicidio) • Modelos suicidas e imitación. Suicidio epidémico • Guerras • Crisis económica o social e industrialización • Régimen político

Aunque las causas del acto suicida son múltiples, se ha intentado explicar desde diferentes postulados teóricos, lo que ha establecido distintos modelos etiológicos que han tratado de explicar el suicidio (Maris, Berman y Silverman, 2000): etiología biológica, etiología genética, etiología psicológica, etiología psiquiátrica y etiología sociológica.

Desde el punto de vista biológico, se pone de manifiesto que las personas que parecen tener cierta vulnerabilidad hacia el suicidio presentan un descenso en los niveles de serotonina en el cerebro. En concreto se han detectado niveles bajos de un metabolito de serotonina, el 5HIAA (ácido 5 hidroxindoleacético) en el líquido cefalorraquídeo en individuos con potencial de riesgo de suicidio (Musshoff, Menting y Madea, 2004). Las conductas suicidas han sido relacionadas con otros hallazgos bioquímicos como: la excesiva actividad del sistema noradrenérgico, (Van Heeringen, 2003), la Hiperactividad del eje hipotálamo- hipofiso- suprarrenal (Gmitrowicz y Kolodziej- Maciejewska, 2001), la hipocolesterolemia con altos niveles de cortisol sérico (controversias y datos contradictorios al respecto) (Vevera, 2006). Datos recientes muestran como los porcentajes reducidos de ácido docosahexaenoico y bajas

proporciones de Omega 3 en el perfil lipídico predicen riesgo suicida entre pacientes deprimidos (Sublette et al., 2006).

Por otro lado, el modelo que explica el suicidio por causas genéticas establece que se ha comprobado a través de estudios familiares, de gemelos y de adopción la influencia de la herencia poligénica. El modelo poligénico o multifactorial de la propensión genética a la conducta suicida se presenta como la interacción de los genes y el medio ambiente (Balazic y Marusic, 2005). También existen diferentes estudios que han mostrado que el riesgo de suicidio es más elevado en los individuos con antecedentes familiares de suicidio (Fu. et al., 2002). Además se ha afirmado que la tendencia suicida se decide en una zona del cromosoma 2 (Willour et al., 2007). Aunque hay evidencia de factores genéticos que contribuyen al riesgo de conducta suicida, esto no significa que la conducta suicida es inevitable para los individuos con historial familiar; simplemente significa que tales personas pueden ser más proclives (Mansilla, 2010).

Desde el punto de vista psicológico existen diferentes estudios que atribuyen el suicidio a causas psicológicas. En el estudio realizado por O'Connor y Nock (2014) destacan la importancia de los factores psicológicos y afirman que la personalidad, las diferencias individuales, los factores cognitivos, los aspectos sociales y los eventos negativos de la vida son los principales contribuyentes a la conducta suicida. Se han estudiado algunos rasgos característicos que pueden presentar tendencias suicidas como: la tendencia al aislamiento social, la presencia de una baja autoestima, baja autoeficacia, pobre autoconcepto, sentimientos de abandono y desesperanza, visión negativa de sí mismo y su entorno, niveles elevados de impulsividad. Los rasgos de personalidad más frecuentes en los adolescentes suicidas son hostilidad, impulsividad, rabia y baja tolerancia a la frustración (Vallejo, 2005). En otro estudio, se afirma que existen múltiples factores que aumentan el riesgo de suicidio a lo largo de las diferentes etapas de la vida, como pueden ser el abuso infantil, la muerte de los padres, el abuso de sustancias y las experiencias de vida traumáticas en la vejez, como el aislamiento social y las preocupaciones relacionadas con la salud (Draper, 2014). Otros autores han explicado la conducta suicida con el modelo estresor-diátesis. En este modelo los estresores (eventos vitales, dificultades financieras, pérdidas afectivas, enfermedad depresiva) son los precipitantes observables del acto suicida. La diátesis o vulnerabilidad se caracteriza por la tendencia al pesimismo y la desesperanza y la presencia de agresividad o impulsividad (Oquendo et al., 2004).

Para algunos autores, el suicidio es un concomitante multidimensional de los diagnósticos psiquiátricos, especialmente los trastornos del estado de ánimo, y es complejo, tanto en su causalidad como en el tratamiento de las personas en riesgo (Maris, 2002). Diversos estudios han confirmado que el 90% de las personas que cometen un suicidio y un porcentaje elevado de las personas que realizan un intento y de las que tienen pensamientos suicidas tienen algún tipo de trastorno psicopatológico (Mann, 2005), por lo general no diagnosticado, o abusa del alcohol u otras drogas. Los trastornos mentales que se asocian con un mayor riesgo suicida son: depresión (todas sus formas), trastornos de personalidad (personalidad antisocial y limítrofe), esquizofrenia, además de las personas que abusan del alcohol y otras drogas (OMS, 2000).

