UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS

TESIS DE GRADO

Los Sucesos de Vida Negativos en relación con la Depresión y el Riesgo Suicida en Policías de la Provincia de Buenos Aires

PRESENTADA POR:

Felisa Abigail Cordoba Vallejo

Legajo N° 5039

TUTOR:

Agustín Costa Shaw

TÍTULO A OBTENER:

Licenciada en Psicología

CARRERA EN LA QUE SE PRESENTA:

Licenciatura en Psicología

FECHA: Junio 2021

ÍNDICE

Agradecimientos……4

Resumen……5

Abstract……..……6

CAPÍTULO I

1. Introducción……...7

1.1. Planteamiento del problema……...9

1.2. Relevancia y justificación……14

1.2.1. Teórica …….....14

1.2.2. Clínico …….....14

1.2.3. Social ……14

CAPÍTULO II

2. Marco teórico conceptual-referencial…….....15

2.1. Policía: definición ……..……...15

2.2. Policía de la provincia de Buenos Aires……...16

2.3. Suicidio: definición ……..19

2.3.1. Proceso suicida……..23

2.3.2. Teoría cognitiva de la conducta suicida……25

2.3.3. Suicidio y factores asociados……26

2.3.3.1. Factores específicos ……...27

2.3.3.1.1. Factores socio-demográficos……27

2.3.3.1.2. Factores clínicos……...28

2.3.3.1.3. Factores psicológicos ……..29

2.3.3.1.4. Factores familiares……...31

2.3.3.1.5. Factor personal: intento de suicidio previo……..32

2.4. Depresión: definición ……..32

2.4.1. Depresión y Suicidio…….....38

2.5. Antecedentes históricos de investigación…….40

CAPÍTULO III

3. Método…….49

3.1Objetivos ……49

3.1.1. General……...49

3.1.2. Específicos ……49

3.2. Hipótesis ……..49

3.3. Participantes …….....49

3.4. Procedimientos…….50

3.5. Instrumentos…….50

CAPITULO IV

4. Resultados……53

CAPÍTULO V

5. Conclusión……...58

5.1. Discusión …….59

CAPÍTULO VI

6. Referencias bibliográficas ……..62

CAPÍTULO VII

7. Anexos…….67

7.1. Anexo 1: cuestionarios ……67

7.2. Anexo 2: gráficos……..88

Índice De Tablas

Tabla 1: Prueba de normalidad……53

Tabla 2: Características sociodemográficas y laboral…….53

Tabla 3: Comparación entre sucesos de vida en depresión y riesgo suicida……...54

Tabla 4: Correlación entre depresión y riesgo suicida……55

Tabla 5: Correlación entre depresión, riesgo suicida y sucesos de vida con la edad, el nivel de educación, el número de hijos y la antigüedad laboral……..56

Índice De Gráficos

Gráfico 1: Género ……...88

Gráfico 2: Educación ……..89

Gráfico 3: Estado civil…….90

Gráfico 4: Jerarquía ……91

Gráfico 5: Sucesos de vida……..92

Gráfico 6: Jornada laboral……...93

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a mis padres. Por apoyarme durante toda la carrera y no permitir que me rinda. Por enseñarme que de los errores se aprende.

A mi mamá, la que estuvo cada día junto a mí, brindándome todo su amor, paciencia y compresión. Sin ella no estaría donde estoy hoy.

A mi papá, por siempre tener nada más que palabras de aliento y amor hacia mí. Por brindarme tranquilidad cuando no podía encontrarla.

A mi familia y amigas. Esas personas que me ayudaron en innumerables ocasiones, ya sea colaborando con mis trabajos o deseándome suerte en cada cosa que realizaba.

A mi tutor, Agustín. Gracias por guiarme y por la paciencia. Tú ayuda es la que hoy me lleva a terminar esta tesis.

Por último, se la dedico a mi prima, Micaela. Donde sea que estés, espero que sepas que lo logré y hoy escribo estos agradecimientos.

Resumen

El objetivo de la presente investigación es evaluar el nivel de sucesos de vida negativos relacionado con la vulnerabilidad al suicidio y la propensión a la depresión en el cuerpo de policía de la Provincia de Buenos Aires. Mediante un estudio transversal, de tipo comparativo y correlacional, se administró aplicó el *Inventario de Orientaciones Suicidas* (*ISO-30),* el *Inventario de Depresión de Beck* (*BDI-II*) y la *Escala Sucesos de Vida* (*ESV*) a una muestra integrada por 151 miembros del cuerpo policial de ambos sexos, 68 (45%) varones y 83 (55%) mujeres, cuyo rango etario era de 20 a 59 años (Media = 32,89 años, DT = 7,23), con una antigüedad laboral de uno a 32 años (Media = 9,76 años, DT 6,50). Los resultados indican que los policías que experimentan un mayor número de eventos negativos en sus vidas (duelos, accidentes, mudanzas, enfermedades, etc.) tendieron a mostrar indicadores de tristeza, pesimismo, fracaso y pérdida de placer (entre otros) en comparación con aquellos que tuvieron eventos menos (o nada) negativos. Por otra parte, los policías que también muestran tales eventos en sus vidas mostraron una tendencia a mayor vulnerabilidad de riesgo suicida, lo cual está -a su vez- fuertemente relacionado a sentimientos de baja autoestima y soledad.

***Palabras claves*:** *Policía, Riesgo suicida, Depresión, Sucesos de vida negativos.*

Abstract

The objective of this investigation is to evaluate the level of negative life successes related to the vulnerability to suicide and the propensity to depression in the police body of the Province of Buenos Aires. Through a transversal study, of a comparative and correlational type, the *Suicidal Risk Inventory* (ISO-30), the *Beck Depression Inventory* (BDI-II) and the *Events of Life Scale* (ESV) were administered to a sample integrated by 151 members of the police force, 68 (45%) males and 83 (55%) females, whose age range was from 20 to 59 years (Mean = 32.89 years, SD = 7.23), with a seniority job from one to 32 years (Mean = 9.76 years, SD = 6.50). The results indicated that the police that experience a greater number of negative events in their lives (duels, accidents, changes, illnesses, etc.) tended to show indicators of sadness, pessimism, failure and loss of place (among others) in comparison with those that brought events less (the nothingness) negative. On the other hand, the police officers who also show such events in their lives have shown a tendency towards greater vulnerability to suicidal risk, which is -in turn- strongly related to feelings of low self-esteem and solidarity.

Keywords: *Police, Suicidal risk, Depression, Negative life events*

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene gran importancia teórica, ya que aportará información y brindará datos estadísticos acerca del riesgo suicida, depresión y sucesos de vida negativos, asociados a los policías de la Provincia de Buenos Aires. Dichas variables, relacionadas al personal policial, no han sido investigadas en profundidad en la Argentina.

En relación a la relevancia práctica, se considera que el personal policial podría verse beneficiado con los aportes de la presente investigación, por ejemplo, a través del desarrollo e intervención de programas psicológicos que brinden el apoyo necesario al agente que lo necesite para así evitar desarrollar ciertos trastornos psicológicos como lo es la depresión y también, implementar programas de prevención al suicidio en las fuerzas policiales.

A lo largo de los años, en diversos países, se han realizado investigaciones acerca del personal policial y su salud mental. Tal como refieren los autores Johns et al. 2012, Meyer et al. 2003; Miller, 2005; Stuert, 2008; Violanti, 2004, 2009; entre otros, (como se citó en Puelles Casenave, 2015): "Diversos estudios se muestran interesados por analizar el impacto que la función policial conlleva sobre la depresión y la evolución hacia el suicidio" (p.84)

En relación al trabajo policial, varios autores coinciden en sus posturas al evidenciar que se trata de un trabajo donde sus agentes se enfrentan a situaciones adversas, las cuales les generan mucho estrés y ello da lugar al desarrollo de conductas suicidas.

Debido a esto, se puede mencionar que si bien la labor policial no tiene factores directos que llevan al suicidio, si existen una serie de factores asociados en la pre y post incorporación, los cuales pueden desarrollar cierto tipo de conductas suicidas (Charbonneau, 2000, Hem *et al*. 2001, Kposowa, 1999, Marzuk, Nock, Leon, Portera, & Tardiff, 2002, como se citó en Compañía, 2009)

El objetivo general de este estudio será evaluar el nivel de sucesos de vida negativos asociados a la vulnerabilidad al suicidio y la propensión a la depresión en el cuerpo de policías de la Provincia de Buenos Aires, más específicamente comparar el

nivel de sucesos de vida (bajo, medio y alto) en depresión y riesgo suicida, relacionar el grado de depresión y riesgo suicida, y evaluar otras características sociodemográficas y laborales.

- Felisa Abigail Cordoba Vallejo

Berazategui, , Junio 2021

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se entiende por sucesos de vida a los hechos o eventos que son relevantes en la vida de una persona y que estas reconocen como importantes para su cambio evolutivo. Así la muerte de familiares, los cambios de residencia, enfermedades, divorcios, etc., son sucesos importantes para las personas que pueden influir en sus comportamientos posteriores con otras personas o en la forma en que afrontan determinadas situaciones. Un suceso vital, se considera como estresante básicamente si ha sido altamente perturbador e indeseable (Aszkenazi, 1991, como se citó en Casullo, Figueroa & Aszkeazi, 1991).

Los eventos de vida estresantes o negativos pueden disparar un acto suicida, aunque esta asociación ocurra probablemente solamente entre individuos que poseen una vulnerabilidad al suicidio. En general, los eventos que se han asociado al acto suicida pueden ser percibidos por la persona como un reflejo de su pérdida, humillación, vergüenza o fracaso. El suceso estresante en sí, funciona entonces como un disparador que empuja al individuo hacia el comportamiento suicida en un intento desesperado por enfrentar estas reacciones emocionales intensas (Overholser, 2003).

Asimismo, Nizama Valladoli (2011) define al suicidio como el acto auto infligido de quitarse la vida de manera voluntaria y deliberada, en el que intervienen sucesivamente: el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí. El autor menciona que el suicidio es a nivel mundial un problema de salud pública y que de manera frecuente puede ser prevenible. Las personas que intentan suicidarse, con frecuencia están intentando alejarse de alguna situación en su vida la cual parece imposible de solucionar. La causa del suicidio es multifactorial y en ellas pueden hallarse factores clínicos, neurobiológicos, genéticos y sociodemográficos.

Por último, la depresión (del latín *depressus*, abatimiento) de acuerdo a Chávez & Tena (2018), es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos conocidos. Se describe como: “un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (anhedonia) (p. 11). El fin de esta investigación esevaluar el nivel de sucesos de vida negativos asociado a la vulnerabilidad al suicidio y la propensión a la depresión en el cuerpo de policías de la Provincia de Buenos Aires.

Esta asociación de variables fue descripta por varios autores, entre ellos Gutiérrez García, et al. (2006), quienes mencionan que la depresión es un predictor del suicidio. Existe un estrecho vínculo entre los trastornos afectivos con la propensión a causarse daño a sí mismo de manera deliberada, aparentemente con el objetivo de encontrar algún alivio al aniquilarse o escapar. La persona deprimida, se caracteriza por sus expectativas negativas sobre el futuro y por una sensación de dificultad extrema para alcanzar las metas propuestas, es decir, por su desesperanza. Así, es que la motivación para dar una respuesta adecuada a lo cotidiano está ausente y concurren déficits cognoscitivos que interfieren con un nuevo aprendizaje por el abatimiento motriz y emocional, acompañado de ansiedad. Por lo mencionado es que la desesperanza se correlaciona positivamente con la ideación suicida y se le considera un factor esencial en la relación entre la depresión y el suicidio.

Con respecto a las estadísticas acerca del tema, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2019), anualmente cerca de 800.000 personas cometen suicidio y muchas más intentan hacerlo. El suicidio puede producirse a cualquier edad y en el año 2016 fue considerada la segunda causa principal, a nivel mundial, de defunción en personas cuyas edades se encontraban dentro del rango de 15 a 29 años de edad. El suicidio no solo se da en países de altos ingresos, sino que afecta a todas las regiones del mundo, ya que es un fenómeno global. En el año 2016, más de 79% de los suicidios a nivel mundial se dieron en países de ingresos bajos y medianos.

Para referirse a las tasas de suicidio a nivel mundial, Bodón & Ríos (2016) refieren a datos estadísticos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP): “Por año se quita la vida un millón de personas en el mundo. Y una de cada 20 que por día lo intentan, lo consigue”. Es decir que cada 40 segundos una persona se suicida en alguna parte del mundo” (p.3).

Las tasas de suicidio a nivel mundial han aumentado un 60% en los últimos 50 años y ese incremento se dio de manera particular en los países en desarrollo. En relación a esto, la OMS estima que para el año 2020, la cifra de defunciones por suicidio crecerá un 50%, con lo cual alcanzara un millón y medio de muertes al año, donde por cada persona que lo intente, se sumaran entre 15 y 20 personas. De acuerdo a OMS (2014, como se citó en Bodón y Ríos, 2016): “Un suicidio cada 20 segundos y una tentativa cada 1 a 2 segundos” (p.4).

De acuerdo a Oviedo et al. (2020) se realizó la última estadística acerca del suicidio en Argentina, esta fue realizada por la Dirección de Estadísticas e información en Salud (DEIS), perteneciente al Ministerio de Salud de la Nación. En esta se registraron un total de 336.823 defunciones en todo el país de las cuales 19.472 fueron atribuidas a causas externas, grupo que comprende a los suicidios y representa el 6% del total de muertes.

Dentro de las causas externas con carácter intencional, en donde interviene la violencia y se llega a la muerte a través de lesiones auto infligidas, se ubica el suicidio con 3.322 defunciones en todo el país durante 2018. Con el 17% el suicidio es la tercera causa de muerte en el país dentro de esta categoría: En primer lugar, están los eventos con intención no determinada, con secuelas inclusive (4.302 muertes) mientras que los accidentes de tráfico en vehículo automotor (4.097 muertes) ocupan el segundo lugar. Estas tres causas concentran más de la mitad de los fallecimientos por causas externas llegando al 60% del total (Oviedo, et al, 2020).

Oviedo et al. (2020) menciona que, dentro de los 3.322 suicidios, 2.698 corresponden al sexo masculino y 615 al sexo femenino: Hay una clara tendencia en nuestro país que evidencia la considerable brecha que existe entre los suicidios anuales de hombres y mujeres independientemente de la provincia en la que vivan. De acuerdo a las estadísticas oficiales, entre 2014 y 2018 la tendencia se mantuvo: El 80-20 es el promedio en los porcentajes entre 2014 y 2018 a nivel país. Si bien no se puede señalar un pico o mayor diferencia entre ambos sexos, durante el 2014 se registró el mayor porcentaje de suicidios en mujeres: un 21% rompiendo la barrera del 80% para los varones (79%). En los años restantes, el promedio varía entre 80-20 y 81-19.

En 2018 se registraron 3.322 suicidios en todo el país y el 81% corresponde al sexo masculino, según los datos de la Dirección de Estadísticas e información en Salud (DEIS), perteneciente al Ministerio de Salud de la Nación, por lo que Oviedo et al. (2020) refiere que 8 de cada 10 víctimas son hombres.

Los mapas a nivel país evidencian las tasas de suicidio cada 100 mil habitantes de cada sexo. En los hombres, las provincias que mayor tasa arrojan son: Neuquén (25), La Rioja (21), La Pampa (21), Chubut (20) y Tucumán (20) mientras que en las mujeres: Catamarca (8), La Pampa (6) y Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur (6). Por su parte, Buenos Aires y la Ciudad de Buenos Aires tienen una tasa de 13 en hombres

y 2 en mujeres. Por lo tanto, en Argentina, de acuerdo a las últimas cifras del Ministerio de salud, en 2018 hubo 7 suicidios cada 100 mil habitantes (Oviedo, et al, 2020).

Por último, Oviedo et al. (2020) menciona que según las estadísticas obtenidas en la DEIS, entre 2014 y 2018 se registraron en la Provincia de Buenos Aires y Ciudad de Buenos Aires un total de 6.157 suicidios; 5.027, un 82%, pertenecen a hombres (Ciudad de Buenos Aires 126 y Buenos Aires 4.901) y 1.130, 18%, a mujeres (Ciudad de Buenos Aires 45 y Buenos Aires 1.085). Dentro del total de los suicidios de hombres y mujeres, en la provincia de Buenos Aires y la Ciudad de Buenos Aires entre 2014 y 2018, la Ciudad representa un 2% de los suicidios de hombres y un 4% de mujeres.

Entre quienes se suicidaron en 2018, en la provincia de Buenos Aires y la Ciudad de Buenos Aires el primer lugar les corresponde a los jóvenes de 15 a 24 años con un 21% (210 hombres y 38 mujeres) mientras que aquellos entre 25 y 34 años ocupan el segundo lugar con un 20% (209 hombres y 32 mujeres (Oviedo, et al, 2020).

Con respecto a los suicidios, en el personal policial, de la provincia de Buenos Aires, no se hallaron datos en páginas oficiales, pero López Mac Kenzie (2021), periodista, de la página Border Periodismo, realizó un informe titulado "Suicidios, la tragedia silenciosa de la Policía bonaerense", menciona que en los últimos 5 años se quitaron la vida al menos 30 policías por año. Según datos oficiales de la fuerza (que hoy tiene 90.800 efectivos), los suicidios fueron al menos 39 en 2016; 30 en 2017, 31 en 2018, 32 en 2019; y 18 en 2020. De acuerdo a la nota, el patrón general se da con el arma reglamentaria y cuando los agentes que llegan a este desenlace esta de franco. En segundo lugar, están los casos ocurridos después de cometer un crimen. El último dato, es que, en tres meses y medio de 2021, ya hubo al menos 8 suicidios.

La investigación que se llevara a cabo tiene un enfoque cuantitativo. Se trata de un estudio transversal, de tipo comparativo y correlacional. El estudio es comparativo porque pretende determinar si existen diferencias entre los tres grupos estudiados (baja, media y alta en "sucesos de vida") y si hay covariación entre las variables depresión y riesgo suicida. Se utilizará el tratamiento cuantitativo de datos, donde los mismos serán analizados por el programa *SPSS* (v.20.0). Se le aplicaran distintas escalas previamente validadas en la población argentina, a policías de la provincia de Buenos Aires, para medir las variables depresión, riesgo suicida y sucesos de vida negativos.

La muestra se reduce al personal policial, ya que varios autores coinciden en sus posturas al evidenciar que se trata de un trabajo donde sus agentes se enfrentan a situaciones adversas las cuales les generan mucho estrés y ello da lugar al desarrollo de conductas suicidas (Charbonneau, 2000, Hem *et al*. 2001, Kposowa, 1999, Marzuk, Nock, Leon, Portera, & Tardiff, 2002, como se citó en Compañía, 2009).

A lo largo de los años se han realizado investigaciones acerca del personal policial y su salud mental. Tal como refieren los autores Johns et al. 2012, Meyer et al. 2003; Miller, 2005; Stuert, 2008; Violanti, 2004, 2009; entre otros, (como se citó en Puelles Casenave, 2015): "Diversos estudios se muestran interesados por analizar el impacto que la función policial conlleva sobre la depresión y la evolución hacia el suicidio" (p.84).

