

Estudio descriptivo de los casos de suicidio en los que ha intervenido el GIPEC de Melilla (2011-2021)

Fernández-Millán

J.M., Fernández-Navas

M. y Arrarás-Jerez, C.

Introducción

El suicidio es un problema social del que sólo desde hace muy poco tiempo, se empieza a hablar públicamente. Así, la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2000) ha elaborado varios documentos aconsejando la divulgación por parte de los medios de comunicación del tema del suicidio indicando unas pautas de cómo hacerlo.

Esta organización asegura que hablar del suicidio en los medios de comunicación puede tener, incluso, un efecto protector Acosta, Rodríguez y Cejas (2017).

La Organización Mundial de la Salud (2012) preveía que para el año 2020 a nivel mundial, 1,53 millones de personas morirán por suicidio y se producirán entre 10 y 20 veces más intentos suicidas. Es decir, en promedio se producirá una muerte por suicidio cada 20 segundos y estos datos se habían calculado antes de la irrupción de la pandemia por Coronavirus.

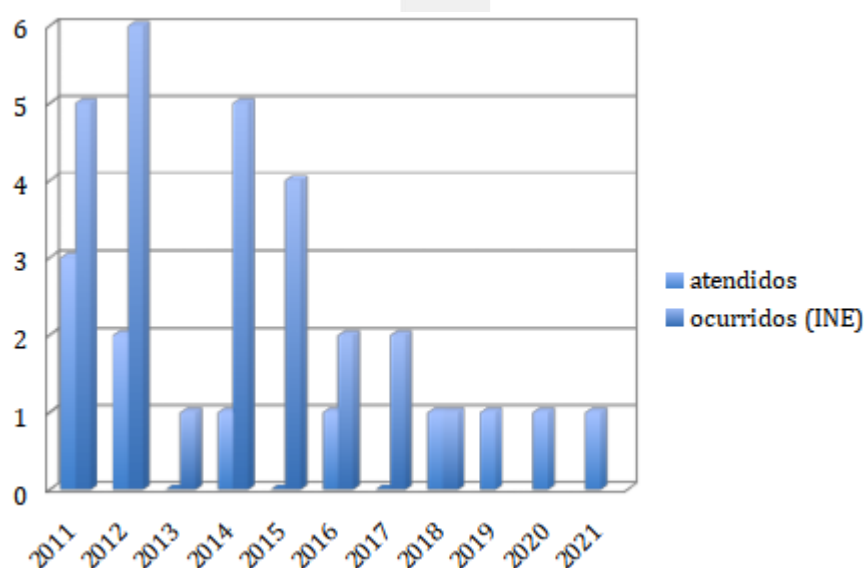
El GIPEC de Melilla tiene, entre los casos en los que puede ser activado, aquellos en los que se ha consumado un suicidio y es preciso intervenir con los familiares para realizar un Apoyo Psicológico Avanzado.

Desde 2011, año en el que se produjo la primera activación para un caso de suicidio, y hasta la fecha (enero, 2021) se ha intervenido en 11 casos.

Según datos del INE desde ese año hasta 2018 (último año del que se dispone de estadística en la página oficial de este Instituto), en Melilla se dieron 26 casos. Así que la primera conclusión que podemos aportar es que aún estamos lejos de que se utilice nuestro servicio de forma sistemática (Gráfico 1).

Como se citó en Fernández-Millán y Fernández-Navas (2013), en 2008, Melilla se situó como la 4ª autonomía por tasa de suicidio (10,46)

Gráfico 1. Casos de suicidio ocurridos y atendidos por el GIPEC en Melilla desde 2011 (no existen datos estadístico sobre la ocurrencia desde 2018)



Metodología.

Participantes

El presente estudio se basa en el registro de 11 personas que se suicidaron entre 2011 y 2021 (enero).

Respecto al **sexo**, en el 73% de los casos atendidos el fallecido era hombre.

Respecto a la **edad** el más joven tenía 23 años y el mayor, 63, siendo la media de 42,11 y la desviación típica de 13,12.