Por otra parte, desde la perspectiva sociológica se explica el suicidio debido a causas relacionadas con el entorno. Algunas de estas causas que aumenta el riesgo de suicidio pueden ser el género, la edad, la raza/ etnia, la religión, etc. En cuanto al género la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) afirma que la frecuencia del suicidio entre varones es mayor que entre las mujeres, proporción que se mantiene estable en todos los grupos de edad. Sin embargo, los intentos de suicidio son mucho más frecuentes entre las mujeres (principalmente mediante intoxicaciones medicamentosas) que entre los hombres. La única excepción a esta regla se halla en la China rural, donde el suicidio femenino es ligeramente superior al masculino, circunstancia relacionada con la opresión y la discriminación a las que están sometidas las mujeres chinas (Pérez, 2011). Según un estudio realizado por Draper (2014) las tasas de suicidio aumentan con la edad. A pesar de una disminución general de las tasas de suicidio en la vejez en los últimos 30 años, las personas mayores tienen las tasas más altas de suicidio en la mayoría de los países. Por el contrario, el comportamiento suicida no mortal disminuye con la edad y se asemeja más a los grupos de edad más jóvenes. Por otra parte, la frecuencia de suicidios es más alta en varones de raza blanca, siendo las tasas menores en varones de raza negra y en blancos de origen hispano (Rockett et al., 2010). Una de las razones por las que aparecen estos resultados podría ser la falta de datos estadísticos en algunos de los países en los que se encuentra un mayor predominio de estas razas. Por otro lado, los datos estadísticos del suicidio están mediatizados por variables (Mansilla, 2010), que en ocasiones, pueden llegar a encubrir las verdaderas muertes por suicidio. En cuanto a la religión, se ha comprobado mediante un estudio que las personas religiosas cometen menos suicidios que las personas que son ateas (Giner et

al., 2013). En general, las religiones consideran la vida como algo sagrado y el suicidio suele estar considerado como un acto indeseable, por ello las personas religiosas presentan una menor tasa de suicidio frente a las personas que se consideran no religiosas (Corpas, 2011). Los diferentes tipos de estado civil se asocian con elevada/disminución en el riesgo de suicidio (Roskar et al., 2010). Los hombres que están solteros, divorciados o viudos tienen un mayor riesgo de suicidio que los que están casados. Mientras que en las mujeres ese riesgo es menor (Fukuchi et al., 2013). Los hombres que muestran un aumento o estabilidad en las tendencias suicidas están más afectados por las experiencias estresantes, los sentimientos de pérdida y la soledad, etc. Además tanto hombres como mujeres que tienen riesgo de suicidio son más propensos a informar de diferentes enfermedades mentales y físicas (Kolves, Ide y De Leo, 2012). Diferentes estudios han comprobado que el apoyo social, sobre todo a partir del matrimonio, puede amortiguar el impacto negativo de los acontecimientos estresantes y las condiciones de salud crónicas (Elliott, Charyton, Sprangers, Lu y Moore, 2011). Desde el punto de vista del nivel educativo, se puede afirmar que a mayor nivel educativo menos intentos de suicidio, ya que es un factor importante a la hora de encontrar trabajo, variable que también influye en el acto suicida (Corpas, 2011). Varios estudios han encontrado un mayor riesgo de suicidio entre los desempleados. Algunas personas pueden ser más propensas a tanto desempleo y suicidio debido a un factor relacionado con la salud subyacente (Lundin, Lundberg, Allebeck y Hemmingsson, 2012). En cuanto, al status social, se puede observar un mayor riesgo de suicidio en las personas que experimentan una pérdida de status social y se pueden desencadenar problemas psicológicos (Ruiz y Orly, 2006). Las personas que pertenecen a familias desestructuradas presentan más riesgo (Corpas, 2011). Por otro lado, profesiones como la de los psiquiatras, médicos y anestesiólogos tienen un riesgo mayor de suicidio. Esto puede deberse a problema por depresión, la disponibilidad de un método de suicidio (drogas), enfermedad física, el síndrome de burn-out, dificultades interpersonales, etc., esto puede constituir un factor de riesgo (Paraschakis y Michopoulos, 2013). Para terminar, se conoce que los inmigrantes pueden experimentar varias consecuencias negativas como resultado de la migración como es la discriminación, las condiciones económicas insatisfactorias, el rechazo de los países de acogida, etc. Estos factores negativos pueden contribuir a la enfermedad y la vulnerabilidad psiquiátrica y con ello a un mayor riesgo de suicidio en esta población (Pompili, 2013).

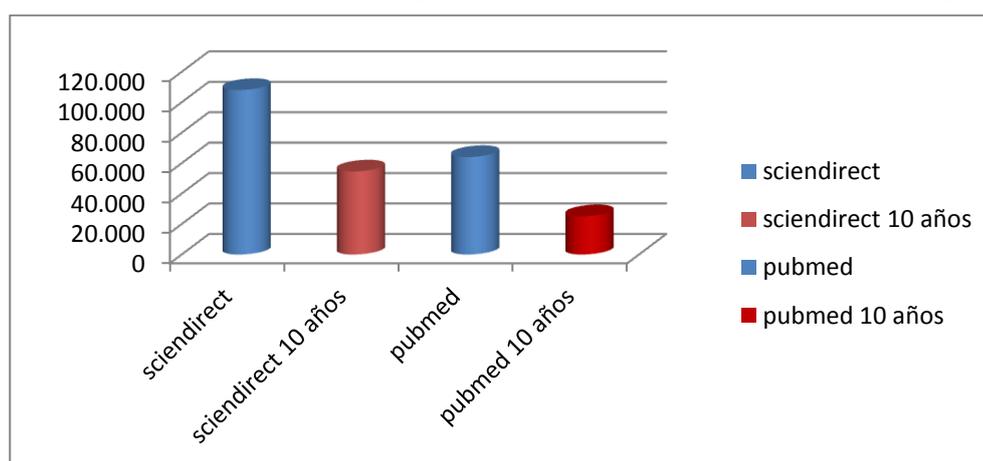
Metodología

El objetivo que se pretende conseguir con esta revisión es conocer a grandes rasgos la temática de un problema grave de salud pública que azota al mundo desde hace millones de años y exponer las variables más importantes que nos encontramos en los artículos científicos publicados sobre este tema en los últimos 15 años, así como algunas de las medidas que se toman para solucionarlo en el mundo y especialmente, en España, que contribuyan a prevenir y a paliar este problema.