Algunos autores, sugieren que la exposición de los policías al suicidio de otras personas debe de ser considerado un factor de riesgo para el desarrollo de ideas, planes o intentos suicidas de ellos mismos, ya que la durante la función policial estos, en algunos casos, investigan suicidio por lo que se encuentran más expuestos que los civiles a múltiples eventos negativos en la vida de otras personas (y que hay que considerar la función policial desde esta perspectiva ya que, los agentes policiales, a menudo investigan suicidios y están más expuestos que la población general a múltiples eventos negativos de la vida de otras personas) (Puelles Casenave, 2015).

Debido a lo mencionado, es que este estudio es de gran importancia, ya que aportara nuevos datos y estadísticas acerca de la salud mental de los Policías de la provincia de Buenos Aires, lo que podría iniciar en un futuro la realización de programas de salud mental relacionados a este grupo en especial y así evitar que se desarrollen trastornos psíquicos, los cuales terminen en el suicidio del agente, como también acompañarlos en el caso de que se encuentren atravesando situaciones que puedan desencadenar lo mencionado.

Frente a lo expuesto en esta investigación es que se intentara profundizar acerca de los sucesos de vida negativos y su asociación a síntomas depresivos y su relación con el riesgo suicida en el personal policial. Es por esto, que la pregunta que guiara el presente trabajo es: ¿Los sucesos de vida negativos inciden en el desarrollo de síntomas depresivos y su posterior asociación al riesgo suicida en el personal policial de la provincia de Buenos Aires?

RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN

Relevancia Teórica

Los resultados de este estudio aportarán datos estadísticos acerca de los sucesos de vida negativos que se relacionan con la depresión y riesgo suicida en los policías de la Provincia de Buenos Aires, desde un enfoque psicológico. Dichas variables, relacionadas al personal policial, no han sido investigadas en profundidad en la Argentina por lo cual no se hallaron investigaciones, ni grandes estadísticas referidas al tema en el país. En relación a esto, tal como menciona Rivera Camacho (2013): "Son escasos los estudios que tienen como objetivo determinar el perfil de salud mental y específicamente en los signos y síntomas de la depresión en los trabajadores activos de la policía (…)." (p.33).

Relevancia Práctica

En relación a la relevancia práctica, se considera que, el personal policial, podría verse beneficiados con los resultados y aportes de la presente investigación, por ejemplo, a través del desarrollo e intervención de programas psicológicos que brinden el apoyo necesario al agente que lo necesite para así evitar desarrollar ciertos trastornos como lo es la depresión, además de la implementación de programas de prevención del suicidio en las fuerzas policiales.

Relevancia Social

Por último, la relevancia social de la investigación, es que, al aplicar de manera efectiva los programas de intervención en el personal policial y estos resultar efectivos, dicho resultado beneficiaría, además de al propio agente, a las personas que rodean a dicho personal, ya sea su familia y/o amigos. También, va a beneficiar a la sociedad en general, ya que el trabajo del policía esta netamente relacionado a lo social, y si este goza de una buena salud mental, podrá realizar su trabajo de manera más eficiente.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL-REFERENCIAL

2.1. Policía: Definición

Dammert (2005), postula que en América Latina existen diversas instituciones policiales. Estas se pueden caracterizar, por una parte, por su ámbito de acción: nacionales (como la Policía Nacional de Colombia), regionales (en países federales como Argentina, Brasil y México) y también locales (el municipio cuenta con personal policial propio). Otra clasificación, es que de acuerdo a los objetivos: hay instituciones que se dedican únicamente a la investigación policial (por ej. La policía judicial de Córdoba) o también, las que se dedican a la prevención y control de la criminalidad. Las instituciones policiales, también pueden clasificarse en rasgos generales: "... las personas autorizadas por un grupo para regular las relaciones interpersonales dentro del grupo a través de la aplicación de la fuerza física" (Bayley, 2001), como se citó en Dammert, 2005, pp. 54-55).

En relación a la actividad policial, esta incluye actividades como: denunciar infracciones, detener delincuentes, hacer cumplir las leyes y dedicar una gran parte de su tiempo a actividades de índole asistencial y a la resolución de conflictos en la comunidad o entre particulares: "La policía se ocupa tanto de riesgos reales como imaginarios que son inherentes a la profesión, los cuales generan estrés y sufrimiento" (Gershon, Lin, & Li, 2002; Lipp, 1996, como se citó en Morales-Manrique & Valderrama-Zurián, 2012, p.60).

Es exigible que la actividad policial sea ejercida por personas que dispongan de estabilidad psicológica y que actúen con actitudes positivas hacia la sociedad y hacia su propio quehacer, que les permita de este modo afrontar situaciones emocionales o de riesgo con las mejores tomas de decisión posibles. (Yagüe, 1994, como se citó en Morales-Manrique & Valderrama-Zurián, 2012, p.61)

Desde el punto de vista de Bejarano et al. (2012), el foco primario de la institución policial es la de hacer cumplir la ley, garantizar la seguridad de los ciudadanos y mantener el orden. Debido a esto, los policías entrenan tanto física como emocionalmente: el distanciamiento físico y emocional, la afectividad, la eficiencia, el profesionalismo y en menor énfasis las relaciones con las demás personas. Los policías deben, de manera simultánea, hacer cumplir la ley y satisfacer a la sociedad:

> Comúnmente, estas dos tareas generan alta incompatibilidad de expectativas de conducta que pueden ubicar al oficial en un estado de confusión acerca de cuál es el rol que exactamente debe tomar en la sociedad: por una parte, se espera que el policía ejerza autoridad, mando y sea frío con sus clientes, con el fin de mantener un sentido de distancia, respeto y control, y así garantizar su seguridad; de otro lado, se espera que el policía sea cálido, compasivo y que entienda a la comunidad sobre la cual recae su servicio (en otros términos "servicio de policía orientado a la comunidad"). (pp. 54-55)

Por último, Chen et al. (2006), sostiene que el trabajo policial suele ser considerado estresante y peligroso a causa de la exposición de estas personas a la violencia, confrontación e incidentes traumáticos, incluyendo, además, la posibilidad de resultar herido o perder la vida.

2.2. Policía de la Provincia de Buenos Aires

De acuerdo a la Ley orgánica de la policía de la provincia de Buenos Aires, la policía de la Provincia de Buenos Aires, es una institución civil armada que tiene a su cargo el mantenimiento del orden público, colaborando en la obtención de la paz social.

La misión de la misma es:

a) Mantener el orden público, colaborando en la obtención y mantenimiento de la paz y convivencia social.
b) Resguardar la vida, los bienes y los derechos de la población
c) Actuar como auxiliar permanente de la Administración de Justicia.
d) Ejercer las funciones de Policía Judicial.
e) Intervenir en la prevención e investigación de delitos económicos conforme a las leyes que rigen la materia.

Las normas de la organización de la Policía de la provincia de Buenos Aires, se encuentran en la Ley 13.482: Ley de unificación de las normas de organización de las policías de la provincia de Buenos Aires.

En el artículo 13, se menciona que el desempeño de la función policial deberá adecuar su conducta a los siguientes principios básicos de actuación policial:

a) Desplegar todo su esfuerzo con el fin principal de prevenir el delito y proteger a la comunidad actuando acorde al grado de responsabilidad y ética profesional que su función exige para preservar la situación de seguridad pública y las garantías constitucionales de los requeridos por su intervención.
b) Observar en su desempeño responsabilidad, respeto a la comunidad, imparcialidad e igualdad en el cumplimiento de la Ley, protegiendo con su actuación los derechos fundamentales de las personas, en particular los derechos y garantías establecidos en las Constituciones Nacional y Provinciales y en las Declaraciones, Convenciones, Tratados y Pactos complementarios.
c) No infligir, instigar o tolerar ningún acto de torturas u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, ni invocar la orden de un superior o cualquier tipo de circunstancia especial o situación de emergencia pública para justificar la comisión de delitos contra la vida, la libertad o la integridad personal. Toda intervención en los derechos de los requeridos por su accionar debe ser moderada, gradual y necesaria para evitar un mal mayor a bienes o derechos propios o de terceros, o para restablecer la situación de seguridad pública.
d) Asegurar la plena protección de la integridad física, psíquica y moral de las personas bajo su custodia. Facilitar y tomar todas las medidas que sean necesarias para la revisión médica de los mismos únicamente con fines de análisis o curativos.
e) No cometer, instigar o tolerar ningún acto de corrupción que son aquellos que sin llegar a constituir delito, consistan en abuso de autoridad o exceso en el desempeño de funciones policiales otorgadas para el cumplimiento de la Ley, la defensa de la vida, la libertad y seguridad de las personas, sea que tales actos persigan o no fines lucrativos, o consistan en brutalidad o fuerza innecesaria.
f) Ejercer la fuerza física o coacción directa en función del resguardo de la seguridad pública solamente para hacer cesar una situación en que, pese a la advertencia u otros medios de persuasión empleados por el funcionario policial, se persista en el incumplimiento de la Ley o en la inconducta grave y utilizar la fuerza en la medida estrictamente necesaria, adecuada a la resistencia del infractor y siempre que no le infligiera un daño excesivamente superior al que se quiere hacer cesar.
g) Cuando el empleo de la fuerza y de armas de fuego sean inevitables, identificarse como funcionarios policiales y dar una clara advertencia de su intención de emplear la fuerza o armas de fuego, con tiempo suficiente como para que se tome en cuenta, salvo que al dar esa advertencia pusiera indebidamente en peligro al

funcionario policial, se creara un riesgo cierto para la vida de otras personas, o resultara evidentemente inadecuada o inútil dadas las circunstancias del caso.

h) Mantener en reserva las cuestiones de carácter confidencial, particularmente las referidas al honor, la vida y los intereses privados de las personas, de que tengan conocimiento, a menos que el cumplimiento del deber o las necesidades de la justicia exijan estrictamente lo contrario.
i) Recurrir al uso de armas de fuego solamente en caso de legítima defensa propia o de terceros y/o situaciones de estado de necesidad en las que exista peligro grave, inminente y actual para la vida de las personas, o para evitar la comisión de un delito que entrañe ese peligro, debiendo obrarse de modo de reducir al mínimo los daños a terceros ajenos a la situación. Cuando exista riesgo de afectar la vida humana o su integridad, el policía debe anteponer la preservación de ese bien jurídico al éxito de la actuación o la preservación de la bien jurídica propiedad.

Las funciones esenciales de la Policía de la provincia de Buenos Aires, se enumeran en el artículo 20:

a) Evitar la comisión de hechos delictivos o contravencionales.
b) Hacer cesar tales hechos cuando han sido ejecutados o han tenido comienzo de ejecución.
c) Recibir denuncias y practicar investigaciones en las condiciones que esta ley determina.
d) Impedir que los hechos delictivos tentados o cometidos produzcan consecuencias delictivas ulteriores.
e) Llevar a cabo acciones de vigilancia y protección de personas, eventos y lugares públicos, frente a actividades y hechos delictivos o vulneratorios de la seguridad pública.
f) Implementar mecanismos de disuasión frente a actitudes y hechos delictivos o vulneratorios de la seguridad pública.
g) Proveer a la seguridad de los bienes del Estado y de las personas que se encuentran al servicio del mismo.
h) Proteger a las personas y la propiedad amenazadas de peligro inminente, en casos de incendio, inundación, explosión u otros estragos.
i) Recibir denuncias sobre violencia de género, y brindar protección y asesoramiento a las víctimas.

j) Las previstas en el artículo 294 del Código Procesal Penal de la Provincia de Buenos Aires, siempre que no mediare intervención inmediata de la autoridad judicial competente o de la Policía de Investigaciones en Función Judicial.
k) Cuidar que los rastros materiales del delito sean conservados y que el estado de las cosas no se modifique, hasta que intervenga directamente el Ministerio Público o la Policía Judicial, de conformidad a lo establecido en el Código Procesal Penal.
l) Recibir sugerencias y propuestas y brindar informes a los Foros Departamentales de Seguridad, los Foros Municipales de Seguridad, los Foros Vecinales de Seguridad y los Defensores Municipales de la Seguridad.
m) Actuar como fuerza pública, en la medida de lo necesario o cuando la autoridad competente se lo requiera.
n) Preservar el orden público en toda reunión o manifestación pública.
o) Auxiliar a los habitantes de la Provincia en materia propia de la defensa civil.

2.3. Suicidio: Definición

La Organización Mundial de la Salud, en 1976, definió al suicidio como: "todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil." (OMS, 1976, como se citó en Bodón y Ríos, 2016, p.2). En el año 2010, lo reformula como: *"El acto deliberado de quitarse la vida"* (OMS, 2010, como se citó en Bodón y Ríos, 2016, p. 2).

Asimismo, Nizama Valladoli (2011), define al suicidio como el acto auto infligido de quitarse la vida de manera voluntaria y deliberada, en el que intervienen sucesivamente: el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí. El autor menciona que el suicidio es a nivel mundial un problema de salud pública y que de manera frecuente puede ser prevenible. Las personas que intentan suicidarse, con frecuencia están intentando alejarse de alguna situación en su vida la cual parece imposible de solucionar. La causa del suicidio es multifactorial y en ellas pueden hallarse factores clínicos, neurobiológicos, genéticos y sociodemográficos.

El término suicidio apareció por primera vez en el año 1917, en la RAE, definiéndose a partir de los términos latinos *Sui* (De sí mismo) y *Cadere* (Matar), definiéndose como el "el acto o la conducta que daña o destruye al propio agente". (Villalobos Galvis, 2009, p. 6)

> Suicidio es el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida) como el acto suicida en sí. En el suicida se detectan: a) los actos fatales o suicidio consumado; b) los intentos de suicidio altamente letales, aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio; y c) los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica. (Gutiérrez García, et al., 2006, pp. 67-68)

Canetto & Lester (1995), proponen una categorización del suicidio, considerando el tipo de daño y contemplando dos tipos de comportamiento:

1. Comportamiento suicida mortal: Los actos suicidas que ocasionan la muerte.

2. Comportamiento suicida no mortal: Las acciones suicidas que no provocan la muerte. Este tipo de actos son conocidos en Estados Unidos como "intento suicida" o "parasuicidio" y "daño auto infringido deliberado" en Europa.

A su vez, Sánchez et al. (2013), conceptualiza el suicidio como un proceso, ya que este implica un conjunto de acciones por parte de una persona, la cual busca terminar con su vida. Es debido a esto, que estudiar los procesos que anteceden al suicidio, como lo son la ideación y el intento suicida, son importantes para poder atender y conocer esta problemática.

Miranda et al. (2009), señalaron cinco etapas del proceso suicida, las cuales no necesariamente tienen que ser secuenciales:

1) Ideación suicida pasiva,
2) Contemplación activa del propio suicidio,
3) Planeación y preparación,
4) Ejecución del intento suicida, y
5) El suicidio consumado.

Se plantea también, que el suicidio es una urgencia fundamental, la cual se ubica en un contexto biográfico de una persona quien sufre una pérdida de salud y debilitamiento en sus lazos, tanto afectivos como relacionales. Por lo mencionado, una persona con conductas suicidas, al momento de tomar decisiones tiene tres componentes esenciales: a) a nivel emocional, un sufrimiento intenso; b) a nivel conductual, una

carencia de recursos psicológicos para hacerle frente; Y c) a nivel cognitivo, una desesperanza profunda ante el futuro, acompañada de la percepción de la muerte como única salida. Es por esto, que el suicidio no forma parte de un problema moral, ya que las personas que intentan suicidarse no deben ser clasificadas como cobardes ni valientes, sino como sujetos que se encuentran desbordados por un sufrimiento intenso, los cuales no tienen ningún tipo de esperanza en el futuro (Echeburúa, 2015).

Sin embargo, muchas personas que llevan a cabo una conducta suicida no quieren morirse, es decir, las tentativas de suicidio se dan en mayor medida que los suicidios consumados, ya que lo único que estas personas quieren es dejar de sufrir y por eso pueden sentirse contentos de no haber muerto una vez que el sufrimiento se ha controlado (Spirito y Donaldson, 1998, como se citó en Echeburúa, 2015).

Sánchez Sosa et al. (2010), menciona que "El suicidio podría definirse como un proceso que se inicia con la ideación en sus diferentes expresiones (preocupación autodestructiva, planificación de un acto letal, deseo de muerte) discurre por el intento suicida y finaliza con el suicidio consumado" (p. 279).

El acto de cometer suicidio, tiene un profundo impacto psicológico y social que afecta directamente a otras personas, principalmente a las del círculo social más cercano (Suk et al., 2009, como se citó en Sánchez Sosa, et al., 2010).

> A un nivel conductual, la conducta suicida puede mostrar diferentes caras: el suicidio consumado, el suicidio frustrado, las tentativas de suicidio o parasuicidios y los equivalentes suicidas. En el caso del suicidio consumado, el sujeto consigue intencionalmente acabar con su vida. Por el contrario, en el caso del suicidio frustrado, a pesar de que el sujeto tiene una intención inequívocamente suicida y ha utilizado un procedimiento habitualmente letal (ahorcamiento, precipitación, arma de fuego), el suicidio no se consuma por inexperiencia del sujeto en el manejo del método, por la rápida intervención de los servicios médicos, de la comunidad familiar o social, o simplemente, por azar. (Spirito y Donaldson, 1998, como se citó en Echeburúa, 2015, p. 119)

Echeburúa (2015), también explica que en las tentativas de suicidio o parasuicidios, las personas que cometen dicho acto, se causan daño de manera deliberada, pero sin la intención de terminar con su vida, es decir, lo hacen para que su fin sea con consecuencias no fatales, pero al utilizar recursos como la ingesta de fármacos puede accidentalmente llevar a la muerte de dicho sujeto.

Se debe agregar, que el objetivo de esta conducta extrema es la de manipular a personas cercanas y producir cambios en el entorno. La persona buscar llamar la atención de los demás por diferentes motivos: buscar ayuda, vengarse, mostrar que tan desesperado se encuentra, averiguar si alguien está interesado en el realmente o demostrar interés en otra persona y huir temporalmente de algo que le resulta insoportable, entre otras cosas. Los autores, agregan: "Con frecuencia el sujeto está en una posición ambivalente: desea morir si su vida continua de la misma manera y desea vivir si se producen cambios significativos en ella". (Blasco-Fontecilla et al., 2010, como se citó en Echeburúa, 2015, p.120).

> En definitiva, el suicidio se mueve a lo largo de un continuo de diferente naturaleza y gravedad, que oscila desde la mera ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte, ideación suicida y amenazas) hasta la gradación conductual creciente (gestos, tentativas y suicidio consumado). (Spirito y Donaldson, 1998, como se citó en Echeburúa, 2015, p.120)

A su vez, Baader et al. (2011), menciona el término: "comportamiento suicida mortal", para los actos suicidas que ocasionan la muerte y: "comportamiento suicida no mortal" para las acciones suicidas que no provocan la muerte.

Asimismo, Bobes et al. (2011), se refiere al suicidio por balance. Esto sucede, cuando una persona, a pesar de intentar superar un episodio durante mucho tiempo, llega a una situación económica, familiar o social, en la que desde su perspectiva la vida carece ya de valor y de sentido o en la que se encuentra sin fuerzas para afrontar más dificultades.

