

JUEGO,  
SALUD MENTAL E

# IDEACIÓN SUICIDA

VI EDICIÓN





“

Dedicado a Francisco Jesús Bueno Cañigral, por su compromiso en la prevención de las adicciones y por el impulso a estas jornadas en los últimos años.

# COMITÉ ORGANIZADOR DE LA JORNADA

## Presidentes:

D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral  
D. José Francisco López y Segarra

## Secretaría:

D.ª Inmaculada Galmés Monferrer  
D.ª Carolina de Mingo López

## Vocales:

D. Javier Grau Palomar  
D. Ricardo Pérez Gerada  
D. Vicent G. Ferrer i Marco

## Editores:

D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral  
D. Vicent Escorihuela Roig  
D. Javier Grau Palomar  
D.ª Carolina de Mingo López

## Edita:

Servicio de Adicciones  
Regidoria de Salut i Consum  
Ajuntament de València

## ISBN:

978-84-9089-458-3

## D.L.:

V-3984-2022

## Maquetación y edición:

Comunica+



# ÍNDICE DE CONTENIDOS

## MESA INAUGURAL

### **7 - D. Emiliano García Domene**

Regidor de Salut i Consum. Ajuntament de València.

### **11 - D. José Francisco López y Segarra**

Presidente de la Fundación Patim de la Comunidad Valenciana.

## CONFERENCIA DE APERTURA

### 15 - D. Francisco J. Bueno Cañigral

Jefe de Servicio de Adicciones. Regidoria de Salut i Consum.  
Ajuntament de València.

### 17 - D.ª Rebeca Ros Llorens

PROCESO SUICIDA Y TRASTORNO POR JUEGO  
PATOLÓGICO

## PONENCIAS

### 23 - D. Mariano Chóliz Montañés

SUICIDIO Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LA ADICCIÓN  
AL JUEGO

### 31 - D.ª Sara Meca Zapatero

EL SUICIDIO EN el JUEGO PATOLÓGICO Y OTRAS  
ADICCIONES TOMA DE DECISIONES, EMOCIONES Y  
SALUD MENTAL

## MESA MULTIDISCIPLINAR

SUICIDIO Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LA ADICCIÓN AL JUEGO

### 40 - D.ª Adriana Mira Pastor

### 60 - D.ª María Roig Martínez

### 62 - D.ª Yolanda Torres Martín

## CONCLUSIONES

### 65 - D. Francisco J. Bueno Cañigral

### 65 - D.ª Carolina de Mingo López



**D. EMILIANO  
GARCIA DOMENE**

Concejal de Salud y Consumo  
Ajuntament de València

# INAUGURACIÓN OFICIAL

## JUEGO, SALUD MENTAL E IDEACION SUICIDA

Buenos días a todos y a todas y bienvenidos/as a esta VI Jornada de Patim.

Agradezco a todos los miembros de la Fundación Patim de la Comunidad Valencia la labor desarrollada en tantos años de existencia, en particular a su presidente, Francisco López, por seguir impulsando todas las actividades en sus centros terapéuticos y por la realización desde hace seis años de esta jornada.

Como todos saben, el 29 de octubre se celebró el Día Nacional Sin Juego de Azar, de ahí que celebremos esta jornada de Patim lo más cerca posible

a esa fecha, y que la misma nos debe servir para llamar la atención de la población general para que se conciencie sobre los problemas que genera la adicción al juego.

Cada año aumentan las personas con problemas con el juego y con ludopatía diagnosticada, que afecta más a los jóvenes y a los adolescentes, ya que son la población más vulnerable y en la que más problemas se acumulan, por estar estos en una fase muy importante de su desarrollo.

No todas las personas con ludopatía acceden a una asistencia terapéutica, por lo que

dificulta mucho su tratamiento y seguimiento. Hay que tener en cuenta que el abordaje terapéutico de las adicciones denominadas conductuales, es cada vez más complejo, en una sociedad muy dinámica, con cambios constantes y grandes esfuerzos individuales de adaptación a los mismos.

Lamentablemente, cada año también la edad de inicio al juego disminuye, y aunque los menores tienen prohibida su participación en determinados juegos, el porcentaje de los que reconocen haber jugado, también aumenta cada año.

**SIN SALUD MENTAL NO HAY SALUD, Y LA ADICCIÓN AL JUEGO ESTÁ ALTERANDO CADA DÍA MÁS LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS ADICTAS.**

La industria del juego, cada día desarrolla nuevos estímulos para que las personas jueguen, generando conductas inadecuadas que están acarreamo

problemas físicos, psíquicos, financieros y sociales en los adolescentes, por lo que muchos expertos consideran que las nuevas modalidades de juego, sobre todo *online*, están afectando seriamente a los jóvenes y adolescentes.

La continua autorización de juegos nuevos y nuevas maneras de jugar, hace que potencialmente aumenten los riesgos de que los jóvenes padezcan ludopatía. Por lo tanto, es muy importante difundir en la sociedad informaciones veraces en torno al juego, como hacemos en la jornada de hoy, manteniendo un debate abierto con los profesionales, las asociaciones y la comunidad para abordar soluciones ante las adicciones sin sustancia, que avanza sin freno al amparo de la revolución tecnológica, aunque como patología han existido siempre. Debemos dejar muy claro que sin salud mental no hay salud, y la adicción al juego está alterando cada día más la salud mental de las personas adictas.