Para ello se han consultado diferentes bases de datos según la información que se quería buscar. La base de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) ha sido necesaria para buscar información acerca de las cifras de suicidio en España. Asimismo, se han utilizado las páginas de sciencedirect, pubmed y psycinfo para buscar diferentes artículos relacionados con el suicidio y su prevención. Además, se han analizado diversas publicaciones a la hora de complementar información acerca de la historia del suicidio y otras variables.

Cuando se introduce la palabra suicidio en la base de datos se encuentran unos 108.045 (sciencedirect) y 64.025 (pubmed) artículos relacionados con este tema. Si está búsqueda de artículos científicos del suicidio la acotamos a los últimos 10 años aparecen unos 54.571 (sciencedirect) y 25.133 (pubmed).

Gráfico 1. Publicaciones sobre suicidio en general y en los últimos 10 años (sciencedirect y pubmed).

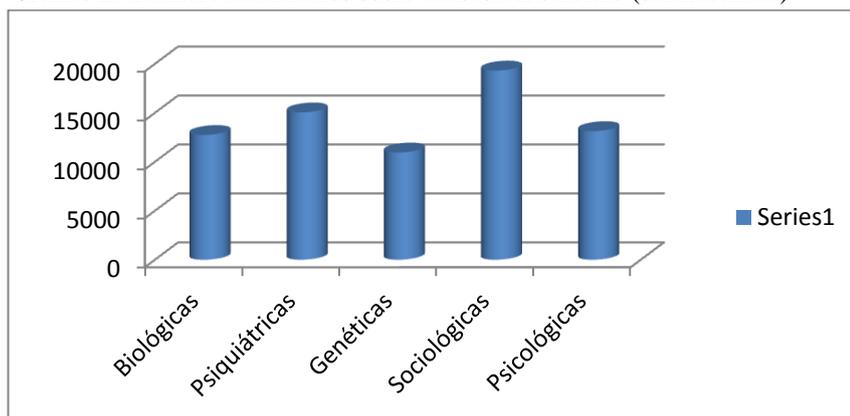


Del total de todos esos artículos los que se refieren a causas biológicas son 12.740 (sciencedirect) y 122 (pubmed), de causas psiquiátricas aparecen 15.044 (sciencedirect) y 910 (pubmed), si son causas genéticas aparecen 10.955 (sciencedirect) y 100 (pubmed), si son causas sociológicas se encuentran 19.318 (sciencedirect) y 431

(pubmed) y por último, si queremos buscar cuántos artículos sobre el suicidio se relacionan con causas psicológicas aparecen 13.138 (sciencedirect) y 255 (pubmed).

Sin embargo, cuando se habla de los artículos relacionados con la prevención del suicidio, encontramos 20.493 (sciencedirect) y 6.340 (pubmed) en total, y en España, 1.784 (sciencedirect) y 55 (pubmed).

Gráfico 2. Número de artículos sobre causas del suicidio (sciencedirect)



Por otro lado, para poder prevenir el suicidio es necesario conocer su prevalencia, además de sus posibles causas etiológicas (Giner y Guija, 2014). Epidemiológicamente hablando, el suicidio se considera un problema importante de salud pública y una de las principales causas de muerte en el mundo con más de un millón de muertes por suicidio al año, y esta cifra va en aumento (Hoven, Wasserman, Wasserman y Mandell, 2009). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que este problema aumentará y que para el año 2020 un millón y medio de personas aproximadamente cometerán suicidio, y por cada suicidio habrá 10 veces más que lo intenten (Hoven, Mandell y Bertolote, 2010).

En España, las tasas de suicidio son la primera causa de muerte no natural (Morera et al., 2014). En el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2014) se hacen públicas las Estadísticas de Defunciones por causas de muerte de 2012, entre las que se encuentran los suicidios. Los resultados provenientes de las muertes por suicidio en nuestro país asciende en 2012 a la cifra récord de 3.539 suicidios, de los cuales 2.724 fueron cometidos por hombres (77,0%) y 815 fueron cometidos por mujeres (23,0%). Llegando a casi 10 suicidios al día en la última recogida de datos del INE efectuada por el momento. Por otro lado, aunque el INE no posee datos de los intentos de suicidio

actualizados, en casi todos los países del mundo, aunque haya en torno al triple de suicidios masculinos las mujeres intentan suicidarse el triple que los hombres (Anseán, 2014). Esto se debe a que los hombres usan métodos para suicidarse más mortíferos que las mujeres (Pérez, 2011).

Los suicidios respecto al año 2011 se han incrementado con 359 muertes en total (un 11,3%), siendo de 289 hombres y 70 mujeres más que en el 2012. De hecho, el suicidio es la primera causa externa de muerte en España, duplicando casi las muertes por accidente de tráfico o siendo 68 veces mayor que las producidas por la violencia de género. En relación con el aumento del suicidio sobre los accidentes de tráfico se debe en parte a la drástica reducción de las muertes por accidentes de tráfico, que poseen intensas políticas de prevención, de las que carece el suicidio (INE, 2014; Anseán, 2014). En el siguiente gráfico se pueden comprobar el número de muertes por causas externas:

Gráfico 3. Número de muertes por causas externas en España. Año 2012 (INE, 2014).