Los autores Baca-García et al. (2005), dicen que hay ciertas variables que constituyen un factor de riesgo para la implicación en un suicidio por balance:

- Dimensiones de personalidad, como la impulsividad y la rigidez cognitiva, como la sobre generalización en el recuerdo autobiográfico negativo o atribuciones de responsabilidad excesiva en los fracasos;
- Estrategias defectuosas de resolución de problemas;
- Situaciones familiares o sociales, como la soledad, la humillación o estar en un callejón sin salida en las relaciones interpersonales.

Por su parte, De Leo et al. (2004), retoma la definición del proyecto Estudio Multicentro de Conducta Suicida WHO/EURO acerca del suicidio: "es un acto con un resultado fatal, en el cual el occiso, conociendo o esperando un resultado fatal, lo había iniciado o llevado a cabo con el propósito de provocar el cambio deseado" (como se citó en Villalobos Galvis, 2009, p.14). El suicida potencial, según Gutiérrez García et al. (2006), es una persona con un sufrimiento intenso y siempre es un paciente grave**.**

En resumen, de acuerdo a Maris (2002) (como se citó en Villalobos Galvis, 2009), se puede afirmar que se habla de suicidio cuando: a) hubo una muerte, b) esta muerte se dio por el individuo que quería morir, c) la muerte fue intencional y d) hubo un agente pasivo o activo (omisión o comisión de un acto) que termino en la muerte.

2.3.1. Proceso Suicida

El proceso suicida o comportamiento suicida, según Pérez Barrero (1999), es un continuo que va desde la ideación suicida, en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de alto riesgo en el individuo que los presenta. Maris (2002) denomina tradicionalmente a este proceso como "espectro suicida".

Bodón y Ríos (2016), consideran al suicidio como un: "proceso complejo y multideterminado que va más allá del acto, rompiendo la concepción del hecho suicida. Por esta razón es pertinente considerar para la definición global del tema un lugar destacado para los conceptos de "comportamiento suicida" o disposición suicida" (p.2).

Por otra parte, Gutiérrez García et al. (2016), también hacen referencia a este proceso y mencionan que se inicia en el momento en que comienzan los pensamientos sobre cómo quitarse la vida, pasa por la realización de los primeros intentos suicidas, con un incremento gradual de la letalidad del intento, hasta lograrlo; es decir, la suicidalidad,

la cual comprende las ideas y deseos suicidas o ideación suicida, las conductas suicidas sin resultado de muerte o intentos suicidas y los suicidios consumados.

> En esta misma línea, Petersen et al. 1993, (citado por Diekstra y Garnefsky, 1995, como se citó en Villalobos Galvis, 2009) sugieren que existe un gradiente de gravedad que está implicado desde el ánimo deprimido, a través de la ideación suicida, el intento de suicidio, hasta el suicidio. Por ejemplo, Van Heerigen, Hawton y Williams (citados por Chopin, Kerkhof y Arensman, 2004, como se citó en Villalobos Galvis, 2009) consideran que el intento de suicidio y el suicidio son partes de un continuum de conductas autodestructivas. Para ellos, cualquier acto suicida es precedido por un proceso que puede iniciar con fugaces pensamientos suicidas, progresa hacia planes más concretos y luego a intentos de suicidio (los cuales son recurrentes y tienden a ser cada vez más peligrosos con el tiempo) y finalmente el suicidio. En cada vía hacia el suicidio hay un umbral antes del cual el proceso suicida es inobservable. (p.10)

Pérez Barrero (1999), menciona que el espectro suicida completo, está conformado por la ideación de autodestrucción en sus diferentes gradaciones: las amenazas, el gesto, el intento y el hecho consumado. La ideación suicida, abarca un amplio campo de pensamiento, que puede tener las siguientes formas de presentación:

- El deseo de morir ("La vida no merece la pena vivirla", "Yo lo que debiera es morirme", etcétera).
- La representación suicida ("Me he imaginado que me ahorcaba").
- La idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción ("Me voy a matar", y al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: "No sé cómo, pero lo voy a hacer").
- La idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico aún ("Me voy a matar de cualquier forma, con pastillas, tirándome delante de un carro, quemándome").
- La idea suicida con una adecuada planificación ("He pensado ahorcarme en el baño, mientras mi esposa duerma"). Se le conoce también como plan suicida. Sumamente grave.

Las amenazas suicidas, de acuerdo a Pérez Barrero (1999), son expresiones escritas o verbales del deseo de quitarse la vida y deben tenerse en cuenta, ya que es un error frecuente pensar: “El que lo dice, no lo hace" o "El que se mata, no avisa que lo va a hacer". Cuando la amenaza suicida se da, teniendo los medios disponibles para su realización, pero sin ser llevada a cabo, se considera como gesto suicida (tener las pastillas en la mano sin tomarlas) y no debe ser minimizado ni valorado despectivamente como "un alarde".

> El intento suicida, también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación (IAE) o autolesión intencionada (*deliberate self harm*), se define como un acto sin resultado de muerte en el que un individuo, de forma voluntaria, se daña a sí mismo. (Pérez Barrero, 1999, p. 198)

Por último, Pérez Barrero (1999), menciona que: “el suicidio consumado abarca todos aquellos actos lesivos autoinfligidos con resultado de muerte” (p. 198).

2.3.2. Teoría cognitiva de la conducta suicida

Beck (1980) (como se citó en Villalobos Galvis, 2009), postula que la intencionalidad suicida es un continuum: “en un extremo está la intención definitiva de morir y en el otro, la intención de seguir vivo” (p.44). Cuando la conducta suicida, se realiza con la intensión de seguir viviendo, esta es usada para lograr algunos cambios interpersonales o para hacer que otras personas den la ayuda requerida. Por el otro extremo, los motivos de la conducta suicida pueden ser escapar de la vida, liberarse de un “distress” emocional intolerable o evitar sentirse atrapado. En algunas ocasiones la intención puede ser ambigua, siendo una confusión entre el deseo de vivir y el deseo de morir.

> Así los intentos de suicidio menos graves estarán probablemente asociados con motivos manipulativos, así como con los bajos niveles de depresión y desesperanza. Por el contrario, los intentos más graves corresponderán a intentos de escape y a elevados niveles de depresión y desesperanza. (Villalobos Galvis, 2009, p. 44)

Para el autor Beck (1980) (Como se citó en Villalobos Galvis, 2009), la conducta suicida grave está fuertemente correlacionada con la depresión y la desesperanza. Sin embargo, la desesperanza es esencial: es el nexo entre la depresión y el intento de suicidio. Beck, Kovacs y Waissman (s.f.) (citados por Choppin et al., 2004, como se citó en Villalobos Galvis, 2009) suponen que las conductas suicidas, en las personas con depresión, se originan de ciertas distorsiones cognitivas, tales como la excesiva visión negativa de sí mismo, el mundo y el futuro (triada cognitiva); no solo tienden a agrandar sus problemas, sino que también no creen que tienen la habilidad para resolverlos. Estas personas no toleran adecuadamente a la incertidumbre y están más predispuestas a considerar la idea de que quitarse la vida es la solución a sus problemas.

Integrando la perspectiva de Beck, Riskind, Long, Williams y White (2000 como se citó en Villalobos Galvis, 2009), la depresión es el punto de inicio de las conductas suicidas. A su juicio, la depresión es el resultado es tres componentes básicos: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos:

> Las personas deprimidas creen que no son valiosas o que son defectuosas y piensan también que el mundo es un sitio frio y horrible, razón por la cual no creen que el futuro pueda llegar a ser mejor. Todas las experiencias son filtradas a través de esas creencias y distorsiones, manteniendo así a la depresión. Finalmente, los errores cognitivos consistentemente cometidos por las personas deprimidas hacen difícil, si no imposible, reconocer informar que contradiga tales creencias. Un resultado potencial es ver suicidio como la única salida lógica para escapar de lo que se considera una vida desesperadamente mala que es imposible mejora. (p. 45)

2.3.3. Suicidio y factores asociados

En las personas, con riesgo de cometer suicidio, puede haber algunos factores predisponentes como, por ejemplo: haber sido víctima de sucesos traumáticos en la infancia, tener una historia previa de intento suicida o de suicidio en la familia, mostrar un nivel alto de impulsividad/inestabilidad emocional o carecer de recursos de afrontamiento adecuados, entre otras cosas. Esta predisposición, puede relacionarse con ciertos factores precipitantes, como la fase aguda de un trastorno mental, los

pensamientos suicidas, el fácil acceso a métodos letales, el acoso o algún acontecimiento vital adverso reciente, sobre todo si genera una gran humillación (Blasco-Fontecilla et al., 2010).

De acuerdo a Echeburúa (2014), algunos factores son modificables (trastornos mentales, situación de estrés, estrategias de afrontamiento o aislamiento social), pero otros, sin embargo, resultan inmodificables (sexo, edad, historia familiar, conducta suicida previa o salud física). El autor, agrega: "El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, si bien algunos tienen un peso específico mayor que otros en función de las circunstancias individuales de cada persona" (p.123).

2.3.3.1. Factores Específicos.

2.3.3.1.1. Factores Socio Demográficos.

Nizama Valladolid (2011), refiere que el estado civil juega un rol importante en el desencadenamiento de la conducta suicida. Menciona que, la subordinación a los intereses del núcleo familiar del que el individuo forma parte, disminuye los impulsos individualistas y suicidas.

En los adultos, el matrimonio y el trabajo pueden convertirse en generadores de conflicto y en determinados sujetos podría ser el motivo desencadenante de un acto suicida. Pero, por otro lado, un buen funcionamiento en estas áreas, sirven de factor protector frente a la conducta suicida. En las mujeres, principalmente, un mal matrimonio, puede convertir en un factor suicidiogeno, en cambio, en los hombres casados existe un menor riesgo suicida. La mujer soltera tiene menor riesgo de autodestrucción, contrario al hombre en la misma situación (Pérez Barrero, 1999).

En relación a esto, otro autor menciona que hay una mayor incidencia de suicidios en hombres y mujeres solteras, divorciadas y viudas, pero también para las mujeres, tener un hijo menor de dos años es un factor protector (Nizama Valladolid, 2011).

Otro factor importante, a tener en cuenta, es el desempleo. Pérez Barrero (1999) menciona:

> El desempleo, sobre todo en el primer año, puede ser un factor predisponente, así como el fracaso en el ejercicio de una profesión, lo cual se mide por la

> insatisfacción laboral (actitud) y por la falta de éxito (realización), tanto en la culminación eficiente de las tareas como en los logros económicos; la pérdida de prestigio, de aceptación y de realización personal, los cuales pueden deberse a déficit de aptitudes, rechazo vocacional, capacitación deficiente, bajas remuneraciones, escasas posibilidades de desarrollo personal, ocupación monótona y repetitiva, obsolencia por cambios tecnológicos y tendencias neuróticas autodestructivas que inducen a cometer errores y fracasar. (p.209)

Con respecto al género, Gutiérrez García et al. (2006), refieren que el género masculino comete más suicidio que el femenino, en una proporción de 5-1 en todos los rangos de edad. Pero, por su parte, las mujeres realizan intentos de suicidios en la misma proporción, utilizando métodos como la ingesta de medicamentos. En los hombres, el suicidio consumado se da al usar métodos como ahorcamiento o armas de fuego, frecuentemente en mayores de 50 años.

A su vez, también en relación al género y edad, Nizama Valladolid (2011), menciona que las mujeres tienen tasas superiores en ideación suicida e intentos de suicidio, comparado a los hombres (estas realizan sobre ingesta de psicofármacos, veneno o cortes con elementos punzocortantes). Y coincide en que los hombres realizan un mayor número de suicidio consumados, ya que el método que utilizan es más violento (precipitación al vacío, envenenamiento por gas, etc.).Con respecto a la edad, menciona que el riesgo de suicidio aumenta con la misma, aunque se observa un incremento, principalmente en varones entre 15 y 24 años: “A medida que avanza la edad, la ratio entre las tentativas de suicidio y el suicidio consumado es menor, lo que implica que en las personas adultas una gran parte de las tentativas suicidas acaba por consumarse” (Echeburúa, 2014, p.118).

Por último, Villalobos Galvis (2009), hace mención a que los intentos de suicidio en mujeres se presentan generalmente en: “menores de 35 años, se realizan de manera impulsiva, no premeditada y publica, en medio de una crisis interpersonal por sentimientos individuales de desespero y confusión” (p.17).

2.3.3.1.2. Factores Clínicos.

La relación entre el suicidio y las enfermedades orgánicas es significativa. Existen enfermedades (cáncer de mama o páncreas, epilepsia, entre otras), que por sí mismas se asocian a trastornos del ánimo. También, factores asociados a la enfermedad, contribuyen tanto al suicidio como al intento de suicidio, como pérdida de la movilidad, desfiguración, dolor crónico intratable, pérdida del estatus laboral e interrupción de las relaciones personales (Nizama Valladolid, 2011). Sin embargo, de acuerdo a Echeburúa (2015) "las enfermedades crónicas por sí mismas no llevan al suicidio, sino que son un factor de riesgo sólo cuando se acompañan de desesperanza" (p.121).

2.3.3.1.3. Factores psicológicos.

Existe una alta relación, entre trastornos psiquiátricos y conducta suicida, según Delgado Achicanoy et al. (2004), diversos estudios demostraron que alrededor de un 90% de las personas que intentaron suicidarse, presentaban una enfermedad psiquiátrica.

> El factor personal o psicológico representa el grupo de variables con una mayor relación con la ideación suicida. La literatura especializada informa que problemas como la depresión, una baja autoestima, el consumo de drogas (legales e ilegales) e incluso los desórdenes alimenticios, así como otras formas de violencia son variables que comúnmente se asocian a esta problemática. (Sánchez et. al, 2013, pp. 279-280)

De acuerdo a Nizama Valladolid (2011), los trastornos mentales, que con frecuencia se relacionan con el suicidio son: depresión mayor, trastornos de personalidad, impulsividad, adicciones y trastorno bipolar. También, aunque en menor medida, se han descrito asociaciones con trastornos alimentarios compulsivos y esquizofrenia.

Entre los factores de riesgo, en la población adulta, es necesario mencionar el alcoholismo, de acuerdo a Pérez Barrero (1999): "En este período de la vida adquiere categoría de enfermedad lo que hasta entonces fue una costumbre socialmente aceptable, pero con la reiteración del tóxico, se convirtió en un consumo perjudicial y/o un hábito propiamente dicho" (p. 206).

Echeburúa (2014), también hace mención a los trastornos adictivos como un factor de riesgo alto para el suicidio, entre ellos el alcoholismo, la dependencia de otras drogas y el juego patológico, sobre todo en las fases avanzadas y cuando hay una alta

impulsividad de por medio. Cuando ocurre esto, generalmente, las personas suelen presentar una depresión secundaria, la cual se asocia a no poder encontrar una solución a una situación de deterioro físico y psicosocial, la cual es percibida como insuperable.

Por otro lado, los trastornos depresivos son un factor de riesgo en el adulto, sobre todo si se cumplen las siguientes características, según Pérez Barrero (1999):

A. *Temática suicida*

1. Intentos suicidas previos.
2. Casos de autodestrucción en la familia o en el entorno.
3. Amenazas de suicidio (directas o indirectas).
4. Expresión de ideas concretas sobre la ejecución o los preparativos de dicho acto.
5. Calma inquietante tras un período suicidal y de agitación.
6. Sueños de autodestrucción, catástrofes.

B. *Síntomas y comorbilidad*

1. Angustia o agitación.
2. Trastornos crónicos del sueño.
3. Inhibición de los efectos y de la agresividad.
4. Fase depresiva que finaliza.
5. Nosomanía o enfermedades incurables.
6. Comorbilidad por alcoholismo.

C. *Entorno*

1. Desórdenes familiares en la infancia y adolescencia.
2. Ausencia o pérdida de contactos humanos (aislamiento, desengaño).
3. Dificultades profesionales o financieras.
4. Ausencia de un fin en la vida.
5. Ausencia o pérdida de relaciones religiosas sólidas o de otro tipo.

Los trastornos psicóticos, también se encuentran asociados al acto suicida. Popovic et al., (2014) (Como se citó en Echeburúa, 2014), menciona:

> En general, el 25%-50% de los pacientes con esquizofrenia, condicionados por alucinaciones o ideas delirantes, pueden intentar suicidarse alguna vez en su vida con métodos más cruentos o atípicos, como el suicidio con un hacha o el

> autoapuñalamiento múltiple con un cuchillo de cocina o con unas tijeras, y no avisan con antelación de sus intenciones. En ellos se da el *suicidio impulsivo*, que surge de forma espontánea, imprevista y sin deliberación previa. El riesgo es mayor en los jóvenes varones durante la primera etapa de la enfermedad, en los pacientes con recaídas crónicas y en los primeros meses después de un alta hospitalaria, así como en los psicóticos que padecen además síntomas depresivos. (p.121)

Otro trastorno, que se encuentra muy relacionado con la conducta e intento suicida, es el trastorno límite de la personalidad (TLP), el cual se caracteriza por impulsividad e inestabilidad emocional: "Alrededor de un 10% de las personas con TLP se suicidan, mientras que el otro 90% tan sólo amenaza con ello o lo intenta, incluso varias veces" (Blasco-Fontecilla et al., 2009; Esbec y Echeburúa, 2014, como se citó en Echeburúa, 2014, p. 121).

Por último, la anorexia también se encuentra relacionada con la conducta suicida, especialmente en mujeres que se encuentran en una fase avanzada del trastorno, siendo adultas jóvenes. Este trastorno, suele estar correlacionado con la depresión, la cual se da como resultado del agravamiento del cuadro clínico, el aislamiento social y la falta de esperanza en el futuro (Echeburúa, 2014).

2.3.3.1.4. Factores familiares.

De acuerdo a Delgado Achicanoy et al. (2004): "se ha identificado que el funcionamiento familiar tiene una estrecha relación con la presentación de conductas suicidas, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: a) situaciones negativas en la infancia; b) conflictos familiares; c) antecedentes familiares de conductas suicidas" (p.66). En este sentido, los autores, han encontrado que las personas que realizan un acto suicida, suelen pertenecer a familias disfuncionales donde la desorganización se relaciona comúnmente con el fallecimiento de unos de los padres, separación o divorcio, abuso, violencia intrafamiliar y el alcoholismo.

Los autores Pérez y cols. (como se citó en Delgado Achicanoy, et al., 2004) sugieren:

> Los antecedentes familiares de conductas suicidas son un factor de riesgo debido a dos planteamientos: a) la conducta suicida puede ser tomada como modelo de aprendizaje sea por imitación o identificación y b) las consecuencias emocionales que acarrea este comportamiento en la familia desencadenan pautas de crianza caracterizadas por sobreprotección buscando evitar que se repita el modelo, sin embargo, se obtiene un efecto contrario. (p 67)

Por último, de acuerdo a Delgado Achicanoy et al. (2004): "varios estudios han identificado que personas con antecedentes familiares de conductas suicidas son más vulnerables a repetir este tipo de comportamientos" (p. 67).