Participantes

Para realizar la recogida de datos se solicitó a los integrantes (psicólogos/as) del GIPEC de Melilla que contestasen a un cuestionario (ad hoc) en formato de formulario de google pre-

viamente publicado en el Drive del grupo de trabajo.

Resultados

1. Variables demográficas asociadas.

En cuanto al **estado civil** (tabla 2), 3 estaban casados o con pareja, 2 divorciados pero con pareja en la actualidad, 2 separados o divorciados y 2 solteros. Y en cuanto la **situación laboral**, el 60% trabajaba y el 40% restante estaba en paro (ninguno estaba estudiando o jubilado).

Respecto a la época del año en la que más suicidios hemos atendido ha sido entre los meses de agosto y octubre, junto al mes de enero.

Realizándose en lugares públicos el 55% de la veces y el resto en el domicilio.

Tabla 2. Estado civil de los fallecidos

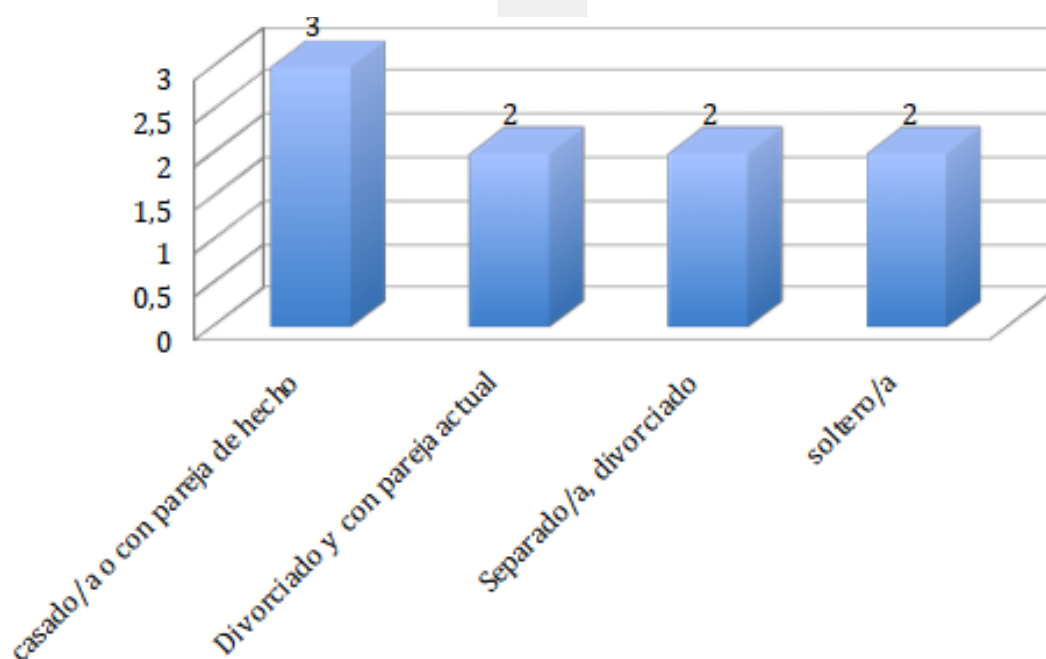
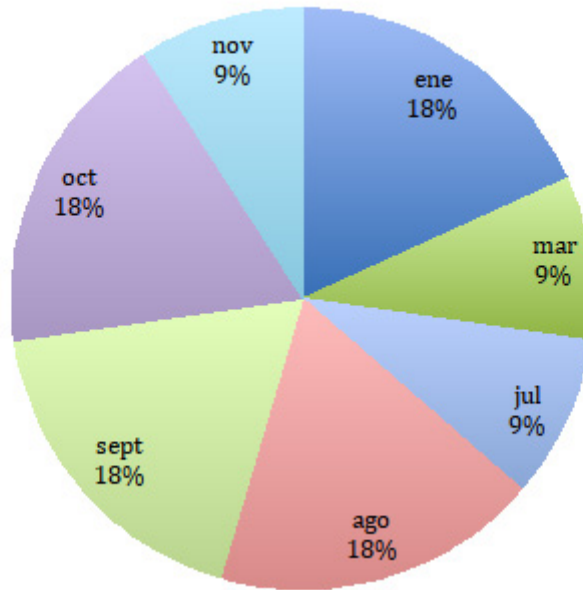


Tabla 3. Ocurrencia de suicidios clasificados por meses.