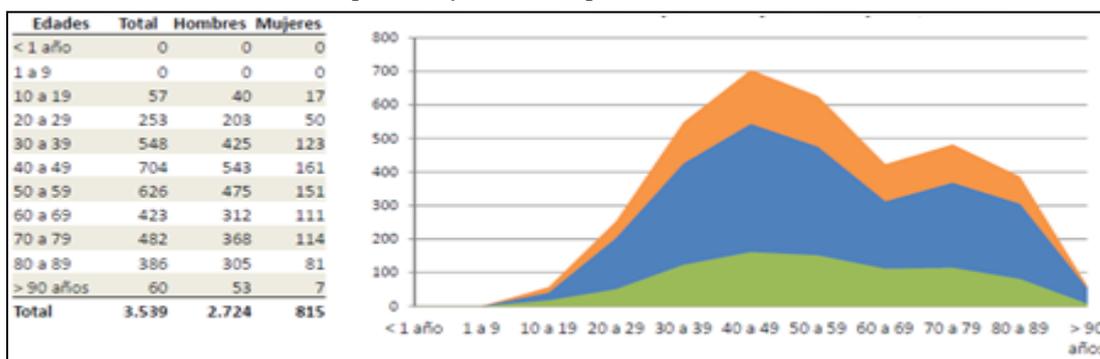


Un aumento en las tasas de suicidio se ha asociado con los períodos de crisis económica, sin embargo, un estudio realizado por Morera et al. (2014) ha comprobado que durante la crisis económica española no aparece un aumento significativo en la tasa de suicidios. Aunque según un estudio, en España los datos son discrepantes, existiendo estudios que postulan asociación entre crisis económica e incremento del número de suicidios. Las razones de tales discrepancias no son claras y algunos autores se plantean las posibles causas de esto (Sáiz y Bobes, 2014). En el mismo estudio de Sáiz y Bobes (2014) se comprueba que utilizando como indicador de crisis el número anual de

desempleados, no se encuentra asociación entre dicho indicador y el número anual de suicidios. Sin embargo, cuando se compara la variación anual en el número de desempleados (que podría ser un indicador más específico de las personas que pierden su empleo en un período concreto) con la variación anual del número de suicidios sí se encuentra asociación entre ambos; estimándose que cada 10% de crecimiento anual en el desempleo se incrementa un 1,25% el número de suicidios en el período previo a la crisis (1998-2007), siendo el aumento similar (1.22%) tras el comienzo de la misma (período 2008–2012).

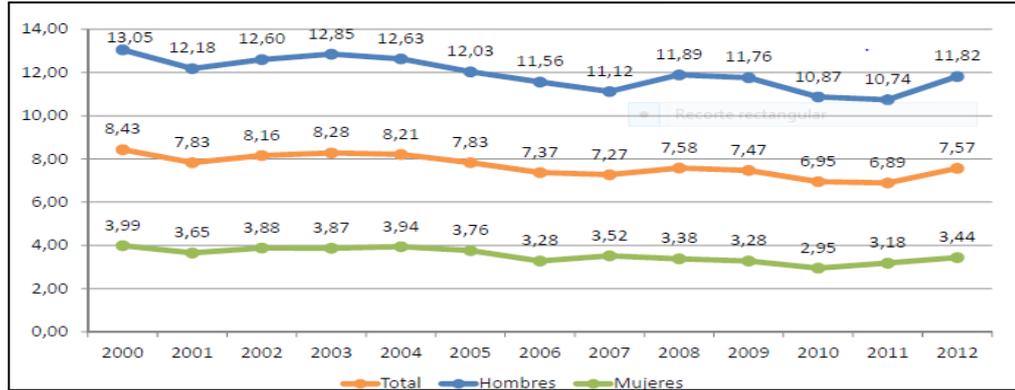
El riesgo de suicidio aumenta con la edad. Aunque en números absolutos, el mayor número de muertes por suicidio se produce entre los 40 y 49 años, en términos relativos expresados en tasas por 100.000 habitantes los suicidios son más del doble en edades avanzadas. En el caso de los hombres, el riesgo de suicidio llega a ser más de 4 veces mayor en estas edades (INE, 2014; Anseán, 2014). Sin embargo, a pesar de estos datos, la tasas entre la población joven han ido en aumento hasta tal punto que ahora son el grupo de más riesgo en un tercio de los países del mundo (Pérez, 2011). En la siguiente gráfica se puede observar el número de suicidios por sexo y edad en el 2012:

Gráfico 4. Número de suicidios por sexo y edad en España. Año 2012 (INE, 2014)



Las tasas son las que nos permiten comparar datos ajustados a la población de cada momento. Así, aunque se registra un aumento en el número de suicidios desde el año 2000, las tasas han disminuido un 9,4% desde entonces (un 12,1% en hombres y un 13,8% en mujeres). Las tasas de 2012 son similares a las de 2008 (INE, 2014; Anseán, 2014). Estos datos se pueden observar en la siguiente gráfica:

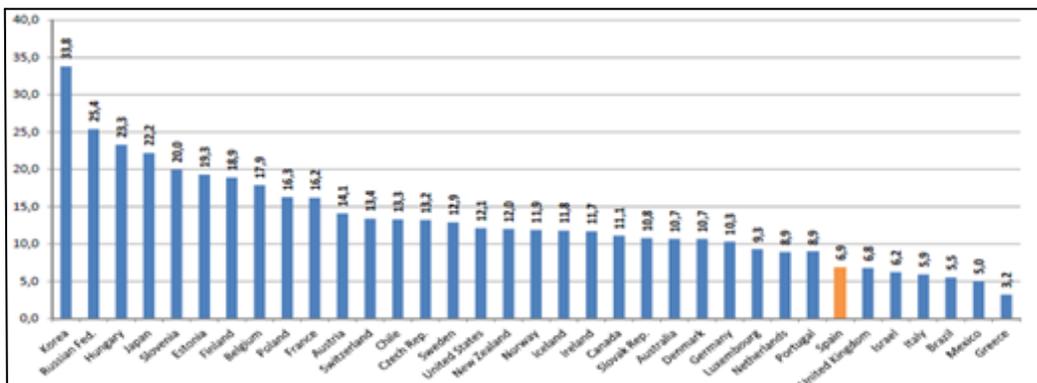
Gráfico 5. Tasas de suicidio por 100.000 habitantes y sexo en España. Años 2000-2012 (INE, 2014)



En cuanto a los métodos utilizados y más destacados entre hombres y mujeres se encuentra que 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 es en la ingesta de fármacos, mucho más usado por las mujeres y las armas de fuego, más usado por hombres (INE, 2014; Anseán, 2014).

A nivel nacional y comparando las distintas comunidades autónomas, Andalucía, Cataluña y la Comunidad Valenciana acaparan casi la mitad de los suicidios de España. La Comunidad de Madrid, con 6,5 millones de habitantes, registra 127 suicidios (INE, 2014; Anseán, 2014). Comparada internacionalmente y pese a todo, España posee una de las tasas de suicidio más bajas de los países desarrollados (2009, último año del que se disponen datos de todos los países de la OCDE), aproximadamente la mitad de la media de países de su entorno y muy lejos de países como Corea, Japón o países del este de Europa que triplican y hasta quintuplican las tasas españolas (Anseán, 2014). En la siguiente tabla se puede observar en que puesto queda España a nivel internacional:

Gráfico 6. Tasas de suicidios por 100.000 habitantes en los países de la OCDE. Año 2009 (Anseán, 2014).



Propuesta de un Programa de prevención en España

Investigaciones recientes indican que la prevención del suicidio, si bien es posible, comprende una serie de actividades y estrategias que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de jóvenes y niños y el tratamiento eficaz de trastornos mentales, hasta el control medioambiental de los factores de riesgo (OMS, 2000). Para ello, se tienen que conocer qué factores de riesgo y de protección pueden ser modificados, como también qué grupos de personas son los más apropiados para la intervención preventiva (Public Health Service, 2001). Estas actividades y estrategias también deberían incluir la detección óptima, el manejo de la depresión y de los individuos de alto riesgo (Draper, 2014), la restricción de acceso a métodos suicidas, aplicar diferentes formas de terapia cognitiva y conductual (O'Connor y Nock, 2014), etc., ya que se puede reducir el comportamiento suicida. Además la difusión apropiada de información y una campaña de sensibilización del problema son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención (OMS, 2000). Es muy importante que las estrategias para la prevención del suicidio se enfoquen de múltiples maneras ya que el suicidio es un problema complejo y multifactorial (Draper, 2014), y deben aplicarse en conjunto para lograr efectividad. El mejor abordaje es un enfoque multidisciplinario, y a la vez desde un plano individual y de salud pública (Mansilla, 2010).

En el ámbito de la Salud Mental, se requiere poner mayor atención entre las personas que presenten riesgo de suicidio, conociendo y detectando a tiempo las señales de alarma, también ofreciendo ayuda psicológica a los familiares y respondiendo a cualquier duda que tengan en el caso que sea necesario. Atendiendo a personas con depresión, especialmente a quienes muestran el componente de “desesperanza” y a las personas que ya han intentado suicidarse, ya que la existencia de antecedentes personales de tentativa de suicidio, es uno de los factores de riesgo que predice con más claridad la posibilidad de un futuro suicidio consumado (Oquendo, Baca- García, Mann y Giner, 2008). Además de impartir programas preventivos a poblaciones específicas y conocer los trastornos mentales que presentan más riesgo de suicidio como son la depresión, esquizofrenia, los trastornos de personalidad, así como también, las personas que abusan del alcohol y otras drogas (OMS, 2000). Hay que diagnosticar, dar tratamiento y un seguimiento adecuado a las personas con trastorno mental, ya que el reconocimiento y la intervención precoz de los trastornos y de abuso de sustancias es

una forma eficaz de prevenir el suicidio y la conducta suicida (Mansilla, 2010). Aunque se ha comprobado que la mayoría de los que cometen suicidio presentan un trastorno mental, gran parte de ellos no visitan a un profesional en salud mental, incluso en países desarrollados (OMS, 2000). Además, la mayoría de las personas que presentan pensamientos y conductas suicidas no reciben tratamiento (O'Connor y Nock, 2014).