2.3.3.1.5. Factor personal: intento de suicidio previo.

Otro factor a tener en cuenta, según Pérez Barrero (1999), es haber realizado previamente un intento de suicidio frustrado, entendiéndose tal como un intento el cual no tuvo éxito en su propósito final, solo por un error de cálculos o por otro accidente. Estas personas, pueden repetir dichos actos y existen algunos factores predictores, como los siguientes:

1. Historia de tratamiento psiquiátrico, ya sea de forma ambulatoria u hospitalizada.
2. Poseer una personalidad antisocial.
3. Abusar del alcohol u otras drogas.
4. Pobres condiciones materiales de vida.
5. Desocupación.
6. Antecedentes criminales (lesiones, homicidio, robo, etcétera).

2.4. Depresión: Definición

La depresión (del latín *depressus,* abatimiento), según Chávez & Tena (2018), es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos conocidos. Se describe como: "un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (anhedonia)". (p.11)

> Se puede entender a la depresión primeramente como un síndrome caracterizado por una tristeza profunda y la inhibición de casi todas las funciones psíquicas, que da lugar a una serie de síntomas: físicos, psicológicos, de conducta, cognitivos (intelectuales), asertivos y sociales, entre otros. Su sintomatología es variadísima; es un trastorno que puede manifestarse de muchas formas, pues afecta a lo más profundo del ser humano y cada uno guarda en su seno un estilo propio e irrepetible cuyas características se manifiestan tanto en su personalidad como en los trastornos que sufre. (Chávez & Tena, 2018, p.11)

La Organización Mundial de la Salud (2020), considera a la depresión como una enfermedad frecuente a nivel mundial, la cual según se calcula, afecta a más de 300 millones de personas. Esta se diferencia de los estados de ánimos habituales y las respuestas emocionales breves a distintas problemáticas que se presentan en la vida cotidiana. La depresión, puede tornarse un problema de salud serio, es especial cuando sus síntomas se presentan de manera intensa y duradera. Dicha enfermedad, puede acarrear un gran sufrimiento, alterando las distintas esferas de la vida de la persona que la padece, en donde, en el peor de los casos puede llevar al suicidio.

Desde la opinión de los autores Pérez Álvarez & García Montes (2001), los clínicos, utilizan el término "depresión" de una manera muy precisa con patrones definidos y la clasificación de diversos tipos. Estos patrones, consisten en una variedad de síntomas que pueden ser agrupados en cuatro tipos:

1) Síntomas afectivos: humor bajo, tristeza, desanimo.
2) Síntomas cognitivos: pensamientos negativos de sí mismo, del mundo y del futuro. Además de baja autoestima, desesperanza y remordimiento.
3) Síntomas conductuales: Abandono de actividades sociales, reducción de conductas habituales, lentitud al andar y al hablar, agitación motora y actitud desganada
4) Síntomas físicos: problemas con la comida, el sueño y en general falta de energía.

Por lo mencionado es que el cuadro depresivo podría ser evocado por diversos síntomas, por lo que la depresión se daría de manera diferente según la persona ya que

habría una preponderancia de un patrón u otro depende cada caso (Pérez Álvarez y García Montes, 2001).

Beck et al. (2010), describe el modelo cognitivo de la depresión. Dicho modelo, postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: 1) la triada cognitiva; 2) los esquemas; y 3) los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información).

1) La triada cognitiva, según Beck et al. (2010):

1er componente: se centra en tres patrones cognitivos principales, que inducen al sujeto a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de esta tríada, se enfoca en la visión negativa que la persona tiene acerca de sí mismo. Se percibe como torpe, enfermo, poco valioso y desgraciado. Tiende a atribuirse las experiencias desagradables como un defecto suyo de carácter psíquico, físico o moral. Entonces, la persona cree que, en base a estos defectos, es un inútil, carece de valor y se critica a sí mismo, ya que ese es su modo de ver las cosas. Todo lo mencionado, lo lleva a pensar que carece de cualidades esenciales para poder lograr la felicidad.

2do componente: se centra en la propensión, de la persona deprimida, de interpretar de manera negativa sus propias experiencias. Perciben al mundo como un lugar el cual le presenta obstáculos insuperables y/o demandas exageradas, por lo cual no puede alcanzar sus objetivos. Esta persona, interpreta en términos de relaciones de derrota o frustración sus interacciones con el entorno. Dichas interpretaciones negativas, se evidencian al observar como esta persona crea situaciones de su vida de manera negativa, aun teniendo la posibilidad de interpretar alternativas más plausibles, en relación a esto, Beck et al. (2010), sostiene:

> La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iníciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En este sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajustasen a las conclusiones negativas que se había formado de antemano. (p.20)

3er componente: se centra en la visión negativa acerca del futuro. Debido a esto, cuando la persona con depresión crea proyectos con un gran alcance, prevé que, en dichos proyectos, su sufrimiento o dificultades de la actualidad continuaran de manera indeterminada, por lo cual le espera frustraciones, penas y privaciones interminables. Sus expectativas, son de fracaso inevitable al pensar hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato.

A juicio de Beck et al. (2010), el modelo cognitivo, considera a los demás signos y síntomas de la depresión como consecuencia de patrones cognitivos negativos: "Por ejemplo, si el paciente *piensa* erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es *real*. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo" (p.20).

Los síntomas motivacionales, entre ellos deseos de escape y evitación; poca fuerza de voluntad, etc., pueden ser explicados como resultado de las cogniciones negativas. La persona deprimida, posee poca fuerza de voluntad, la cual se da a partir de su pesimismo y desesperación. Es decir, si se espera un resultado negativo en determinada tarea, la persona no puede comprometerse a realizarla.

> Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que *parecen* ser problemas irresolubles o una situación intolerable. El depresivo puede verse a sí mismo como una carga inútil y consecuentemente pensar que sería mejor para todos, incluido él mismo, si estuviese muerto. (Beck et al. 2010, p.20)

La creciente dependencia y los síntomas físicos de la depresión, también se pueden entender en términos cognitivos. Con respecto a lo primero, la persona se percibe a sí misma como incapaz y sobreestima la dificultad de las tareas, es por esto, que espera fracasar en todo, por lo cual busca apoyarse en otras personas a las cuales considera más competentes para así obtener seguridad y apoyo. En relación a los síntomas físicos, se considera que la apatía y las pocas energías de la persona deprimida, podrían ser consecuencia de su propia creencia donde se encuentra a si mismo predestinado a fracasar en todo lo que realice (Beck et al., 2010).

2) Modelo de esquemas, de acuerdo a Beck et al. (2010): El segundo componente, del modelo cognitivo, es el denominado modelo de esquemas. Dicho modelo, se utiliza

para explicar por qué una persona depresiva mantiene actitudes que le generan sufrimiento y son contraproducentes, aun cuando hay evidencia de factores positivos en la vida del sujeto.

En relación a esto, los autores Beck et al. (2010), refieren que cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos. La persona selecciona estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación. Cada persona suele ser consistente en sus respuestas frente a fenómenos similares. Por lo tanto, patrones cognitivos relativamente estables, constituyen una base regular acerca delas interpretaciones de un determinado conjunto de situaciones. El término "esquema" refiere a estos patrones cognitivos estables.

> Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia, el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones (definidas como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico). Así, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas. (Beck, et al., 2010, p. 21)

Los esquemas que se empleen, determinaran el modo en que la persona estructurara las diversas experiencias. Como mencionan Beck, et al. (2010): "Un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos (por ejemplo, situaciones generadoras de ansiedad). Estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona" (p.21). Debido a esto, es que, en la depresión, la percepción de determinadas situaciones se distorsiona de modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes. Entonces, el emparejamiento de un esquema adecuado con un estímulo concreto se encuentra alterado por la intrusión de esquemas idiosincráticos activos. A medida que esto último sucede y los esquemas se activan más, son evocados por un conjunto de estímulos, también cada vez mayores, con los cuales hay una escasa relación lógica: "El paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados" (p.22).

Con respecto a las depresiones más leves, Beck et al. (2010), postulan que la persona generalmente puede considerar sus pensamientos negativos con cierta

objetividad, pero a medida que este cuadro depresivo se agrava, el pensamiento comienza a ser dominado cada vez más por ideas negativas, aun sin la existencia lógica de una conexión entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas.

Teniendo en cuenta lo mencionado, es que cuando los esquemas idiosincráticos prepotentes generan distorsiones en la realidad y, en consecuencia, errores sistemáticos en el pensamiento de la persona depresiva, esta se encuentra cada vez más incapacitada de considerar la idea de que sus interpretaciones negativas no son correctas. Es por esto, que en el cuadro depresivo grave, el pensamiento de la persona puede llegar a estar dominado totalmente por estos esquemas, por lo que se encontraría completamente absorto en pensamientos perseverantes, negativos y repetitivos, por lo cual la persona puede encontrar una gran dificultad al concentrarse en estímulos externos como leer o responder preguntas, también el emprender actividades mentales voluntarias como por ejemplo solucionar problemas o intentar evocar un recuerdo (Beck, et al. 2010).

3) Errores cognitivos

Los errores en el procesamiento de la información, que se dan en el pensamiento de la persona depresiva, mantienen la creencia de la validez de los conceptos negativos, a pesar de la evidencia contraria existente. Estos errores cognitivos, de acuerdo a Beck, et al. (2010) son:

1. *Inferencia arbitraria* (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
2. *Abstracción selectiva* (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
3. *Generalización excesiva* (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
4. *Maximización y minimización* (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
5. *Personalización* (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

6. *Pensamiento absolutista, dicotómico* (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

Por otra parte, se encuentra la clasificación de la depresión, según el DSM-5, (Citado por Coryell, 2020), donde, la depresión se encuentra en el apartado denominado: Trastornos depresivos.

Para el diagnóstico de depresión mayor, ≥ 5 de los siguientes síntomas deben haber estado presentes casi todos los días durante un período dado de 2 semanas, y uno de ellos debe ser el estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día
- Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día
- Aumento o pérdida significativa (> 5%) de peso, o disminución o aumento del apetito
- Insomnio (a menudo insomnio de mantenimiento del sueño) o hipersomnia
- Agitación o retardo psicomotor observado por otros (no informado por el mismo paciente)
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada
- Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio o un plan específico para suicidarse

2.4.1. Depresión y Suicidio

A juicio de Rudd (1990), la depresión se encuentra presente en la mayoría de las conductas suicidas y aparece normalmente en personas que se consideran como suicidas potenciales, ya que esta tiene un papel fundamental y predictor en las ideas y tentativas suicidas, así como en el suicidio consumado.

Gutiérrez García et al. (2006), mencionan que la depresión es un predictor del suicidio. Existe un estrecho vínculo entre los trastornos afectivos con la propensión a causarse daño a sí mismo de manera deliberada, aparentemente con el objetivo de

encontrar algún alivio al aniquilarse o escapar. La persona deprimida, se caracteriza por sus expectativas negativas sobre el futuro y por una sensación de dificultad extrema para alcanzar las metas propuestas, es decir, por su desesperanza. Así, es que la motivación para dar una respuesta adecuada a lo cotidiano está ausente y concurren déficits cognoscitivos que interfieren con un nuevo aprendizaje por el abatimiento motriz y emocional, acompañado de ansiedad. Por lo mencionado, es que la desesperanza se correlaciona positivamente con la ideación suicida y se le considera un factor esencial en la relación entre la depresión y el suicidio.

Por otro lado, Ceballos Ospino et al. (2015), mencionan:

> De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV), la depresión se encuentra relacionada con signos como la tristeza, la desesperanza, la disminución del interés en las actividades que antes se evaluaban como placenteras, la culpabilidad, el llanto frecuente (…). Signos que de una u otra manera influyen en la aparición de pensamientos e ideas suicidas; pensamientos de terminar con la propia existencia. (p.16)

Tal vez, esta fuerte conexión entre depresión y conducta suicida se deba a que ambos fenómenos comparten procesos similares, como la triada cognitiva de Beck, ya que en las personas suicidas se encuentra: a) Una visión negativa de sí mismo, como se manifiesta en los bajos niveles de autoestima b) una visión negativa de la situación, en la que se valoran más negativamente los eventos vitales; y c) una visión negativa del futuro toda vez que la desesperanza esta típicamente presente en los casos de conductas suicidas en los adolescentes (De Wilde, Kienhorst y Dieskstra, 1996, como se citó en Villalobos Galvis, 2009).

A su vez, Sánchez et al. (2013) refiere: “se plantea que un estado de ánimo depresivo se debe de considerar como una condición previa necesaria para la presencia de ideación suicida” (p. 280).

Por último, Echeburúa (2015), enuncia:

> Los pacientes con depresión corren más riesgo de cometer suicidio en la fase inicial del trastorno o cuando el tratamiento ya ha comenzado a surtir efecto o

incluso después del alta hospitalaria. Al deseo de aniquilarse se une su menor inhibición y apatía; antes, en medio de la depresión, ni siquiera tienen fuerza para eso. Además, la inhibición y apatía responden mejor al tratamiento, pero los sentimientos profundos de desesperanza tardan más en desaparecer. (p.121)

2.5. Antecedentes Históricos de Investigación

En relación al trabajo policial, varios autores coinciden en sus posturas, al evidenciar que se trata de un trabajo donde sus agentes se enfrentan a situaciones adversas, las cuales les generan mucho estrés y ello da lugar al desarrollo de conductas suicidas. Debido a esto, se puede mencionar que si bien la labor policial no tiene factores directos que llevan al suicidio, si existen una serie de factores asociados en la pre y post incorporación, los cuales pueden desarrollar cierto tipo de conductas suicidas (Charbonneau, 2000, Hem *et al*. 2001, Kposowa, 1999, Marzuk, Nock, Leon, Portera, & Tardiff, 2002, como se citó en Compañía, 2009).

El trabajo policial, incluye la exposición a la violencia, incidentes traumáticos y la confrontación, además de la posibilidad de terminar herido o fallecer, por lo cual, dicha actividad, tiende a ser considerada como estresante y peligrosa (Chen et al. 2006).

Hyemin et al. (2013), realizaron estudios donde se pudo inferir que, entre más violento es el ambiente laboral al cual el personal policial se ve sometido, será más probable que termine afectado con sintomatologías psicosomáticas, tales como ansiedad, pesadillas, angustia, tristeza, coraje, infarto cardiaco, sentimiento de culpa, miedo e impotencia. Además, las vivencias expresadas fueron preocupación por sus familias, la educación de sus hijos, convivencia limitada al trabajo y la familia; y por ultimo un sueldo precario. Dicha sintomatología no se evidencia en policías cuyos escenarios laborales son más tranquilos.

Si se observan los múltiples factores de riesgo, en la población general, asociados a la depresión, trabajar en un ambiente laboral con una gran carga de estrés, como lo es el ser policía, va a hacer que dichos factores y su magnitud incrementen. La labor policial, es en términos profesional, hacer cumplir la ley, garantizar la seguridad de los ciudadanos y mantener el orden. Por lo cual, los policías tienen un doble trabajo: hacer cumplir la ley y satisfacer el servicio de la comunidad (Castro, et al., 2012)

Además, de las actividades mencionadas, Morales-Manrique & Valderrama-Zurián (2012), refieren que los policías también denuncian infracciones, detienen delincuentes y dedican gran parte de su labor a actividades asistenciales y resolución de conflictos de la comunidad o entre particulares. Por otra parte, se ocupan de riesgos inherentes a la profesión. tanto reales como imaginarios. los cuales generan sufrimiento y estrés. Gershon, Lin & Li, (2002, como se citó en Morales-Manrique & Valderrama-Zurián, 2012), mencionan: "Unido a ello, ciertos aspectos del trabajo -como es la alta demanda y/o bajo control, el trabajo por turnos, y el frecuente contacto con el ciudadano- es por lo que se define esta profesión como de "alto estrés"" (p.60).

La actividad policial, propiamente dicha, conlleva un alto riesgo de estrés y, además, existen otros factores que inciden de manera negativa en la disposición y motivación de estos sujetos a la hora de realizar su labor, por lo cual pueden desarrollar depresión y estrés postraumático (Sánchez- Milla, et al., 2001).

La expectativa de la población, de tener policías íntegros y eficientes, contribuye a la tensión en la profesión (Collins & Gibbs, 2003; Newman & Rucker- Reed, 2004, como se citó en Morales-Manrique & Valderrama-Zurián, 2012):

> Es exigible que la actividad policial sea ejercida por personas que dispongan de estabilidad psicológica y que actúen con actitudes positivas hacia la sociedad y hacia su propio quehacer, que les permita de este modo afrontar situaciones emocionales o de riesgo con las mejores tomas de decisión posibles (Yagüe, 1994, como se citó en Morales-Manrique & Valderrama-Zurián, 2012, p. 61).

De acuerdo a Casenave (2009), al momento de determinar la carga emocional, de los policías, frente al trabajo en distintas tareas, contextos o eventos policiales, resulta fundamental diferenciar entre:

a) Las experiencias laborales cuya carga emocional se determina por la exposición del policía como receptor. Siendo, en este caso, el agente el que experimenta el peligro o recibe la violencia de otros.
b) Las experiencias laborales cuya carga emocional surge de ser testigo del sufrimiento ajeno, siendo otros quienes reciben la amenaza o daño.

En relación a la primera experiencia, se puede nombrar a las situaciones que se relacionan con la experiencia ocupacional inherente a la profesión, es decir, agresiones verbales y acometimientos. Además, lesiones o heridas graves durante el acto de servicio, atentados con armas de fuego o explosivos de grupos terroristas, también el actuar policial frente a dispositivos peligrosos o intervenciones de riesgo como lo es un enfrentamiento armado (Casenave, 2009).

Con relación a la segunda experiencia, es decir, las exposiciones al dolor ajeno, Casenave (2009), menciona que estas se observan en: la atención a niños y mujeres víctimas de delitos sexuales u otras agresiones; la investigación de redes de pornografía infantil; delitos violentos y rescate de personas secuestradas. Estas, son situaciones en donde la policía es testigo del daño ocasionado a otras personas y no es el damnificado, pudiendo estar expuesto de manera presencial o no presencial:

> - Como testigo presencial: cuando la carga emocional parte de una situación vivida por el agente en el lugar y momento en el que se producen los hechos o cuando presencia, de manera directa, los daños ocasionados (levantamientos de cadáveres, suicidios, duras reyertas, intervención en escenas de malos tratos). (p.180)
>
> - Como testigo no-presencial: cuando la carga emocional surge al ser conocedor del dolor ajeno trasmitido a través de un relato verbal, escrito o en un soporte visual -fotografías, vídeo- (toma de declaración, estudio de diligencias, investigación de pornografía infantil a través de imágenes en Internet). (p.180)

También, se han estudiado factores de vulnerabilidad desde la psicología policial, según refiere Casenave (2009), estas variables ayudan a predecir la aparición de algún trastorno psíquico, tras realizar tareas que conlleven una elevada exigencia emocional. Se han realizado estudios, lo cuales se basaron en comparar la influencia de los acontecimientos negativos en la esfera privada de la vida del agente policial con el efecto causado por los incidentes inherentes a la labor policial en la vida de los mismos. En relación a los aspectos personales, se destaca: “el interés por características individuales como la “alexitimia”, la autoestima, las vivencias infantiles de abandono y/o abuso, o los

acontecimientos negativos vividos previamente. Características personales que dificultan el afrontamiento eficaz del incidente crítico" (p.186).