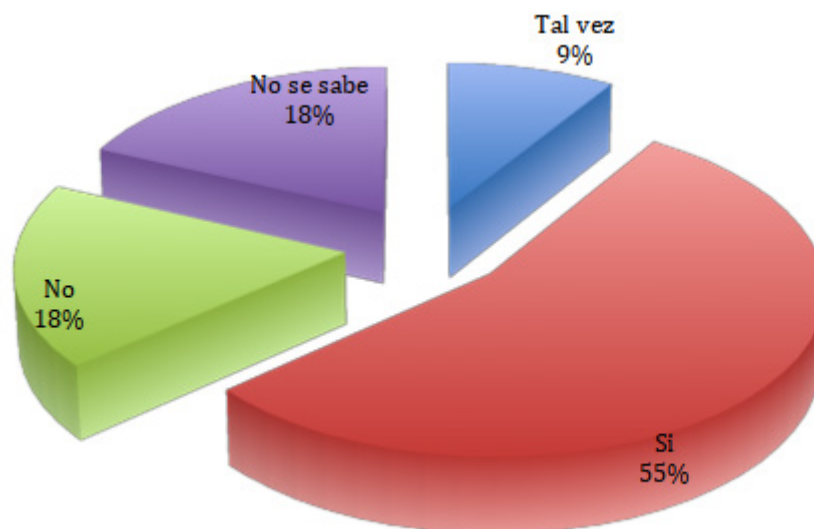


2. Características del historial y forma de suicidio:

De la información recabada en las intervenciones (incompleta, no sistemática y sin posibilidad

de confirmación) se desprende que, al menos en el 55% de los casos, el fallecido sufría algún trastorno mental previo (depresión, ludopatía, alcoholismo, trastorno bipolar, esquizofrenia).

Tabla 4. Existencia de enfermedad mental previa en los suicidas

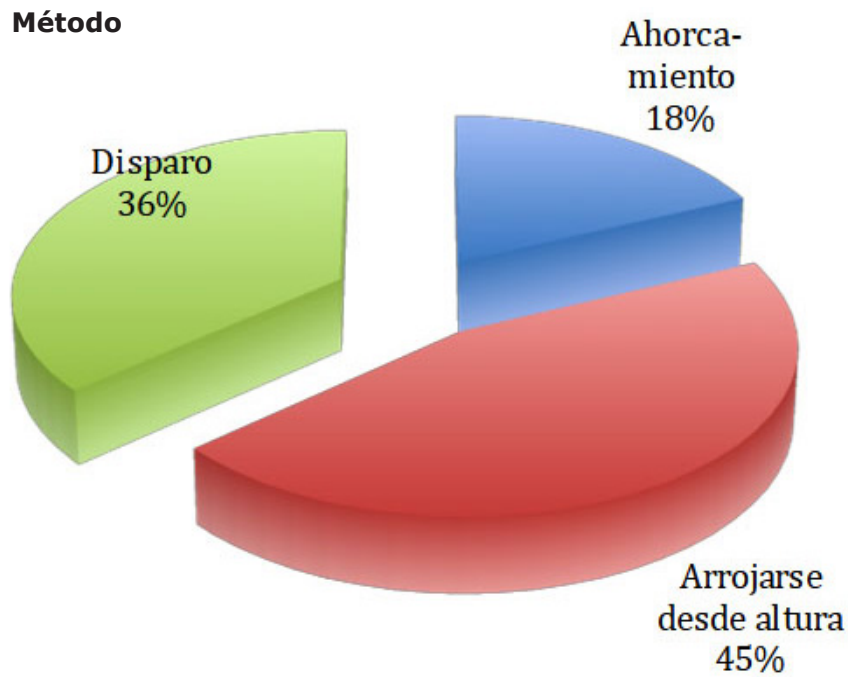


En el 55% de los casos no habían habido **intentos previos** (que sepamos), mientras que en 45% restante si los había habido.