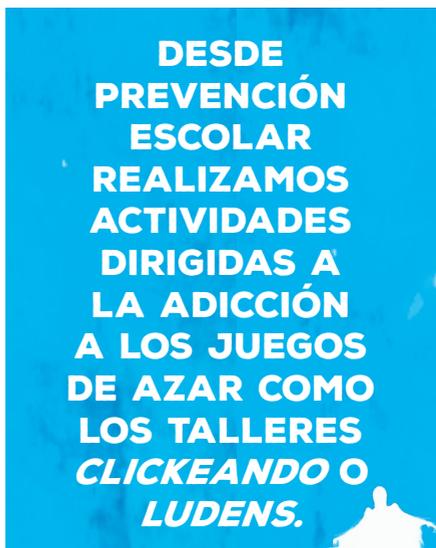
Desde el Servicio de Adicciones de la Concejalía de Salud y Consumo del Ajuntament de València seguimos realizando actividades de Prevención Comunitaria, Prevención Escolar,

Prevención Familiar y de Alternativas de Ocio y Tiempo Libre; tanto de manera presencial como a través de nuestra aula virtual

Desde Prevención Escolar realizamos actividades dirigidas tanto a la prevención de la adicción a los juegos de azar, como al buen uso de las tecnologías. Entre estas actividades se encuentran:

- \* El *Taller Clickeando*. Un programa orientado a prevenir el uso indebido de las nuevas tecnologías en la población escolar del municipio de València y los posibles problemas derivados de la mala utilización de las mismas.
- \* El *Taller Ludens*. Específico para la prevención de la adicción a los juegos de azar, cuyo autor el profesor Mariano Chóliz Montañés, catedrático de Psicología de la Facultad de Psicología de la Universitat de València, quien colabora con la Concejalía de Salud y Consumo y el Servicio de Adicciones a través de un convenio con dicha Facultad y que intervendrá en la jornada de hoy como ponente.

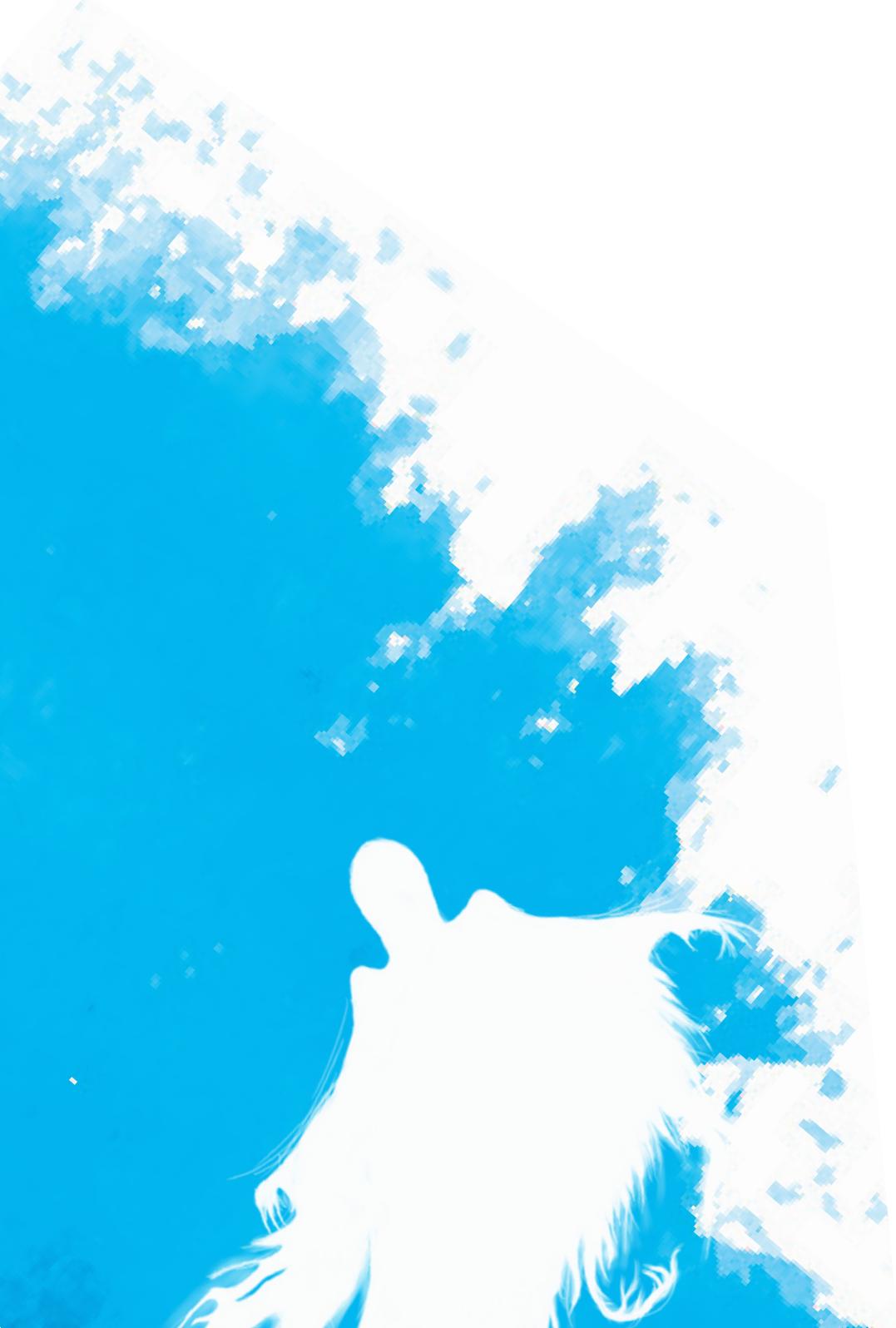
Aprovecho esta ocasión para agradecer a todo el profesora-