Por último, con respecto a las variables laborales, se le da importancia a: "las primeras reacciones en el momento de la intervención, el apoyo de los superiores, la presencia en dispositivos de emergencia (momento de incorporación, duración del servicio), la experiencia profesional o la realización de un apoyo psicológico inicial tras la tarea" (Casenave, 2009, p.186).

Por otra parte, a lo largo de los años, se han realizado investigaciones acerca del personal policial y su salud mental. Tal como refieren los autores Johns et al. 2012, Meyer et al. 2003; Miller, 2005; Stuert, 2008; Violanti, 2004, 2009; entre otros (como se citó en Puelles Casenave, 2015): "Diversos estudios se muestran interesados por analizar el impacto que la función policial conlleva sobre la depresión y la evolución hacia el suicidio" (p.84).

Algunos autores, sugieren que la exposición de los policías al suicidio de otras personas, debe de ser considerado un factor de riesgo para el desarrollo de ideas, planes o intentos suicidas de ellos mismos, ya que la durante la función policía, estos en algunos casos investigan suicidio, por lo que se encuentran más expuestos que los civiles a múltiples eventos negativos en la vida de otras personas (y que hay que considerar la función policial desde esta perspectiva ya que, los agentes policiales, a menudo investigan suicidios y están más expuestos que la población general a múltiples eventos negativos de la vida de otras personas) (Puelles Casenave, 2015).

Sin embargo, la autora Puelles Casenave (2015), menciona:

> No se ha encontrado el apoyo empírico necesario que permita señalar la existencia de una tasa más elevada de suicidios entre los agentes policiales y la población general y tampoco se ha demostrado la existencia de relación entre el suicidio de los agentes y la función policial. (p.84)

Tal como se describió anteriormente, a lo largo de los años se llevaron a cabo investigaciones acerca de la salud mental de los policías. Estas incluían temas como la depresión y factores asociados a la ideación suicida. A propósito de esto, se puede comenzar mencionando la investigación de Meyer et al. (2003), la cual realizaron con policías de la provincia de Cabo, Sudáfrica. En esta, se hallaron seis variables al momento

de detectar un alto nivel de ideación suicida. Estos son: el uso de técnicas de afrontamiento pasivo (3%), uso de alcohol (1%), intentos previos de suicidio (8%), estrés por demandas en el campo policial (1%) y la carencia de afrontamiento centrado en el problema (1%).

Violanti (2004), en su investigación con policías de Northeasten (USA), halló que tanto la exposición a eventos traumáticos como la sintomatología del trastorno por estrés postraumático, incrementaban la ideación suicida y el consumo de alcohol en los uniformados. Además, se encontró que la combinación de un gran consumo de alcohol con los síntomas TEPT, llevaban a una ideación suicida 10 veces mayor en relación a aquellos policías los cuales presentaban un bajo nivel de trauma.

Otra investigación, es la de Cheng et al. (2006), acerca de calidad de vida, probable depresión y factores de riesgos asociados en policías de Kaohsiung, Taiwán. La muestra estuvo conformada por 832 efectivos de la policía y los resultados estimaron una probable depresión de 21,6% (180 personas). Los factores que se identificaron como predictivos fueron los problemas familiares y el estrés laboral, este último relacionado a los compañeros, el elevado volumen de trabajo, la presión social sobre el rendimiento. Aquellos efectivos que no puntuaron probable depresión, se encontraban dentro de los que tenían un nivel educativo universitario o similar, fueron los que obtuvieron puntuaciones altas en calidad de vida.

En relación a los eventos traumáticos sexuales y otros eventos interpersonales, Sareen et al. (2009), demostraron que ambos se asociaban de manera significativa en una muestra poblacional policial de Canadá.

Otra investigación realizada, es la de Rodríguez et al. (2013), cuyo objetivo era identificar la ideación suicida en un grupo de agentes de policía de Pereira, Colombia. La muestra estuvo conformada por 137 policías, a los cuales se les aplico el cuestionario ISO 30 y una encuesta de caracterización. Los resultados arrojaron que el 2,9% presento un alto nivel de ideación suicida. Este porcentaje se presentó en mayor medida entre los policías que vivían solos (11,1%), y aquellos que tuvieron un intento de suicidio previo (25,0%). Al analizar la ideación suicida, se encontró que el 91% presenta un nivel bajo; 6% medio y 3% puntuó alto. Al revisar la distribución de la ideación suicida, en las variables analizadas, se encontró que los valores altos solo se encuentran en los que tienen entre 21 y 30 años de edad, aquellos que como máximo han realizado estudios de

bachillerato, entre casados y solteros, los que en la actualidad no estudian, y entre quienes llevan vinculados entre 15 y 110 meses con la institución.

En el mismo año que la investigación anterior, los autores Violanti et al. (2013), realizaron un estudio piloto para detectar ideación en agentes de policía. Utilizaron la prueba de asociación implícita (IAT), que mide los niveles de identificación con la vida o la muerte. Los resultados de dicha prueba sugirieron que en los oficiales había diferentes niveles de identificación con la vida: leve (18,5%), moderada (32,3%) y fuerte (29,2%). 14% fueron neutrales en su identificación con la vida y el 6% con la muerte.

A su vez, Rivera Camacho (2013), realizo un estudio para estimar los factores de riesgo y factores protectores, asociados a los signos de depresión en la Policía Nacional de Colombia. La muestra, estuvo conformada por 1674 policías, donde el 87,6% eran hombres. Según los resultados, tener estrés percibido y presentar eventos de maltrato intrafamiliar son factores de riesgo asociados a la depresión.

Por otra parte, Pazmiño Pazmiño (2015), realizó una investigación para determinar los factores de riesgo que inciden en la ideación e intento de suicidio en miembros policiales. La muestra, estuvo conformada por 30 policías del Distrito Eloy Alfaro, Ecuador. Los resultados concluyeron que el principal factor de riesgo que influye en el intento e ideación de suicidio, en miembros de la policía, es el factor familiar, en el cual se dan diversos elementos tales como: tristeza y desaliento, pérdida percibida de control, tensión, ansiedad, baja autoestima, incapacidad para sentir, pensamiento suicida, propósito de suicidio, deseo de morir, falta de razones para vivir, acciones suicidas. Además, se establece:

> Son un factor de riesgo los rasgos de personalidad ya que estos a su vez pudieron haber iniciado en la infancia básicamente con las carencias de tipo afectivo y que se han agudizado en la vida adulta, posiblemente debido a la falta de referentes significativos que contribuya a la formación de la personalidad. Durante el análisis de casos, se ha observado que quienes cometen el intento de suicidio al parecer manifiestan cierta dependencia psicológica al afecto de personas significativas en sus vidas y que en caso de ser abandonados por las personas de

> quienes dependen, experimentarían un vacío existencial del que presuntamente no se sobreviviría. (p.82)

Cabe señalar, que durante la investigación uno de los miembros de la policía se suicidio. Este mantenía problemas con su pareja, donde se dio un caso de infidelidad lo cual fue la causa de su muerte. La autora menciona que dicho casi reitera la comprobación de la hipótesis al determinar que el factor familiar es un factor importante para la ideación y el suicidio consumado (Pazmiño Pazmiño, 2015).

Otra investigación, acerca de rasgos de depresión y el porcentaje de los mismos, en policías, fue llevado a cabo por los autores Contreras, et al. (2015). Esta se llevó a cabo en el departamento de Sucre, Bolivia. La muestra, estuvo conformada por policías, en edades de 22 a 27 años. Se aplicó el inventario de depresión de Beck y los resultados demostraron altos niveles en las variables determinadoras de este trastorno: "El 100% de los policías encuestados indicaron sus respuestas dentro de los ítems de tristeza, el 90% de estos funcionarios eligieron las respuestas que indican la existencia de sensación de fracaso e insatisfacción y el 80% aseguraron ser pesimista" (p.34). Esto confirma que los agentes presentan altos niveles de tristeza, insatisfacción, pesimismo, sensación de fracaso y conductas asociadas a estos altos porcentajes en relación a la depresión:

> Asimismo, estos funcionarios públicos puntuaron con un 90% las respuestas que señalan las variables de retirada social, autodesprecio, sensación de fracaso y culpabilidad. Un 70% de estos funcionarios presentan según sus respuestas autoacusación y un 30% de los encuestados indicaron sentirse con irritabilidad. Demostrando con esto la existencia de factores predisponentes y mantenedores de la depresión en este grupo de personas consultadas. (Contreras, et al., 2015, p.34).

Además, Contreras et al. (2015) añaden que el 23% de los policías muestra una preocupante realidad acerca de las ideas suicidas, lo cual ratifica la existencia de un alto nivel de depresión en esta población.

Respecto a las variables que la literatura relaciona con la ideación suicida, entre los policías, Puelles Casenave (2015), destaca:

> El efecto combinado de síntomas de Trastorno por estrés postraumático y consumo de alcohol, variable que aumenta diez veces el riesgo de este tipo de ideación, las perdidas y problemas de pareja, los eventos traumáticos sexuales experimentados a lo largo de la vida, los intentos previos de suicidio, el uso de estrategias pasivas de afrontamiento, el uso de alcohol, la carencia de afrontamiento centrado en el problema y los estresores por demandas específicamente policiales. (p.90)

Las dificultades, en las relaciones de pareja, han sido señaladas por Daniel & Clark (2012) como se citó en Puelles Casenave (2015), como un importante factor de riesgo suicida en los policías (Daniel & Clark, 2012), además señalan un gran peso de los factores personales. Según O´Hara, Violanti, Levenson & Clark (2013) como se citó en Puelles Casenave (2015), los factores personales constituyen el 83% de los casos de riesgo suicida en el personal policial.

En relación a lo anterior, Violanti et al. (2009) como se citó en Puelles Casenave (2015), realizo un estudio con policías de Buffallo, Nueva York y encontró que el matrimonio es un factor de protección frente a la ideación suicida: "Especialmente entre las mujeres policías, sobre todo cuando tienen hijos y especialmente si estos son menores de dos años" (p.87).

Daniel & Clark (2012) (como se citó en Puelles Casenave, 2015), recuerdan que:

> El agente policial promedio que se suicida, corresponde con un hombre de 38,7 años de edad que lleva 12,2 años en el Cuerpo policial y pertenece a una escala básica, por lo general, por debajo del rango de sargento (88,7 por ciento). (p.85)

Hay que mencionar, por último, la investigación de Sastoque Riveros (2020), la cual describe los factores de riesgos que terminan por desencadenar conductas suicidas en los policías, del Caí Tres Reyes, Bogotá. El total de la muestra, estuvo conformada por 30 policías, 83,3% de hombres y 16,6% de mujeres. Los métodos utilizados fueron la entrevista y la escala de ideación suicida de Beck. Los factores de riesgo que se obtuvieron, están relacionados a que los policías tienen algún familiar que sufre alguna

alteración, por lo cual afecta a su entorno familiar, además antecedentes familiares de abuso de alcohol, problemas de drogas e intentos de suicidio.

Otros factores son los laborales (afectación de ánimo por la zona donde trabajan), lo cual les provoca estrés y preocupación, el factor económico y otros como: haber acudido con anterioridad a terapia psicológica donde la persona pasó por una gran pérdida emocional (Sastoque Riveros, 2020).

CAPÍTULO III

MÉTODO

Se trata de un estudio transversal, de tipo comparativo y correlacional. El estudio es comparativo porque pretende determinar si existen diferencias entre los tres grupos estudiados (baja, media y alta en "sucesos de vida") y si hay covariación entre las variables depresión y riesgo suicida. Se utilizará el tratamiento cuantitativo de datos, donde los mismos serán analizados por el programa *SPSS* (v.20.0).

3.1. Objetivos

3.1.1. General

Evaluar el nivel de sucesos de vida negativos relacionado con la vulnerabilidad al suicidio y la propensión a la depresión en el cuerpo de policía de la Provincia de Buenos Aires.

3.1.2. Específicos

- Comparar el nivel de sucesos de vida (bajo, medio y alto) en depresión y riesgo suicida en policías.
- Correlacionar el grado de depresión y riesgo suicidaen policías.
- Correlacionar el grado de depresión, riesgo suicida y sucesos de vida con otras características sociodemográficas y laborales (por ej. edad, nivel de educación, número de hijos y antigüedad laboral) en policías.

3.2. *Hipótesis*

H1. Policías con alto nivel de sucesos de vida negativos puntuarán alto en depresión en comparación con aquellos que han tenido bajo y medio nivel de sucesos de vida negativos.

H2. Policías con alto nivel de sucesos de vida negativos puntuarán alto en riesgo suicida en comparación con aquellos que han tenido bajo y medio nivel de sucesos de vida negativos.

H3. Se encontrará una correlación positiva y significativa entre depresión y riesgo suicida, es decir, la depresión aumenta la vulnerabilidad al suicidio.

3.3. *Participantes*

Estuvo integrada por 151 miembros del cuerpo policial de ambos sexos, 68 (45%) varones y 83 (55%) mujeres, cuyo rango etario era de 20 a 59 años (Media = 32,89 años, DT = 7,23), con una antigüedad laboral de uno a 32 años (Media = 9,76 años, DT 6,50). Los policías fueron reclutados en comisarías de la Provincia de Buenos Aires.

3.4. *Procedimiento*

Se diseñó una plataforma *on line* que se anunció en foros de internet, redes sociales y whatsapp para alcanzar el mayor número de policías que sea posible reclutar (con un rango-ventana de tres meses). A causa del aislamiento social, hubo dificultades para alcanzar encuestas impresas, de modo que los resultados pueden no ser representativos de los policías.

Se dieron instrucciones para completarlos y cada participante suscribió un consentimiento firmado. Los datos fueron tratados con confidencialidad y anonimato de sus respuestas. Para el análisis y procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versión en español.

3.5. Instrumentos

Inventario de Orientaciones Suicidas (*ISO-30*; King & Kowalchuk, 1994; Arruti, 2013). Es una herramienta técnica de screening la cual permite evaluar el riesgo suicida adaptada en Argentina por Liporace y Casullo (2006). Es un instrumento autoadministrable que consta de 30 ítems que deben ser respondidos en una escala de tipo Likert de cuatro opciones: 1 = Totalmente en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = De acuerdo y 4 = Totalmente de acuerdo, de modo que, a mayor puntaje, mayor riesgo suicida. El desarrollo de una orientación suicida supone una progresión continua transcurre en tres etapas: miedo, crisis y resolución. En la etapa de Miedo, frente a problemas que no se resuelven y con estrategias de afrontamiento fallidas surgen sentimientos depresivos o actuaciones. En la etapa de Crisis la idea del suicidio emerge como solución adecuada. En la etapa de Resolución surge el plan suicida o se actúa impulsivamente (Bodón & Ríos, 2016). La confiabilidad de la puntuación de esta escala sobre esta muestra mostró un alto índice de confiabilidad de Alfa de Cronbach = .90. Está compuesta por cinco dimensiones del riesgo suicida:

1. *Desesperanza*: Es una etapa de crisis que alude a la experiencia de descontrol emocional, sentimientos de desesperanza y la percepción del suicidio como alternativa posible para poner fin al sufrimiento (ítems 2, 7, 12, 17, 22 y 27).

2. *Baja autoestima*: Es la etapa de miedo frente a problemas que no se resuelven y con estrategias de afrontamiento fallidas donde surgen sentimientos depresivos o actuaciones (ítems 1, 6, 11, 16, 21, 26).

3. *Incapacidad para Afrontar Emociones*: Es la etapa de resolución donde surge el plan suicida o se actúa impulsivamente, como la incapacidad de hacer que duren los buenos momentos, o no poder forzarse a mí mismo a pensar claramente (ítems3, 8, 13, 18, 23 y 28).

4. *Soledad y abatimiento*: Es una etapa de crisis que alude a la experiencia en que las personas que se preocupan por sentirse abandonadas si fracasan y sentimientos de falta de comprensión (ítems 4, 9, 14, 19, 24 y 29).

5. *Ideación suicida*: Es una etapa de miedo que comprende la aparición de pensamientos y sentimientos vinculados con terminar con la propia existencia (ítems 5, 10, 15, 20, 25 y 30).

Inventario de Depresión de Beck (*BDI-II*; adaptada por Brenlla, 2009). Es un instrumento de auto informe compuesto por 21 ítems, que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes a partir de los 13 años. Esta versión del inventario, se desarrolló para evaluar los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos descriptos en el DSM-IV. La puntuación se determina mediante la suma de los ítems de modo que, a mayor puntuación, mayor propensión a la depresión (rango 0 y 63 puntos). Cada uno de estos se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, si la persona evaluada realiza múltiples elecciones se toma en cuenta el valor más alto. La confiabilidad de la puntuación de esta escala sobre esta muestra mostró un alto índice de confiabilidad de Alfa de Cronbach = .91.

Escala Sucesos de Vida (*ESV*; Casullo, 1998; Brizzio & Carreras, 2007). Es una escala autoadministrable que contiene 50 ítems referidos a eventos negativos en la vida. La persona evaluada debe realizar una doble tarea, por un lado, debe identificar los sucesos que efectivamente le han ocurrido durante el transcurso de su vida y valorar en base a una escala tipo likert de 5 opciones de respuestas: Nada = 0; Poco = 1; Algo = 2; Bastante = 3; Mucho = 4, conforme a cómo le han impactado subjetivamente estos

eventos (Brizzio &Carreras, 2007). La confiabilidad de la puntuación de esta escala sobre esta muestra mostró un índice medio de confiabilidad de Alfa de Cronbach = .63.

En este estudio, se sumaron los valores de eventos de vida para producir una escala dividida en tres grupos por rangos percentilares: “Baja Experiencia de Vida” = < 25% (0 a 7), “Media Experiencia de Vida” = Entre 26 a 75% (8 a 31), y “Alta Experiencia de Vida” = > 76% (32 a 95).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Se llevó a cabo un contraste de hipótesis sobre la normalidad de las variables mediante un análisis de Kolmogorov-Smirnov. A partir de los valores obtenidos, se asumió una distribución asimétrica de las puntuaciones de los tres instrumentos (ISO-30, BDI-IIy ESV). En consecuencia, se decidió emplear para los análisis estadísticos, la *H* de Kruskall-Wallis para comparar grupos y *Rho*de Spearman(r_s) para correlacionar las puntuaciones de las escalas (ver Tabla 1).

TABLA 1: PRUEBA DE NORMALIDAD

	Kolmogorov-Smirnov	*Sig.*
Orientaciones Suicidas (ISO-30)	.138	< ,001
Depresión (BDI-II)	.173	< ,001
Sucesos de Vida (ESV)	.122	< ,001

La muestra de policías tenía nivel educativo terciario (completo 34%) o nivel secundario (completo 30%) y un nivel más bajo de universitarios (incompleto19%). El 41% estado civil soltero y la jerarquía policial predominante eraOficial Policía (44%) (ver Tabla 2).