El **método** elegido en la mayoría de los casos

fue el de arrojarse desde un lugar alto, seguido del dispararse y el ahorcamiento (no aparecen casos de uso de arma cortante, envenenamiento o sobredosis de fármacos o ahogamiento).

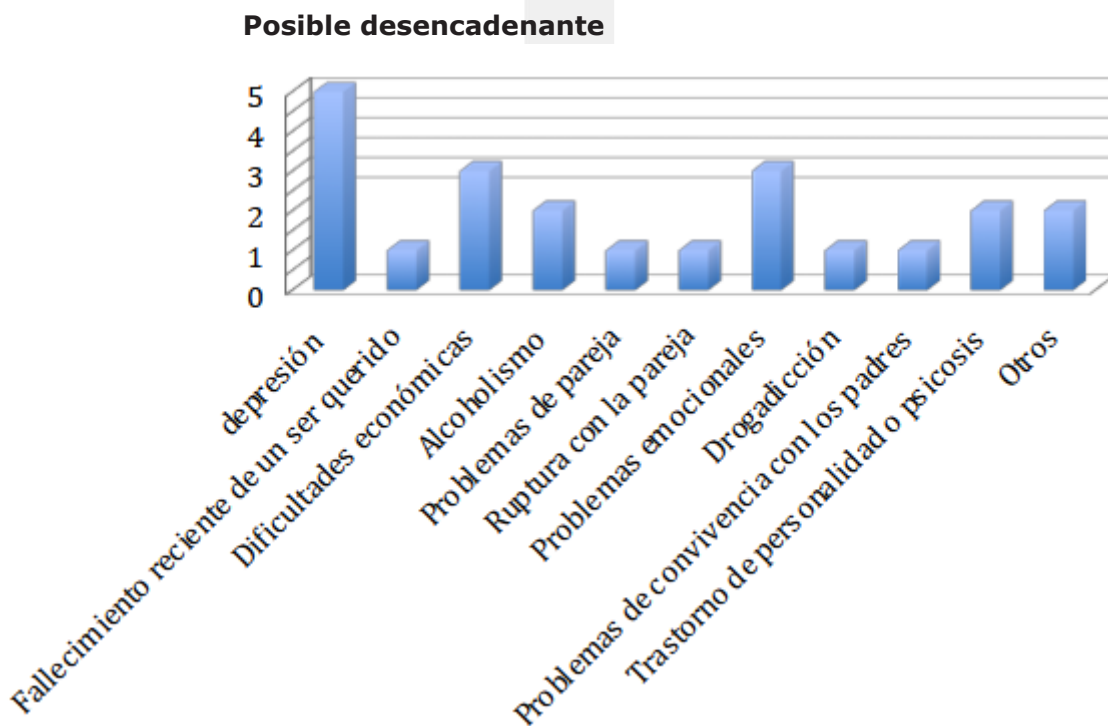
Tabla 5. Existencia de enfermedad mental previa en los suicidas



Finalmente, sobre los posibles desencadenante se aprecia que la depresión podría ser el motivo

por el que más personas se deciden por tomar esta decisión.

Tabla 6. Posibles desencadenantes de la decisión de suicidio.



Discusión y conclusiones.

Pese a los esfuerzos del GIPEC de Melilla, que desde hace años ha intentado sistematizar la recogida de información mediante la elaboración de una ficha de intervención, existen un conjunto de factores (intentos previos de suicidios, historial de suicidios en la familia, existencia de trastornos mentales previos del fallecido, eventos vitales estresantes y otros factores sociofamiliares) de los que no se han podido recoger datos. Esto sucede dada la naturaleza del trabajo del GIPEC en estos casos. La situación de emergencia, el acceso exclusivo a escasos miembros de la familia y personal interviniente en un periodo corto de tiempo, el tabú que en muchos contextos genera la salud mental y la imposibilidad de contrastar la información facilitada, son algunos ejemplos de las dificultades encontradas en la recopilación de datos. Por ello, las conclusiones y la discusión de los resultados con otros estudios son limitadas.