Para que todo esto sea posible, es muy importante, añadir programas de formación a los profesionales de la salud mental en general y a los profesionales de atención primaria especialmente, para que tengan mayor conocimiento sobre el tema, ya que se ha comprobado que es útil a la hora de reducir la tasa de suicidio (Sáiz y Bobes, 2014). Además se encuentran cambios positivos estadísticamente significativos entre los que reciben formación y los niveles de competencia que adquieren, ya que se perciben más conscientes del problema y más competentes en la gestión de riesgo de suicidio (Wai-chi, Chien y Tso, 2009). Pero no sólo hay que formar a los profesionales de la salud como psicólogos, psiquiatras, etc. también hay que proporcionar pautas prácticas de actuación a educadores, familias y cuidadores (Anseán, 2014). Ya que entre todos puede resultar más fácil encontrar y avisar si aparece alguna señal en la persona de riesgo de suicidio. Por tanto, cualquier persona puede ayudar a la prevención del mismo (Mansilla, 2010). Hay que difundir información veraz, científica, disminuyendo el oscurantismo y el estigma asociados históricamente al suicidio (Anseán, 2014).

Desde la Salud Pública se pueden realizar campañas de salud mental, realizar programas específicos de prevención del suicidio y evitar la estigmatización de la conducta suicida, controlar el acceso a los medios para cometer suicidio, etc. Otra forma, es apoyando a los medios de comunicación para que la información se adecue a la prevención, formando a los periodistas en el manejo de la información de la conducta suicida, ya que los medios de comunicación pueden jugar un papel proactivo en ayuda a prevenir el suicidio (Mansilla, 2010). Por otra parte, exponer que en los últimos años han aumentado los suicidios por acoso escolar y en el trabajo. Y aunque hay que seguir investigando y diseñando medidas preventivas efectivas, con este aumento, se ha ampliado la base de conocimientos científicos pertinentes para los profesionales que tratan a los jóvenes, la investigación de sus problemas y las políticas subyacentes (Vessey, DiFazio y Strout, 2013) para tratar de reducir este fenómeno. Según el estudio de Matsubayashi y Ueda (2011) se ha comprobado que las tasas globales de suicidio disminuyen después de la introducción de programas de prevención de suicidio.

Discusión

Existe un problema mundial, a la hora de realizar análisis de los datos estadísticos sobre los suicidios ya que muchas veces están mediatizados por variables como son los prejuicios familiares y religiosos, las cuestiones políticas, los hábitos culturales, etc. También, influye la manera en la que se registran las defunciones de todo tipo que varía enormemente de un país a otro, lo que hace difícil comparar las tasas de suicidio de los diferentes países, incluso hay países que no realizan estadísticas sobre el suicidio como son los países subdesarrollados. Aunque los países tengan criterios uniformes, la aplicación de los criterios puede variar considerablemente. También dentro de un mismo país, las tasas de suicidio informadas pueden variar según la fuente de los datos sea la: Organización Mundial de la Salud, los Ministerios de Sanidad u otras instituciones (Mansilla, 2010). En el estudio de Giner y Guija (2014) se comprobó una discrepancia entre los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) y los datos de los organismos encargados de la realización de autopsias médico- legales en España (Institutos de la Medicina Legal (IML)) sobre el número de suicidios, sin que ninguna de las fuentes consultadas pueda considerarse más fiable. Por estas razones, el número de suicidios es a menudo subestimado y no se llegan a conocer las cifras verdaderas de muertes por suicidio, por tanto es un problema que hay que mejorar y trabajar para solucionarlo.

Por otro lado, se ha comprobado según un estudio que es necesario diseñar medidas de prevención efectivas en España, ya que, aunque la comunidad científica y las sociedades profesionales de nuestro país están sensibilizadas con el problema, tal y como demuestra el número creciente de publicaciones sobre «suicidio» y «comportamientos suicidas» en revistas de impacto, en las que participan autores españoles, etc., dicha sensibilización no parece dar solución al problema. Además, actualmente no existe en España un plan estatal de prevención del suicidio, como tal y, hasta ahora, solo se han desarrollado algunas iniciativas locales, enmarcadas en muchas ocasiones dentro de proyectos europeos específicos (Sáiz y Bobes, 2014).

Por último, saber que es necesario realizar mayores investigaciones sobre los fármacos que se utilizan, ya que se tiene desconocimiento acerca del potencial antisuicida de la mayoría de los fármacos que habitualmente manejamos, siendo necesaria la realización de ensayos clínicos con un diseño adecuado para testar dicho efecto (Sáiz y Bobes, 2014).

Conclusiones

La historia del suicidio explica muy bien como se ha ido formando la mentalidad que actualmente se tiene en el mundo y en las diferentes sociedades.

El suicidio se ha convertido en un problema grave y creciente de salud pública en muchos países, y por ello, requiere nuestra atención, pero desgraciadamente su prevención y control no son tarea fácil (OMS, 2000). Este tema es complejo, para el cual no existe una sola causa ni una sola razón. Existe acuerdo en que se trata de una interacción de factores personales, biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales (OMS, 2000). Estos factores pueden actuar como factores de riesgo o de protección dependiendo si existe un incremento o disminución, respectivamente, en el riesgo de suicidarse.

A pesar de que se incide en la importancia de las causas sociales, la asociación de la crisis económica con el aumento en las tasas de suicidio de nuestro país, no existen resultados estadísticamente significativos, siendo los períodos previos a la crisis similares tras el comienzo de esta (Sáiz y Bobes, 2014).

Para poder prevenir el suicidio es necesario conocer su prevalencia, además de sus posibles causas etiológicas (Giner y Guija, 2014). El suicidio es una de las principales causas de muerte en el mundo con más de un millón de muertes por suicidio al año (Hoven, Wasserman, Wasserman y Mandell, 2009), y en España, los resultados provenientes de las muertes por suicidio en nuestro país asciende en 2012 a la cifra récord de 3.539 suicidios (INE, 2014).