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORAL

Educación	*N*	*%*
Primario completo	3	2,0
Secundario incompleto	2	1,3
Secundario completo	46	30,5
Terciario incompleto	11	7,3
Terciario completo	52	34,4
Universitario incompleto	29	19,2
Universitario completo	8	5,3
Estado Civil		
Soltero/a	63	41,7
Comprometido/a	12	7,9
Casado/a o en relación	59	39,1
Separado/a o Separado/a	14	9,3
Viudo/a	2	1,3

Jerarquía		
Comisario	7	4,6
Oficial Ayudante	11	7,3
Oficial	67	44,4
Oficial Inspector	6	4,0
Mayor	4	2,6
Oficial principal	6	4,0
Oficial Subayudante	5	3,3
Sargento	22	14,6
Subcomisario	5	3,3
Tenientes y subtenientes	18	11,9

La H1 predice que los policías con alto nivel de sucesos de vida negativos puntuarán alto en Depresión en comparación con aquellos que han tenido nivel bajo y/o medio de sucesos de vida negativos, lo cual se confirmó (X^2= 28,32; Sig. < .001). La H2 predice que los policías con alto nivel de sucesos de vida negativos puntuarán alto en Riesgo Suicida en comparación con aquellos que han tenido nivel bajo y medio de sucesos de vida negativos, lo cual se confirmó (X^2 = 17,89; Sig. < .001), así como los factores Baja autoestima (X^2 = 8,12; Sig. = .01), Soledad y Abatimiento (X^2 = 19,77; Sig. < .001), e Ideación Suicida (X^2 = 17,30; Sig. < .001) (ver Tabla 3).

TABLA 3: COMPARACIÓN ENTRE SUCESOS DE VIDA EN DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA

Variables	*Grupos*	*n*	*Media*	*DT*	X^2*	*Sig.*
Depresión	**Baja**	**40**	**7,68**	**6,7**		
	Media	**73**	**12,60**	**9,30**	**28,62**	**< .001**
	Alta	**38**	**23,05**	**14,82**		
1. Desesperanza	Baja	40	19,20	2,23		
	Media	73	18,95	1,73	2,16	n.s.
	Alta	38	18,29	2,69		
2. Baja autoestima	Baja	40	11,33	2,09		
	Media	73	12,84	2,80	8,12	.01
	Alta	38	13,34	3,57		
3. Incapacidad para Afrontar Emociones	Baja	40	14,18	2,39		
	Media	73	15,15	2,47	4,36	n.s.
	Alta	38	14,92	2,71		
4. Soledad y Abatimiento	Baja	40	11,28	1,61		
	Media	73	12,75	2,17	19,77	< .001
	Alta	38	13,82	2,82		
5. Ideación Suicida	Baja	40	7,28	1,15		
	Media	73	8,16	2,59	17,30	< .001
	Alta	38	10,74	4,29		
Riesgo Suicida	**Baja**	**40**	**63,25**	**5,99**		
	Media	**73**	**67,85**	**6,92**	**17,89**	**< .001**
	Alta	**38**	**71,11**	**9,65**		

* Se empleó la *H* de Kruskall-Wallis.

La H3 predice que se encontrará una correlación positiva y significativa entre Depresión y Riesgo Suicida, lo cual se confirmó (r_s = .61; Sig. < .001) y sus subfactores (todos Sig.< .001), excepto Desesperanza (ver Tabla 4).

TABLA 4: CORRELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA

	Depresión	
	r_s	Sig,
1. Desesperanza	.12	n.s.
2. Baja autoestima	.45	<.001
3. Incapacidad para Afrontar Emociones	.27	<.001
4. Soledad y Abatimiento	.60	<.001
5. Ideación Suicida	.47	<.001
Riesgo Suicida	**.61**	**<.001**

Se llevó a cabo un análisis de las características sociodemográficas y laborales de la muestra. Por ejemplo, se encontró que la Edad correlacionó negativamente (aunque marginalmente) con Depresión (r_s = -.14; Sig. = .04), Baja autoestima (r_s = -.15; Sig. = .04), Incapacidad para Afrontar Emociones (r_s = -.15; Sig. = .03), e Ideación Suicida (r_s = -.15; Sig. = .03). El nivel educativo correlacionó positivamente con la Incapacidad para Afrontar Emociones (r_s = .14; Sig. = .03), el número de hijos correlacionó negativamente con Baja Autoestima (r_s = -.22; Sig. = .002) e Ideación suicida (r_s = -.14; Sig. = .04) y Riesgo suicida (r_s = -.18; Sig. = .01). Finalmente, la Antigüedad Laboral correlacionó positivamente con la Incapacidad para Afrontar Emociones (r_s = .25; Sig. = .001) (ver Tabla 4).

TABLA 4: CORRELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN, RIESGO SUICIDA Y SUCESOS DE VIDA CON LA EDAD, EL NIVEL DE EDUCACION, EL NUMERO DE HIJOS Y LA ANTIGÜEDAD LABORAL

		Edad	*Educación*	*Hijos (en número)*	*Antigüedad Laboral*
Depresión	**r_s**	**-,143***	**-,091**	**,001**	**-,066**
	Sig.	**,04**	**n.s.**	**n.s.**	**n.s.**
1. Desesperanza	r_s	,097	-,020	-,010	,007
	Sig.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
2. Baja autoestima	r_s	-,151*	,017	-,228**	-,038
	Sig.	,03	n.s.	,002	n.s.
3. Incapacidad para Afrontar Emociones	r_s	,155*	,145*	-,093	,256**
	Sig.	,03	,03	n.s.	,001
4. Soledad y Abatimiento	r_s	-,091	-,021	-,079	,042
	Sig.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
5. Ideación Suicida	r_s	-,154*	-,002	-,144*	-,028
	Sig.	,03	n.s.	,04	n.s.
Riesgo Suicida	**r_s**	**-,046**	**,038**	**-,189****	**,092**
	Sig.	**n.s.**	**n.s.**	**,01**	**n.s.**
Sucesos de Vida	**r_s**	**,111**	**,025**	**,063**	**,097**
	Sig.	**n.s.**	**n.s.**	**n.s.**	**n.s.**

CAPÍTULO V

CONCLUSIÓN

El objetivo general de este estudio fue evaluar el nivel de sucesos de vida negativos asociado a la vulnerabilidad al suicidio y la propensión a la depresión en el cuerpo de policías de la Provincia de Buenos Aires, más específicamente comparar el nivel de sucesos de vida (bajo, medio y alto) en depresión y riesgo suicida, relacionar el grado de depresión y riesgo suicida, yevaluar otras características sociodemográficas y laborales.

Los resultados indican que los policías que han experimentado un mayor número de eventos negativos en sus vidas (duelos, accidentes, mudanzas, enfermedades, etc.) tenderán a mostrar indicadores de tristeza, pesimismo, fracaso y pérdida de placer (entre otros) en comparación con aquellos que han tenido menos eventos negativos. Por otra parte, los policías que también muestran tales eventos negativos en sus vidas mostraron una tendencia a mayor vulnerabilidad de riesgo suicida, lo cual está -a su vez- fuertemente relacionado a sentimientos de baja autoestimay soledad. En otras palabras, aquellos policías que atraviesan una etapa de crisis debido a que se preocupan por sentirse abandonados si fracasan y sentimientos de incomprensión a causa de sucesos negativos, como enfermedad física propia, muertes en el contexto familiar, divorcio parental o propio, experiencias sexuales indeseables, accidentes y dificultades laborales, tenderán a experimentar un aumento de sentimientos negativos asociados con la propensión a la depresión con indicadores clínicos.

Esta misma relación significativa aparece en la vulnerabilidad al riesgo suicida y la depresión. Aquellos policías que experimentan sentimientos de culpa, autocastigo, disconformidad consigo mismo y autocrítica (entre otros) muestran indicadores significativos de intentos de suicidio que atraviesa el policía en su rol laboral, por ejemplo, la situación de amenaza, crisis y resolución. Los resultados también indican que problemas no resueltos en el miembro de la fuerza falla en sus estrategias de afrontamiento y aislamiento emocional como factor de riesgo, fuertemente asociado a sentimientos y creencias suicidas. Los sentimientos de desesperanza, baja autoestima, incapacidad para afrontar emociones, aislamiento social e ideación suicida pueden ser características desencadenan la depresión, sobre todo considerando que la depresión es la causa de ideación suicida entre policías.

Finalmente, se observaron indicadores demográficos asociados con la depresión particularmente entre los miembros más jóvenes de la fuerza, predominando la baja autoestima y la incapacidad para afrontar emociones positivas y hacer que duren los buenos momentos, o no poder forzarse a mí mismo a pensar claramente, así como mayor tendencia a la ideación suicida. En sentido inverso, la familia muestra indicadores asociados a la autoestima (apoyo social y familiar) y puede ser un recurso favorable contra la recaída a la ideación suicida. La antigüedad en el cargo también funciona como un factor de riesgo para afrontar emociones negativas, en otras palabras, aquellos con mayor rango o responsabilidad tienden a mostrar más incapacidad para lidiar con sus emociones positivas y resultan en mayor riesgo suicida.

5.1. Discusión

Los resultados de la presente investigación, indican que los policías que han experimentado un mayor número de eventos negativos en sus vidas (duelos, accidentes, mudanzas, enfermedad física propia, muertes en el contexto familiar, divorcio parental o propio, experiencias sexuales indeseables, accidentes y dificultades laborales, entre otros) tenderán a mostrar indicadores de riesgo suicida y depresión, tales comotristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de baja autoestima y soledad, en comparación con aquellos que han tenido menos eventos negativos. Estos resultados, coinciden con los hallados por Cheng (2006), donde los factores de vida negativos, tales como los problemas familiares y el estrés laboral, este último relacionado a los compañeros, el elevado volumen de trabajo y la presión social sobre el rendimiento, se asociaban a una probable depresión en los agentes policiales. La investigación de Rivera Camacho (2013), menciona que el estrés percibido y presentar eventos de maltrato intrafamiliar son factores de riesgo asociados a la depresión.

En relación a los eventos de vida negativos, Sastoque Riveros (2020), encontró en su investigación que los factores de riesgo son que los policías tienen algún familiar que sufre alguna alteración, por lo cual, afecta a su entorno laboral, antecedentes familiares de abuso de alcohol, problemas de drogas e intentos de suicidio. También menciona los factores laborales (afectación del ánimo por la zona donde trabajan) lo cual les provoca estrés y preocupación, el factor económico y haber tenido una gran pérdida emocional.

Por último, en relación a lo mencionado, Sareen et al. (2009), encontró en su muestra que los traumas sexuales se asocian de manera significativa a los síntomas depresivos.

Los resultados también indican que problemas no resueltos en el miembro de la fuerza falla en sus estrategias de afrontamiento y aislamiento emocional como factor de riesgo, fuertemente asociado a sentimientos y creencias suicidas. Los sentimientos de desesperanza, baja autoestima, incapacidad para afrontar emociones, aislamiento social e ideación suicida pueden ser características desencadenan la depresión, sobre todo considerando que la depresión es la causa de ideación suicida entre policías. Con respecto a esto, Puelles Casenave (2019), menciona que las variables relacionadas a la ideación suicida en policías son: intentos previos de suicidio, el uso de estrategias pasivas de afrontamiento, la carencia de afrontamiento centrado en el problema y los estresores por demandas específicamente policiales.

Se hallaron indicadores demográficos asociados con la depresión particularmente entre los miembros más jóvenes de la fuerza, predominando la baja autoestima y la incapacidad para afrontar emociones positivas y hacer que duren los buenos momentos, o no poder forzarse a mí mismo a pensar claramente, así como mayor tendencia a la ideación suicida. En relación a esto último, Rodríguez et al. (2013), encontró en su investigación, que los sujetos entre 21 y 30 años de edad, puntuaban altos niveles de ideación suicida.

La familia aparece como un factor protector, ya que muestra indicadores asociados a la autoestima (apoyo social y familiar) y puede ser un recurso favorable contra la recaída a la ideación suicida. En relación a esto, Violanti, et al. (2009) encontró que el matrimonio es un factor de protección frente a la ideación suicida: "especialmente entre las mujeres policías, sobre todo cuando tienen hijos y especialmente si estos son menores de dos años" (p.87).

Caso contrario, se da en la investigación de Pazmiño Pazmiño (2015), donde la familia es considerada un factor de riesgo que, incide en la ideación e intento de suicidio, ya que se presentan diversos elementos tales como: tristeza y desaliento, perdida percibida de control, tensión, ansiedad, baja autoestima, incapacidad para sentir, pensamiento suicida, propósito de suicidio, deseo de morir, falta de razones para vivir y acciones suicidas. También, Daniel & Clark (2012) como se citó en Puelles Casenave (2019), mencionaron que las dificultades en las relaciones de pareja son un factor de riesgo suicida en policías. Según estos autores, los factores personales constituyen el 83% de los casos de riesgo suicida en el personal policial.

La antigüedad en el cargo, también funciona como un factor de riesgo para afrontar emociones negativas, en otras palabras, aquellos con mayor rango o responsabilidad tienden a mostrar más incapacidad para lidiar con sus emociones positivas y resultan en mayor riesgo suicida. Estos resultados no coinciden con los hallados por Daniel & Clark (2012) (como se citó en Puelles Casenave, 2015), mencionan que el agente policial promedio que se suicida corresponden a una escala básica, por lo general, por debajo del rango de sargento (88,7%).

La presente investigación, es una pequeña muestra en relación al personal policial de la provincia de Buenos Aires, la cual en la actualidad está conformada por 90.800 efectivos (Lopez Mac Kenzie, 2021), por lo cual, dicha muestra no es representativa del policía en general. Además, no se realizaron comparaciones con otros grupos pertenecientes a la fuerza armada, tales como gendarmería, militares, prefectura, entre otros, por lo que los resultados no pueden ser ampliados ni comparados a otros grupos.

Para futuras investigaciones, se recomienda ampliar la muestra a analizar, además de incluir otras variables, tales como: trastornos psicológicos, problemas familiares y factores estresores, entre otros. Por último, también se recomienda realizar una investigación de tipo cualitativa y aplicar entrevistas, ya que hay muchos factores que quedan por fuera y no son posibles de analizar a través de cuestionarios validados, ni de forma cuantitativa. Esta última idea, surge ya que al aplicar las encuestas recibí mensajes en las redes sociales, por parte de policías, los cuales mencionaban factores tales como: ver personas a punto de morir o heridas, personas dentro de vehículos, presión por causas que se les arman, horarios de trabajos irregulares, enfrentarse a la muerte en innumerables ocasiones y no recibir el apoyo para afrontar dichas situaciones, lo cual, les genera mucho malestar. Es por esto, que se debe analizar la depresión y el riesgo suicida en policías, con una mirada más amplia, tomando en cuenta los resultados obtenidos en la presente investigación.

CAPÍTULO VI: REFERENCIAS

Arruti, G. (2013). Factores de riesgo suicida en adolescentes de San Carlos. Tesis de grado. Universidad del Aconcagua. Recuperado de http://190.183.61.20/objetos_digitales/601/tesis-3101-factores.pdf

Baader, M. T., Urra, P. E., Millán, A. R., & Yáñez, M. L. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *22*(3), 303-309.

Baca-García, E., Díaz-Sastre, D., García-Resa, E., Blasco-Fontecilla, H., Braquehais, D., Oquendo, M.A., Saiz-Ruiz, J. & De León, J. (2005). Intentos de suicidio e impulsividad. *Archivos europeos de psiquiatría y neurociencia clínica*, *255*(2), 152-156.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010).*Terapia cognitiva de la depresión.* Descleé de Brouwer.

Bejarano, Y. R. C., Gómez, M. A. O., Ariza, C. A. L., Prieto, B. L. A., & Espinosa, N. M. V. (2012). Estado de salud de una muestra de policías y su relación con variables policiales. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, *8*(1), 53-71.

Blasco-Fontecilla, H., Baca-García, E., Duberstein, P., Pérez-Rodríguez, M., Dervic, K., Saiz-Ruiz, J., Courtet, P., De León, J. & Oquendo, M.A. (2010). Un estudio exploratorio de la relación entre diversos eventos de la vida y los trastornos de la personalidad en una muestra de suicidas. *Revista de Trastornos de la Personalidad, 24*, 773-784.

Bobes, J., Giner, J. & Saiz, J., (2011). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Triacastela.

Bodon, M. C., & Ríos, M. A. (2016). Suicidio: Lineamientos generales para la comprensión, detección y prevención. *Artículo inédito. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires.*

Brenlla, M. E., (2009). *BDI-II, Inventario de depresión de Beck.* Paidós.

Brizzio, A., & Carreras, A. (2007). Variables salugénicas y su relación con los sucesos de vida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación e Avaliação Psicológica*, *1*(23), 83-99.

Canetto, S. & Lester, D. (1995). *Mujeres y comportamiento suicida.* Springer.

Casenave, C. P. (2009). Exigencia y carga emocional del trabajo policial: la intervención policial ante catástrofes y emergencias masivas. *Psicopatología clínica legal y forense*, *9*(1), 171-196.

Castro, Y., Orjuela, M. A., Lozano, C. A., Avendaño, B. L., & Vargas, N. M. (2012). Estado de salud de una muestra de policías y su relación con variables policiales. *Diversidad: Perspectivas Psicológicas, 8* (1), 53-71

Casullo, M. M. (1998). *Inventario de Orientaciones suicidas. ISO-30. Adaptación de la Escala de King y Kowalchuk*. Universidad de Buenos Aires: Facultad de Psicología.

Casullo, M.M, Leibovich de Figueroa, N. & Aszkenazi, M. (1991). *Teoría y Técnicas de Evaluación Psicológica.* Psicoteca.

Ceballos Ospino, G. A., Suarez Colorado, Y., Suescún Arregocés. J., Gamarra Vega, L. M., González, K. E., & Sotelo Manjarrez, A. P. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. 12* (1)- 15-22.

Chávez, M. K. & Tena, S. E. (2018*). Depresión: Manual de intervención grupal en habilidades sociales.* El Manual Moderno.

Chen, H.C., Chou, F.H., Chen, M.C., Su, S.F., Wang, S.Y., Feng, W.W., Chen, P.C., Lai, J.Y., Chao, S.S., Yang, S.L., Tsai, T.C., Tsai, K.Y., Lin, K.S., Lee, C.Y., & Wu, H.C. (2006). Una encuesta sobre calidad de vida y depresión para agentes de policía en Kaohsiung, Taiwán. *Investigación de calidad de vida, 15*, 925-932.

Compañía, A. N. (2019). Análisis del escenario preventivo del suicidio en la Policía Nacional, entre los años 2017 al 2018 por parte de la Dirección de Sanidad a través de su componente normativo e institucional. Colombia: Escuela de Cadetes de Policía General Francisco de Paula Santander.

Contreras Pérez, S. I., Moreno Gómez, J. J. & Riveros Oviedo, A. V. (2015). Evaluación de síntomas depresivos de policías activos del departamento de Sucre, entre 22 y 27 años de edad. Tesis de especialización, Universidad San Buenaventura. Recuperado de http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/4101/1/Evaluaci%C3%B3n%20de%20sintomas_Sandra%20Contrera_2016.pdf

Coryell, W. (2020). Trastornos depresivos. Manual MSD, versión para profesionales. Recuperado de https://www.msdmanuals.com/es-ar/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos#v1028038_es

Dammert, L. (2005). Reforma policial en América Latina. *Quórum. Revista de pensamiento iberoamericano, (12)*, pp. 53-64.