Respecto a los resultados sobre el estado civil, los datos de otros estudios y los aportados por centros de estadísticas son contradictorios, ya que en algunos "estar casado" es un factor de prevención frente a la "soltería" (Suescún, Caballero, Fuentes, Ceballos, 2017), mientras que en otros se encuentran más casos de suicidio entre los casados que entre los solteros (Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler y Lee, 2008).

La alta prevalencia de trastornos mentales previos encontrados ya ha sido señalada en numerosos estudios. Así, Pirkin y Burgess (1998) señalaban que un 41% de la población suicida había tenido una hospitalización psiquiátrica y Henriksson, Aro, Marttunen, Heikkinen, Iso-metsä, Kuoppasalmi y Lönnqvist (1993) aseguraban que en las autopsias psicológicas de los suicidas, el 90% de ellos habían presentados

criterios diagnósticos para algún trastorno mental. La OMS (2014) ha afirmado que el 90% de los suicidios se debían a estos trastornos aunque esta cifra ha sido puesta en duda por García-Haro, García-Pascual, González González, Barrio-Martínez y García-Pascual, (2020).

Nos encontramos en el mes de enero de 2021, esperando una tercera ola de la pandemia del Coronavirus. Se trata de una crisis sanitaria, social, económica y psicológica. Es decir, una situación con todos los ingredientes para que el número de suicidios no aumente, sino que se dispare.

Sin embargo, el primer dato aportado en este estudio, la activación del GIPEC en menos de la mitad de los casos ocurridos (11 de los 26) en los años estudiados, es una muestra de la mala gestión y la falta de protocolos bien difundidos que median en estas activaciones.

Es necesario hablar del problema, de tomar medidas de prevención para no llegar tarde y sumar a los fallecidos directamente por el virus, los fallecidos por las circunstancias sociales, económicas y emocionales que éste propicia.

Este trabajo tiene serias limitaciones. La más importante de ella es que las estadísticas se basan en un número reducido de casos, por lo que no deben sacarse inferencias, más aún cuando este número de caso no engloba a todos o la mayoría de los ocurridos. Pero esta limitación pone de manifiesto un problema que precisa ser subsanado: la existencia de una base de datos oficial al respecto y que pueda ser consultada para realizar investigaciones más completas.

Esta misma necesidad puede aplicarse al estudio psicológico forense que determine posibles motivaciones, desencadenantes y causas.

Referencias

- Acosta, F.J., Rodríguez C.J. y Cejas, M.R. (2017). Noticias sobre suicidio en los medios de comunicación. Recomendaciones de la OMS. *Revista Española de Salud Pública*, 91, 1-7. <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v91/1135-5727-resp-91-e201710040.pdf>
- Fernández-Millán, J. M. y Fernández-Navas, M. (2013). Estudio descriptivo y comparativo del suicidio en Melilla y Ceuta. *Revista clínica de Melilla*, 3 (1). 15-18
- García-Haro, J., García-Pascual, H., González González, M, Barrio-Martínez, S. y García-Pascual, R. (2020). Suicidio y trastorno mental: Una crítica necesaria. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 35-42 <https://doi.org/10.23923/pap-psicol2020.2919>
- Henriksson M.M., Aro, H.M., Marttunen, M.J., Heikkinen, Y.O., Isometsä, E.T., Kuoppasalmi, K.I. y Lönnqvist, J.K. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry*, 150, 953-960. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.6.935>
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J. , Cha, C.B., Kessler, R.C. y Lee, C. (2008) Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1),133-154.
- Organización Mundial de la Salud (2000). Prevención del suicidio un instrumento para profesionales de los medios de comunicación. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2012). Prevención del suicidio. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- Organización Mundial de la Salud (2014). Preventing suicide: A global imperative. Ginebra: World Health Organization.
- Pirkis, J. y Burgess, P. (1998). Suicide and frequency of health care contacts: a systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 173(6), 462-474. <https://doi.org/10.1192/bjp.173.6.462>
- Suescún J.D., Caballero C. , Fuentes C. , Ceballos G. (2017). Características sociodemográficas y suicidios consumados en las ciudades de Santa Marta y Bucaramanga. *Cuadernos Hispánicos de Psicología* 17(1), 17-28