La prevención es compleja y hay que enfocarla de múltiples maneras, formando a los profesionales de la salud mental (psicólogos, psiquiatras, etc.), enseñando ciertas pautas a educadores, familia, etc., diseñando campañas de sensibilización, conociendo las variables que representan un mayor riesgo de suicidio, etc. El papel de los psicólogos en la prevención del suicidio es, entre otras cosas, atender a personas con depresión, especialmente a quienes muestran el componente de “desesperanza” y a las personas que ya han intentado suicidarse, ya que la existencia de antecedentes personales de tentativa de suicidio, es uno de los factores de riesgo que predice con más claridad la posibilidad de un futuro suicidio consumado (Oquendo, Baca- García, Mann y Giner, 2008).

Hay que tener en cuenta, la importancia que presenta el personal de atención primaria en la prevención de suicidio. Ya que se ha comprobado que aunque la mayoría de las personas que cometen suicidio tienen un trastorno mental, estos no estaban diagnosticadas porque no habían acudido a ningún profesional de la salud mental, incluso en los países desarrollados (OMS, 2000). Y ahí, es donde entra la actuación del personal de atención primaria, ya que tiene un prolongado y estrecho contacto con la comunidad, es bien aceptado por las personas de la localidad, es con frecuencia la fuente primaria de atención médica y es a menudo la puerta de entrada a los servicios de salud para aquellas personas afligidas. Por tanto en un futuro se debería facultar al personal de atención médica primaria para identificar, evaluar, manejar y remitir al suicida en la comunidad, y así, proporcionar un vínculo vital entre esta y el sistema de atención médica (OMS, 2000).

Como ya se ha visto a lo largo de la revisión, actualmente se dispone de mayor información sobre el suicidio y se han llevado a cabo muchas investigaciones al respecto, sin embargo el suicidio sigue representando un grave problema de Salud Pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo (Hoven, Wasserman, Wasserman y Mandell, 2009) y en España se presenta como la primera causa de muerte no natural (Morera et al., 2014). Por tanto es necesario tomar las medidas necesarias para pararlo o al menos reducirlo. Este problema complejo y multifactorial puede ir disminuyendo con el tiempo, investigando más sobre los factores de riesgo y de protección (Public Health Service, 2001) que ayuden a los profesionales a diseñar diferentes programas de prevención y de intervención que sean adecuados para cada país.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA, 2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am.J.Psychiatry*, 160, 1-60.
- Anseán, A. (2014). Suicidios España- Estadísticas INE 2014. Recuperado el 20 de octubre de 2014, de www.alansaludmental.com
- Anseán, A. (2014). Suicidio: Qué sabemos, cómo podemos prevenirlo. Recuperado el 22 de octubre de 2014, de www.alansaludmental.com
- Balazic, J. & Marusic, A. (2005). The completed suicide as interplay of genes and environment. *Forensic science international*, 147, 1-3.
- Bobes, J., González, J. y Saiz, P. A. (1997). *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. *Psiquiatría Médica*. Barcelona: Masson.
- Cirlot, J. E. (1998). *Diccionario de símbolos*. Madrid: Siruela.
- Corpas, J. M. (2011). Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias. *Gazeta de Antropología*, 27, artículo 33.
- Draper, B. M. (2014). Suicidal behaviour and suicide prevention in later life. *Maturitas*, 79, 179- 183.
- Elliott, J. O., Charyton, C., Sprangers, P., Lu, B. & Moore, J. L. (2011). The impact of marriage and social support on persons with active epilepsy. *Epilepsy & Behaviour*, 20, 533- 538.
- Federación Mundial de la Salud Mental (WFMH) (2006). Día Mundial de la Salud Mental 2006. Recuperado el 10 de noviembre de 2014, de www.wfmh.org.
- Fu, Q., Heath, A. C., Bucholz, K. K., Nelson, E. C., Glowinski, A. L., Goldberg, J., Lyons, M. J., Tsuanq, M. T., Jacob, T., True, M. R. & Eisen, S. A. (2002). A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychological Medicine*, 32, 11-24.
- Fukuchi, N., Kakizaki, M., Sugawara, Y., Tanji, F., Watanabe, I., Fukao, A. & Tsuji, I. (2013). Association of marital status with the incidence of suicide: A population-based Cohort Study in Japan (Miyagi cohort study). *Journal of Affective Disorders*, 150, 879- 885.
- García de Diego, V. P. (1950). *Diccionario ilustrado latino-español, español-latino*. Barcelona: Spes.
- Giner, L., De La Vega, D. C., Barranco, E., Guija, J., Rico, A., Ruíz, C., Marín, R. & Giner, J. (2013). Suicide, religión and holy week. *European psychiatry*, 28, 1.