Delgado Achicanoy, C. D., Insuasty, D. M., & Villalobos, F. H. (2004). Factores de riesgo asociados a la conducta suicida. *Revista del Centro De Estudios en Salud, 1*(5), 60-76.

Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, *33*(2), 117-126.

Gutiérrez-García. A. G., Contreras, C. M., & Orozco Rodriguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Revista Salud Mental. 29* (5), 66-74.

Hyemin, J., Abundiz, S. V., Rodríguez, C. R., Serano, L. P., & Avelar, R. S. (2013). Ambiente laboral violento y salud mental en los policias de la zona metropolitana de Guadalajara. *Revista Waxapa*, *5*(8), 31-48.

King, J. D., & Kowalchuk, B. (1994). ISO-30. *Inventario adolescente de orientación al suicidio-30.* Minneapolis: NCS Pearson.

Ley 13.482: Ley de unificación de las normas de organización de las policías de la provincia de Buenos Aires. *Ley orgánica de la Policía de la Provincia de Buenos Aires.*

Liporace, M. F., & Casullo, M. M. (2006). Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, *1*(21), 9-22.

López Mac Kenzie, J. (2021). Suicidios, la tragedia silenciosa de la Policía bonaerense. Border Periodismo. Recuperado de https://borderperiodismo.com/2021/04/26/suicidios-la-tragedia-silenciosa-de-la-policia-bonaerense/

Meyer, R. Rothmann, S. & Pienaar, J. (2003). Coping, stress and suicidal ideation in the South African Police Service in the Eastern Cape. *South African Journal of Economic and Management Sciences, 6* (4): 881-904.

Miranda, I., Cubillas, M., Román, R., & Abril, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental*, 32, 495-502.

Morales-Manrique, C. C., & Valderrama-Zurián, J. C. (2012). Calidad de vida en policías: avances y propuestas. *Papeles del Psicólogo*, *33*(1), 60-67.

Nizama Valladoli, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, *15* (2), 1-5.

Organización Mundial de la Salud (2019). Suicidio. Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

Organización Mundial de la Salud (2020). Depresión. Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression

Overholser, J. (2003). Factores predisponentes en los intentos de suicidio: factores estresantes de la vida. En A. Spirito, & J. C. Overholser (Eds.), *Evaluación y tratamiento de adolescentes que intentan suicidarse* (pp. 41-52). Elsevier Science.

Oviedo, D., Cóceres, M. & Vares, C. (2020). Suicidios en Argentina, provincia por provincia: 8 de cada 10 víctimas son hombres. UNDAV. https://datosundav.com.ar/argentina-suicidios-hombres/

Pazmiño Pazmiño, L. E. (2015). Cuáles son los principales factores de riesgo que inciden en la ideación e intento suicida en los policías pertenecientes al Distrito Eloy Alfaro. [Tesis de grado, Universidad central del Ecuador]. http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7138/1/T-UCE-0007-236c.pdf

Pérez Álvarez, M., & García Montes, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema, 13 (3)*.

Pérez Barrero, S. A. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de medicina general integral*, *15*(2), pp. 196-217.

Puelles Casenave, C. D. (2015). *Exigencia emocional de trabajo y estilos de afrontamiento en las unidades de intervención policial.* Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.

Rivera Camacho, D. F. (2013). *Factores de riesgo y factores protectores asociados a los signos de depresión en población activa de la Policía Nacional de Colombia*. Tesis de maestría, Universidad de Colombia.

Rodríguez Escobar, A., Medina-Pérez, O. A., Rozo David, A. J. & Sánchez García, S. (2013). Ideación suicida y factores asociados en un grupo de policías de Pereira-Colombia. *El Agora USB*, *13*(2), pp. 411-420.

Rudd, D. (1990). Un modelo integrador de ideación suicida. *Suicidio y comportamiento potencialmente mortal, (20)*, pp. 16-30.

Sareen, J., Belik, S.-L., Afifi, T. O., Asmundson, G. J., Cox, B. J., & Stein, M. B. (2008). Fracciones atribuibles a la población del personal militar canadiense de trastornos mentales y uso de servicios de salud mental asociados con operaciones de combate y mantenimiento de la paz. *Revista Americana de Salud Pública, 98*(12), pp. 2191-2198.

Sánchez, J. C., Villarreal, M. E., & Musitu, G. (2013). Ideación suicida. En Musitu, G., *Adolescencia y familia: nuevos retos en el siglo XXI* (pp. 273-290). Trillas.

Sánchez-Milla, J.J.; Sanz-Bou, M.A.; Apellaniz-Gonzalez, A.; Pascual-Izaola, A. (2001) Policía y estrés laboral. Estresores organizativos como causa de morbilidad psiquiátrica. *Rev la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública S.E.S.L.A.P*., 1(4),21-28.

Sánchez-Sosa, J.C., Villarreal-González, M., Musitu, G. y Martínez-Ferrer, B. (2010). Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Intervención Psicosocial*, *19*(3), 279-287.

Sastoque Riveros, E. A. (2020). *Factores de riesgos desencadenantes en conductas suicidadas, en policías del CAI Tres Reyes, de la localidad de Ciudad Bolívar en la ciudad de Bogotá*. Tesis de grado, Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano.

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

Violanti, J.M. (2004). Predictores de la idea de suicidio policial. *Suicidio y comportamiento potencialmente mortal*. *34*(3), 277-283.

Violanti, J. M., Mnatsakanova, A., & Andrew, M. E. (2013). Ideación suicida en agentes de policía: exploración de una medida adicional. *Suicidología en línea*, *4*(1), 33-41.

CAPÍTULO VII: ANEXOS

Anexo 1: Cuestionarios

Cuestionario demográfico y laboral

- **Edad**
- **Género**

Femenino

Masculino

Otro

- **Nivel de escolaridad**

Primario incompleto

Primario completo

Secundario incompleto

Secundario completo

Terciario incompleto

Terciario completo

Universitario incompleto

Universitario completo

- **Estado civil**

Soltero/a

Comprometido/a

Casado/a

En una relación

Separado/a

Viudo/a

Divorciado/a

Otro

- **Cantidad de hijos**
- **Antigüedad laboral**
- **Jerarquía**
- **Jornada laboral**

Inventario de Orientaciones Suicidas (ISO-30).

Instrucciones: El propósito de este cuestionario es poder tener una idea aproximada de cómo ves ciertas áreas importantes de tu vida. Ahora lee cuidadosamente cada frase y contesta con sinceridad.

1. Yo debo ser un soñador/a, ya que estoy siempre esperando cosas que no resultan.

Totalmente en desacuerdo

En parte en desacuerdo

En parte en acuerdo

Totalmente en acuerdo

2. Hay muchas posibilidades para mí de ser feliz en el futuro.

Totalmente en desacuerdo

En parte en desacuerdo

En parte en acuerdo

Totalmente en acuerdo

3. Generalmente pienso que aún los peores sentimientos desaparecerán.

Totalmente en desacuerdo

En parte en desacuerdo

En parte en acuerdo

Totalmente en acuerdo

4. Ante un fracaso, confío en que las personas con las que me relaciono no perderán las esperanzas en mí.

Totalmente en desacuerdo

En parte en desacuerdo

En parte en acuerdo

Totalmente en acuerdo

5. Aquellas personas con las que me relaciono, no me necesitan en absoluto.

Totalmente en desacuerdo

En parte en desacuerdo

En parte en acuerdo

Totalmente en acuerdo

6. Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa. Siento que me mintieron, ya que no es justa en absoluta.

Totalmente en desacuerdo
En parte en desacuerdo
En parte en acuerdo
Totalmente en acuerdo

7. Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que yo elegí.

Totalmente en desacuerdo
En parte en desacuerdo
En parte en acuerdo
Totalmente en acuerdo

8. Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo.

Totalmente en desacuerdo
En parte en desacuerdo
En parte en acuerdo
Totalmente en acuerdo

9. Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor.

Totalmente en desacuerdo
En parte en desacuerdo
En parte en acuerdo
Totalmente en acuerdo

10. Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como para enfrentar a la vida.

Totalmente en desacuerdo
En parte en desacuerdo
En parte en acuerdo
Totalmente en acuerdo

11. Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz.

Totalmente en desacuerdo

En parte en desacuerdo

En parte en acuerdo

Totalmente en acuerdo

12. Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son pocos reales.

Totalmente en desacuerdo

En parte en desacuerdo

En parte en acuerdo

Totalmente en acuerdo

13. Aun cuando estoy muy enojado/a por algo, puedo esforzarme a mi mismo a pensar claramente, si lo necesito.

Totalmente en desacuerdo

En parte en desacuerdo

En parte en acuerdo

Totalmente en acuerdo

14. Generalmente creo que las personas que son importantes para mi comprenden mis sentimientos bastante bien.

Totalmente en desacuerdo

En parte en desacuerdo

En parte en acuerdo

Totalmente en acuerdo

15. Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución.

Totalmente en desacuerdo

En parte en desacuerdo

En parte en acuerdo

Totalmente en acuerdo

16. Cuando veo a alguien que logro lo que yo no tengo, siento que es injusto.

Totalmente en desacuerdo

En parte en desacuerdo

En parte en acuerdo

Totalmente en acuerdo

17. Aun cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar.

Totalmente en desacuerdo
En parte en desacuerdo
En parte en acuerdo
Totalmente en acuerdo

18. Cuando mi vida no trascurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos.

Totalmente en desacuerdo
En parte en desacuerdo
En parte en acuerdo
Totalmente en acuerdo

19. Siento como que no pertenezco a ningún lado.

Totalmente en desacuerdo
En parte en desacuerdo
En parte en acuerdo
Totalmente en acuerdo

20. Pienso en morirme como una forma de resolver todos mis problemas.

Totalmente en desacuerdo
En parte en desacuerdo
En parte en acuerdo
Totalmente en acuerdo

21. Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad.

Totalmente en desacuerdo
En parte en desacuerdo
En parte en acuerdo
Totalmente en acuerdo

22. Siento que tengo control sobre mi vida.

Totalmente en desacuerdo

En parte en desacuerdo

En parte en acuerdo

Totalmente en acuerdo

23. Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo.

Totalmente en desacuerdo

En parte en desacuerdo

En parte en acuerdo

Totalmente en acuerdo

24. Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer.

Totalmente en desacuerdo

En parte en desacuerdo

En parte en acuerdo

Totalmente en acuerdo

25. Para no sentirse mal o solo/a, pienso que la solución es morirse.

Totalmente en desacuerdo

En parte en desacuerdo

En parte en acuerdo

Totalmente en acuerdo

26. Nadie me amaría si realmente me conociese bien.

Totalmente en desacuerdo

En parte en desacuerdo

En parte en acuerdo

Totalmente en acuerdo

27. Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser.

Totalmente en desacuerdo

En parte en desacuerdo

En parte en acuerdo

Totalmente en acuerdo

28. Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (quebrarme).

Totalmente en desacuerdo

En parte en desacuerdo

En parte en acuerdo

Totalmente en acuerdo

29. Los buenos sentimiento que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar.

Totalmente en desacuerdo

En parte en desacuerdo

En parte en acuerdo

Totalmente en acuerdo

30. Si mis cosas empeorasen creo que me mataría.

Totalmente en desacuerdo

En parte en desacuerdo

En parte en acuerdo

Totalmente en acuerdo

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza
0 No me siento triste.
1 Me siento triste gran parte del tiempo
2 Me siento triste todo el tiempo.
3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo
0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2 No espero que las cosas funcionen para mí.
3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso
0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer
0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa
0 No me siento particularmente culpable.
1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo
0 No siento que este siendo castigado
1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.
0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.
1He perdido la confianza en mí mismo.
2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica
0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas
0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2 Querría matarme
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto
0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
1 Lloro más de lo que solía hacerlo
2 Lloro por cualquier pequeñez.
3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11 Agitación
0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o

haciendo algo.

12 Pérdida de Interés
0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3.Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión
0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
1Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización
0 No siento que yo no sea valioso
1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía
0 Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño
0No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
2a Duermo mucho más que lo habitual.
2b. Duermo mucho menos que lo habitual
3ª. Duermo la mayor parte del día
3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad
0 No estoy tan irritable que lo habitual.
1 Estoy más irritable que lo habitual.
2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito
0No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
3ª . No tengo apetito en absoluto.
3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración
0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga
0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo
0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Escala Sucesos de Vida (ESV)

Instrucciones: A continuación, te presentamos una lista con experiencias de vida importantes. Si algunas de ellas te han pasado, por favor, señálalas tratando de asignarles un valor entre 1 y 5, teniendo en cuenta cuánto consideras que te afectaron. Cada una de dichas experiencias puede producir diferentes grados de tensión emocional. Para consignar tu respuesta tienes cinco opciones. Sólo tienes que tener en cuenta los acontecimientos que te hayan ocurrido.

Cuando hayas terminado, marca con una cruz el o los sucesos vividos durante el último año y que, según tu criterio, todavía te siguen afectando.