- Giner, L. y 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 (English Edition)*, 7, 139- 146.
- Gmitrowicz, A. & Kolodziej- Maciejewska, H. (2001). Dysfunction of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in adolescents after a suicide attempt. *Psychiatr Pol*, 35, 803-818.
- Kolves, K., Ide, N. & De Leo, D. (2012). Fluctuations of suicidality in the aftermath of a marital separation: 6- month follow- up observations. *Journal of Affective Disorders*, 142, 256- 263.
- Hoven, C. W., Wasserman, D., Wasserman, C. & Mandell, D. J. (2009). Awareness in nine countries: A public health approach to suicide prevention. *Legal Medicine*, 11, 13- 17.
- Hoven, C. W., Mandell, D. J. & Bertolote, J. M. (2010). Prevention of mental ill- health and suicide: Public health perspectives. *European Psychiatry*, 25, 252- 256.
- Instituto Nacional Estadística (INE) (2014). Estadística de defunciones por causa de muerte. Recuperado el 5 de octubre de 2014, de <http://www.ine.es>.
- L. O. 10/1995 del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, 24 de noviembre de 1995, Nº281.
- Lundin, A., Lundberg, I., Allebeck, P. y Hemmingsson T. (2012). Unemployment and suicide in the Stockholm population: A register- based study on 771, 068 men and women. *Public Health*, 126, 371- 377.
- Mann, J. J. (2005). The medical management of depression. *N.Engl.J.Med.*, 353, 1819- 1834.
- Mansilla, F. (2010). *Suicidio y prevención*. Recuperado el 8 de octubre de 2014, de <http://www.intersalud.es>.
- Maris, R., Berman, A. & Silverman, M. (2000). *Comprehensive Textbook of Suicidology*. New York: The Guilford Press.
- Maris, R. W. (2002). Suicide. *The Lancet*, 360, 319-326.
- Matsubayashi, T. & Ueda, M. (2011). The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social Science & Medicine*, 73, 1395-1400.

- McDonald, M. (2001). Suicidal behavior. Social section. En G. E. Berrios & R. Porter, *A history of clinical psychiatry. The origin and history of Psychiatric Disorders* (pp. 625- 632). New York: New York University Press.
- Morera, M., Bethencourt, C., Morera, A., Díaz, E., Yelmo, S. & Suárez, N. (2014). Suicide rates and economic crisis in Spain. *European Psychiatry, 29*, 1
- Musshoff, F., Menting, T. & Madea, B. (2004). Postmortem serotonin (5-HT) concentrations in the cerebrospinal fluid of medicolegal cases. *Forensic Science International, 142*, 211- 219.
- O'Connor, R. C. & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry, 1*, 73- 85.
- Oquendo, M. A., Galfalvy, H., Russo, S., Ellis, S., Grunebaum, M. F., Burke, A. & Mann, J. J. (2004). Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry, 161*, 1433- 1441.
- Oquendo, M. A., Baca- García, E., Mann, J. J. & Giner, J. (2008). Issues for DSM- V: Suicidal behaviour as a separate diagnosis on a separate axis. *American Journal of Psychiatry, 165*, 1383- 1384.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). *Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios d comunicación. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Trastornos Mentales y Cerebrales*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). *Prevención del suicidio: instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Trastornos Mentales y Cerebrales*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.
- Paraschakis, A. y Michopoulos, I. (2013). Suicide in physicians: an overview. *European Psychiatry, 28*, 1.
- Pérez, J. C. (2011). *La mirada del suicida: El enigma y el estigma*. Madrid: Plaza y Valdés.
- Pompili, M. (2013). Suicide risk and psychopathology in immigrants: the role of hopelessness, temperament, personality, and self-other perception. *European Psychiatry, 28*, 1.

- Public Health Service (2001). *Nacional strategy for suicide prevention: goals and objectives for action*. Rockville, MD: USDHHS.
- Rockett, I. R., Wang, S., Stack, S., De Leo, D., Frost, J. L., Ducatman, A. M., Walker, R. L. & Kapusta, N. D. (2010). Race/ ethnicity and potencial suicide misclassification: window on a minority suicide paradox?. *BMC Psychiatry*, 10, 35.
- Roskar, S., Podlesek, A., Kuzmanic, M., Demsar, L., Zaletel, M. & Marusic, A. (2010). Suicide risk and marital status. *European Psychiatry*, 25, 1377.
- Ruiz, I. y Orly, A. (2006). El suicidio en la España de hoy. *Gaceta Sanitaria*, 20, 25-31.
- Sáiz, P. A. y Bobes, J. (2014). Prevención del suicidio en España: una necesidad no resuelta. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7, 1- 4.
- Sublette, M. E., Hibbeln, J. R., Galfalvy, H., Oquendo, M. A. & Mann, J. J. (2006). Omega- 3 polyunsaturated essential fatty acid status as a predictor of future suicide risk. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1100- 1102.
- Vallejo, J. (2005). *Psiquiatría en atención primaria*. Barcelona: Ars médica.
- Van Heeringen, K. (2003). The neurobiology of suicide and suicidality. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 289-291.
- Vevera, J. (2006). Cholesterol, violence and suicide- history of errors. *Cas Lek Cesk*, 145, 118-122.
- Vessey, J. A., DiFazio, R. L. & Strout, T. D. (2013). Youth bullying: A review of the science and call to action. *Nursing Outlook*, 61, 337- 345.
- Wai-chi, S., Chien, W. & Tso, S. (2009). Evaluating nurses´ knowledge, attitude and competency after an education programme on suicide prevention. *Nurse Education Today*, 29, 763- 769.
- Willour, V.L., Zandi, P.P., Badner, J. A., Steele, J., Miao, K., López, V., Mackinnon, D. F., Mondimore, F. M., Schweizer, B., Mcinnis, M. G., Miller, E. B., Depaulo, R., Gershon, E. S., McMahon, F. J. & Potash, J.B. (2007). Attempted Suicide in Bipolar Disorder Pedigrees: Evidence for Linkage to 2p12. *Biological Psychiatry*, 61, 725-727.