1. Enfermedad física propia, seria, importante.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

2. Enfermedad física seria de algún hermano/a.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

3. Enfermedad física seria del padre.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

4. Enfermedad física seria de la madre.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

5. Enfermedad física seria de algún amigo/a.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

6. Problemas psicológicos personales importantes.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

7. Enfermedad psíquica de algún hermano/a.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

8. Enfermedad psíquica del padre.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

9. Enfermedad psíquica de la madre.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

10. Enfermedad psíquica de algún pariente.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

11. Enfermedad psíquica de algún amigo/a.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

12. Muerte del padre.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

13. Muerte de la madre.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

14. Muerte de algún hermano/a.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

15. Muerte de algún abuelo/a.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

16. Desaparición de algún familiar (no saber dónde está)

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

17. Desaparición de algún amigo/a (no saber dónde está)

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

18. Divorcio o separación de los padres.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

19. Divorcio o separación de algún hermano/a.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

20. Embarazo no deseado.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

21. Aborto.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

22. Violación.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

23. Alguno de los padres despedido o sin empleo.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

24. Experiencia sexual desagradable, traumática.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

25. Mudanzas.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

26. Abuso de alcohol o drogas de algún hermano/a.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

27. Abuso de alcohol o drogas de alguno de los padres.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

28. Problemas personales con alcohol o drogas.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

29. Estar separado/a de un ser querido.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

30. Muerte de algún amigo/a.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

31. Serios problemas económicos familiares.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

32. Problemas familiares graves.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

33. Problemas personales con algún docente.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

34. Problemas para aprender en la escuela.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

35. Ruptura de noviazgo o pareja.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

36. Problemas con la policía.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

37. Dificultades para tener amigos/as.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

38. Problemas de fe (crisis religiosa).

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

39. Haber sufrido un accidente serio.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

40. Intentar quitarme la vida.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

41. Divorcio o separación personal.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

42. Tener dificultades para formar pareja.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

43. Tener dificultades para conseguir trabajo.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

44. Confusión vocacional, no saber qué estudiar.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

45. Problemas de disciplina en la escuela.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

46. Sentirme amenazado/a o perseguido/a por alguien.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

47. No poder conservar por mucho tiempo un trabajo.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

48. Enterarme de que me adoptaron.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

49. Haber sido golpeado/a, duramente castigado/a.

Nada

Poco

Algo

Mucho

Me sigue afectando

50. Haber pensado en quitarme la vida.

Nada

Poco

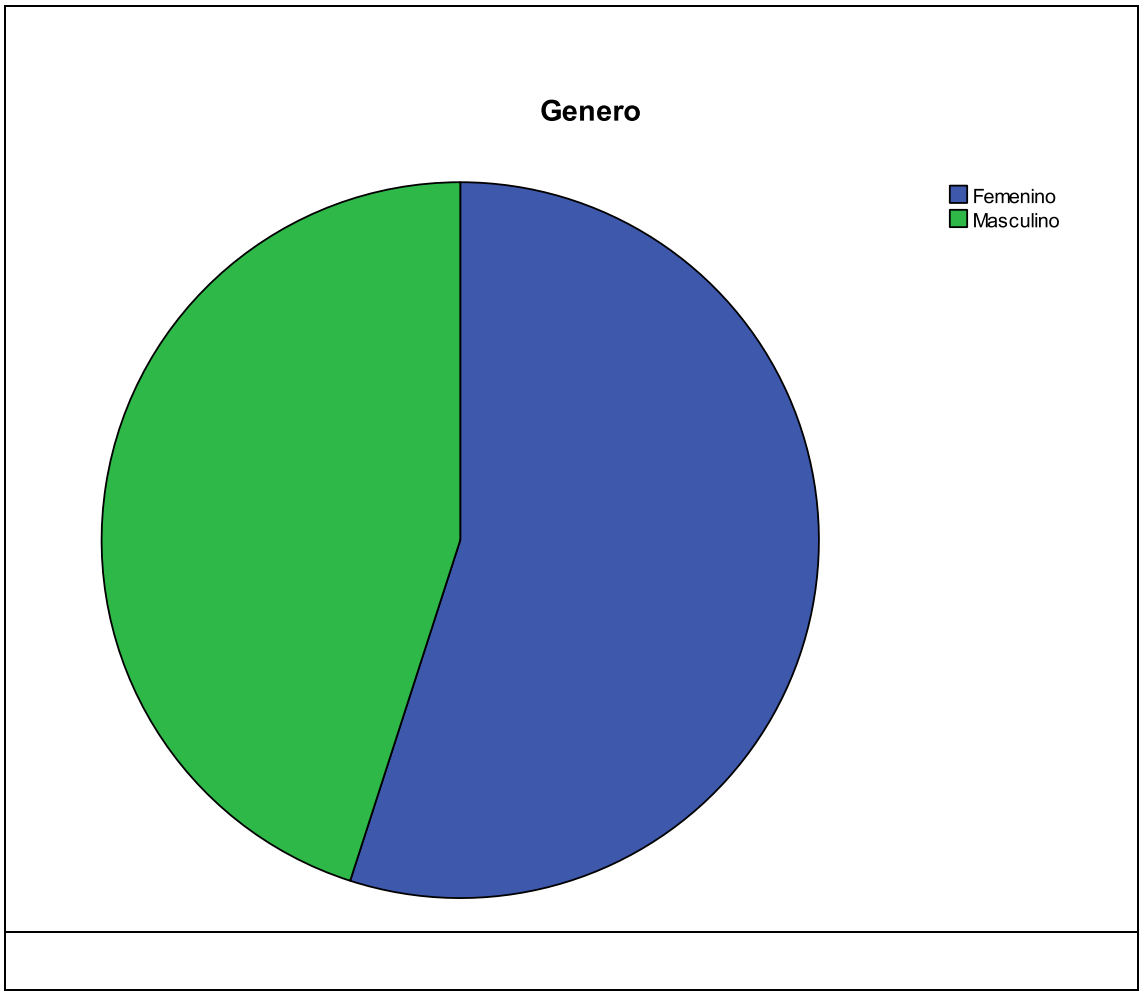
Algo

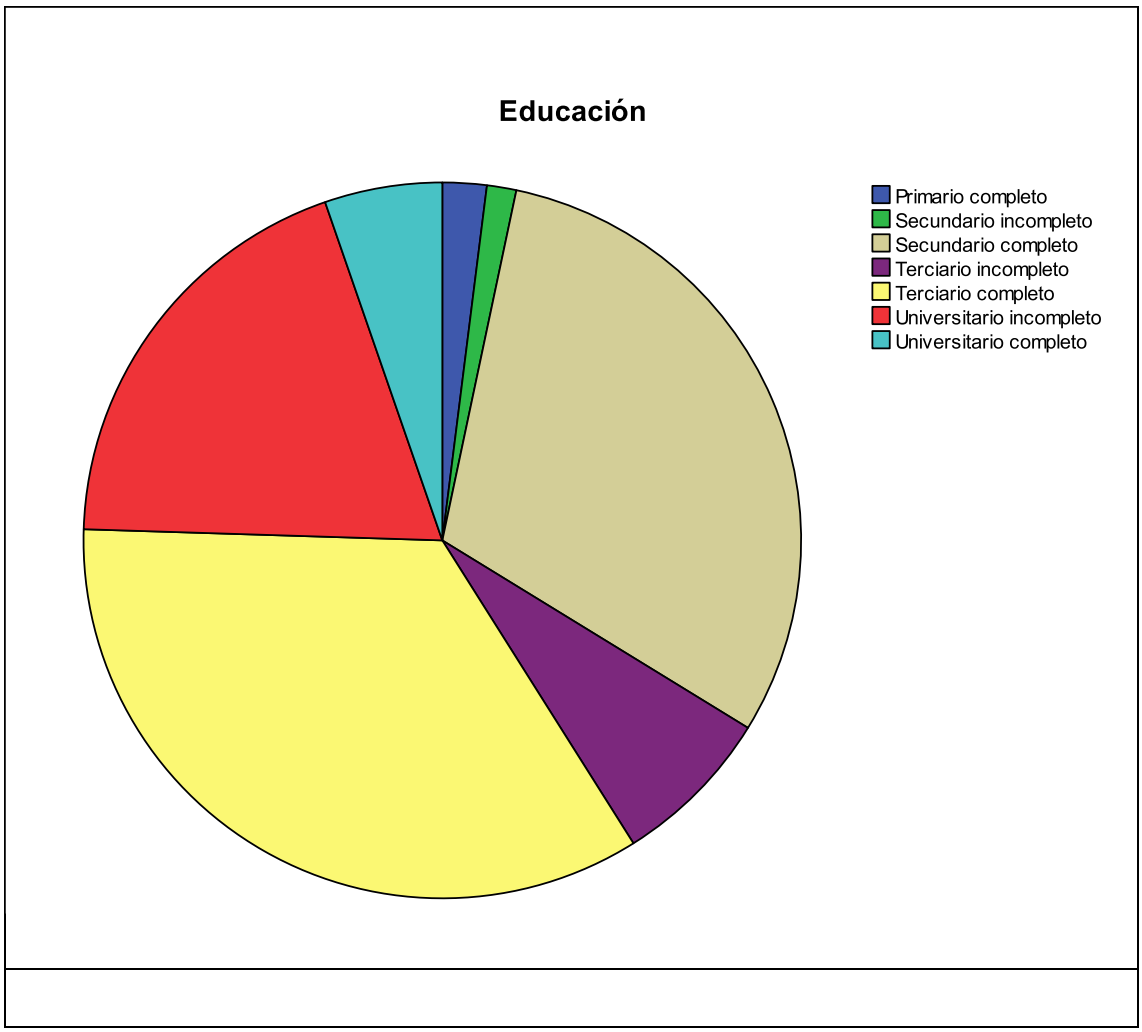
Mucho

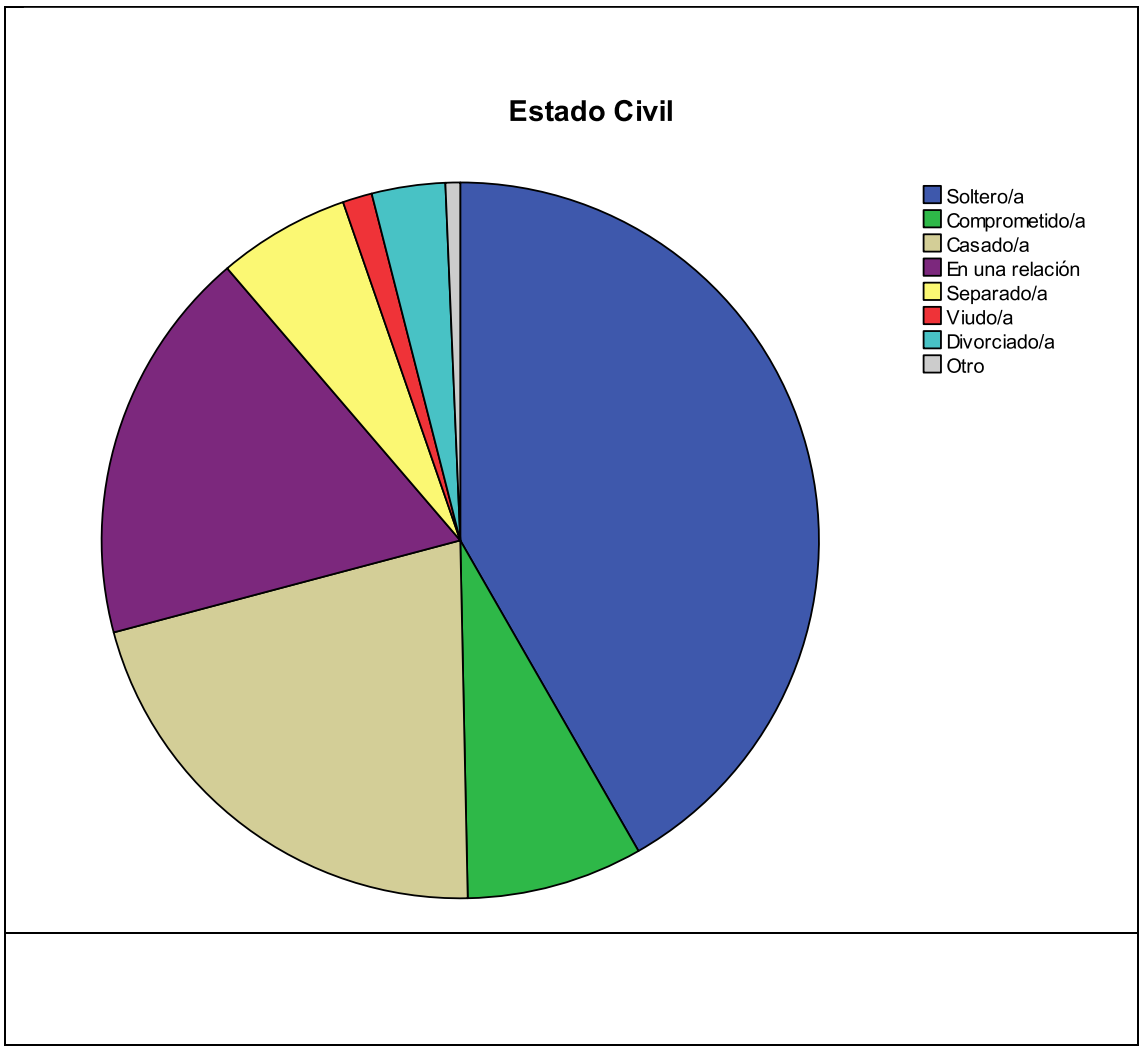
Me sigue afectando

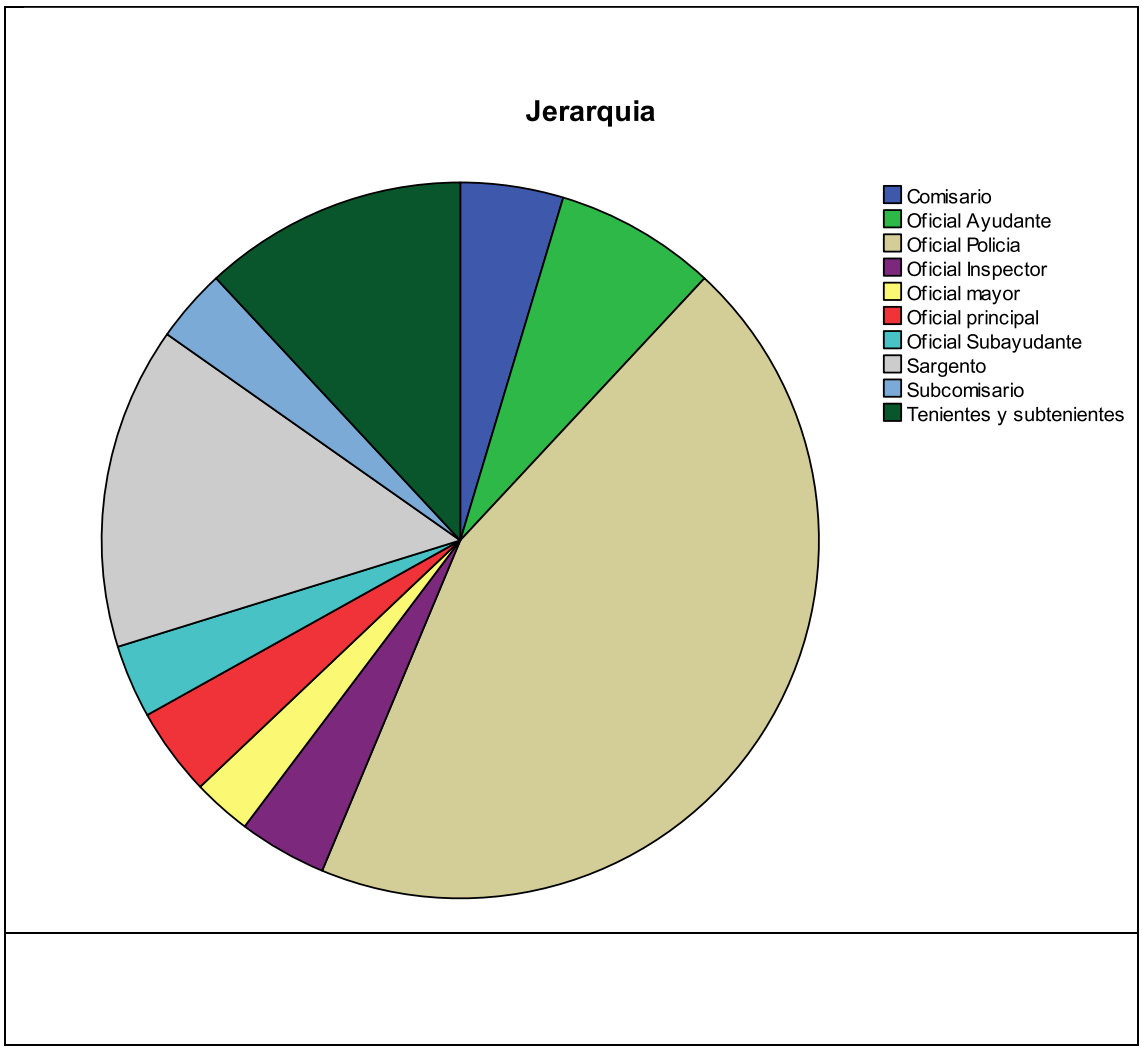
Anexo 2:

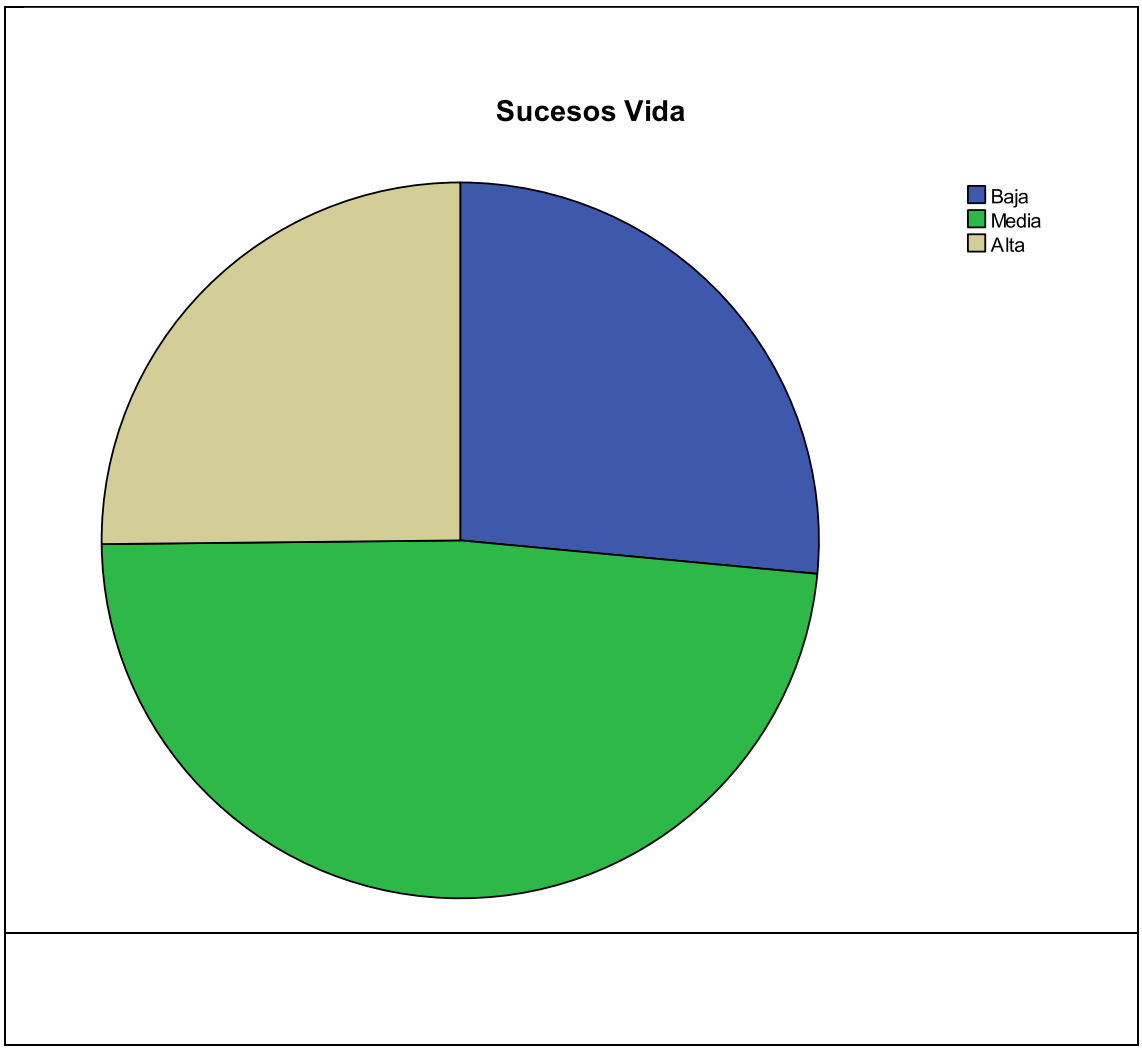
Gráficos

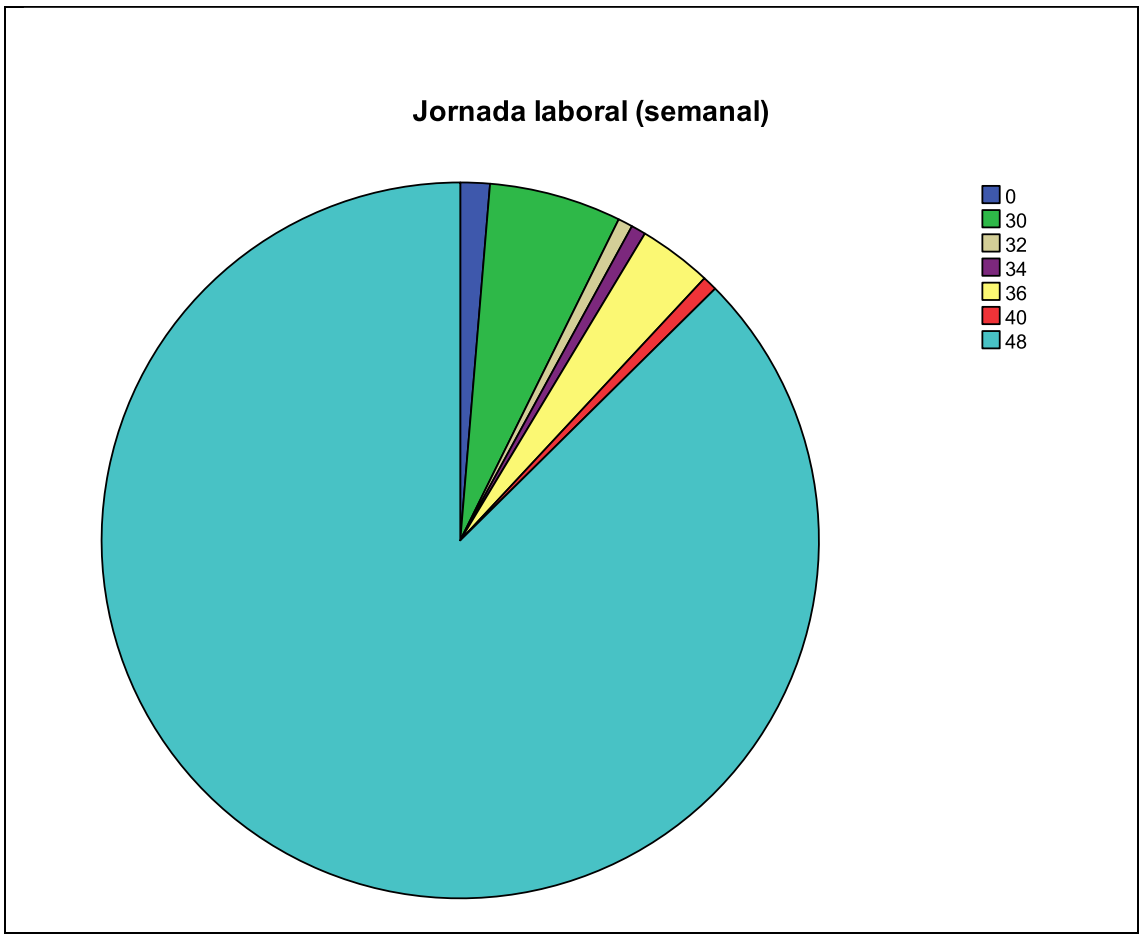



Educación
Primario completo
Secundario incompleto
Secundario completo
Terciario incompleto
Terciario completo
Universitario incompleto
Universitario completo


Estado Civil
Soltero/a
Comprometido/a
Casado/a
En una relación
Separado/a
Viudo/a
Divorciado/a
Otro


Jerarquia
Comisario
Oficial Ayudante
Oficial Policia
Oficial Inspector
Oficial mayor
Oficial principal
Oficial Subayudante
Sargento
Subcomisario
Tenientes y subtenientes


Sucesos Vida
Baja
Media
Alta


Jornada laboral (semanal)
0
30
32
34
36
40
48