do y al alumnado que colaboran cada curso escolar con los profesionales del Servicio de Adicciones (PMD/UPCCA-València) en la realización de estos programas de prevención de la Concejalía de Salud y Consumo del Ajuntament de València.

También agradezco a las excelentes ponentes, a los moderadores y coordinadores de esta Jornada su participación en la misma, con la seguridad de que sus exposiciones serán tan interesantes como las de las Jornadas realizadas en años anteriores.

Muchas gracias por vuestra asistencia a esta Jornada con tan atractivo título: "Juego, salud mental e ideación suicida".



**D. JOSÉ FRANCISCO  
LÓPEZ Y SEGARRA**

Presidente de la Fundación Patim  
de la Comunidad Valenciana

# UNA ACTUACIÓN INTEGRAL Y TRANSVERSAL

## JUEGO, SALUD MENTAL E IDEACION SUICIDA

El fenómeno de las adicciones exige cada día respuestas más complejas y coordinadas. Foros como el de hoy nos ayudan a visibilizar matices que han estado silenciados durante años o que han cobrado un protagonismo reciente.

Cuando hablamos de cambios, muchos centros de día todavía nos estamos adaptando al sorpaso del juego. A una evolución que lo ha situado -como causa de tratamiento- al mismo nivel que las adicciones con sustancia. Incluso, a un fenómeno paralelo que me atrevería a denominar como “digitalización de las adicciones”, con el juego *online* y las recompensas en

forma de “cajas botín” como grandes referentes. Dos enfoques que han centrado nuestra atención en las ediciones anteriores de estas jornadas que organizamos junto al Ayuntamiento de València.

Pero, cada día, nos enfrentamos a una realidad que esconde infinidad de caras. En este contexto, nuevos detalles hacen saltar algunas costuras en el tejido asistencial. Y también, nos obligan a replantear la respuesta que estamos ofreciendo.

Tras largos años de silencio roto, el fenómeno biopsicosocial del suicidio abandona su ostracismo. En 2020, casi 4000

**CUANDO  
HABLAMOS  
DE CAMBIOS,  
MUCHOS CENTROS  
DE DÍA TODAVÍA  
NOS ESTAMOS  
ADAPTANDO AL  
SORPASO DEL  
JUEGO.**

personas se quitaron la vida. Once cada día. Pero muchas más lo intentaron. Eso quizás nunca lo sabremos. Lo que ha cambiado en nuestra sociedad es que empezamos a reaccionar como colectividad, como grupo.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en el que están representados el Ministerio de Sanidad y las consejerías de las comunidades y ciudades autónomas, ha dado luz verde al Plan de Acción de Salud Mental hasta 2024, una estrategia aprobada el 11 de mayo, que aborda la prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida. Un enfoque transversal y de ámbito estatal que va más allá, contempla la prevención de conductas adictivas con y sin sustancia como una de sus principales líneas de actuación. Quiero recordar,

en este momento, que una de las primeras iniciativas en este sentido, se gestó en tiempos de la consellera Carmen Montón en la Comunidad Valenciana, cuando impulsó la redacción de un pionero Plan de la Prevención del Suicidio (2017).

Otras comunidades autónomas miran hacia Europa e intentan traer respuestas ante este fenómeno que rompe barreras, ideologías y, me atrevería a decir, que también muchas arraigadas creencias.

Planes estratégicos, códigos de riesgo, líneas de prevención... no son suficientes para luchar ante esta situación. Nos faltan evidencias que manifiesten la verdadera sintomatología de las personas que lo intentan o lo consuman. Quizá, este confinamiento exigido por la pandemia, nos ha desvelado que es una realidad más cercana.

Hemos visto que las tres “D” -dolor, desesperanza y desvinculación- están presentes en las personas que lo padecen o lo han sufrido. También sabemos que muchas situaciones o incluso oficios nos llevan a una intervención necesaria. Por ello, determinados colectivos han tenido la valentía de hacer un plan preventivo de asistencia, han puesto en marcha la aten-

ción familiar o realizado la “autopsia psicológica” y colaboran con distintas universidades, facilitando incluso un teléfono de atención que va más allá.

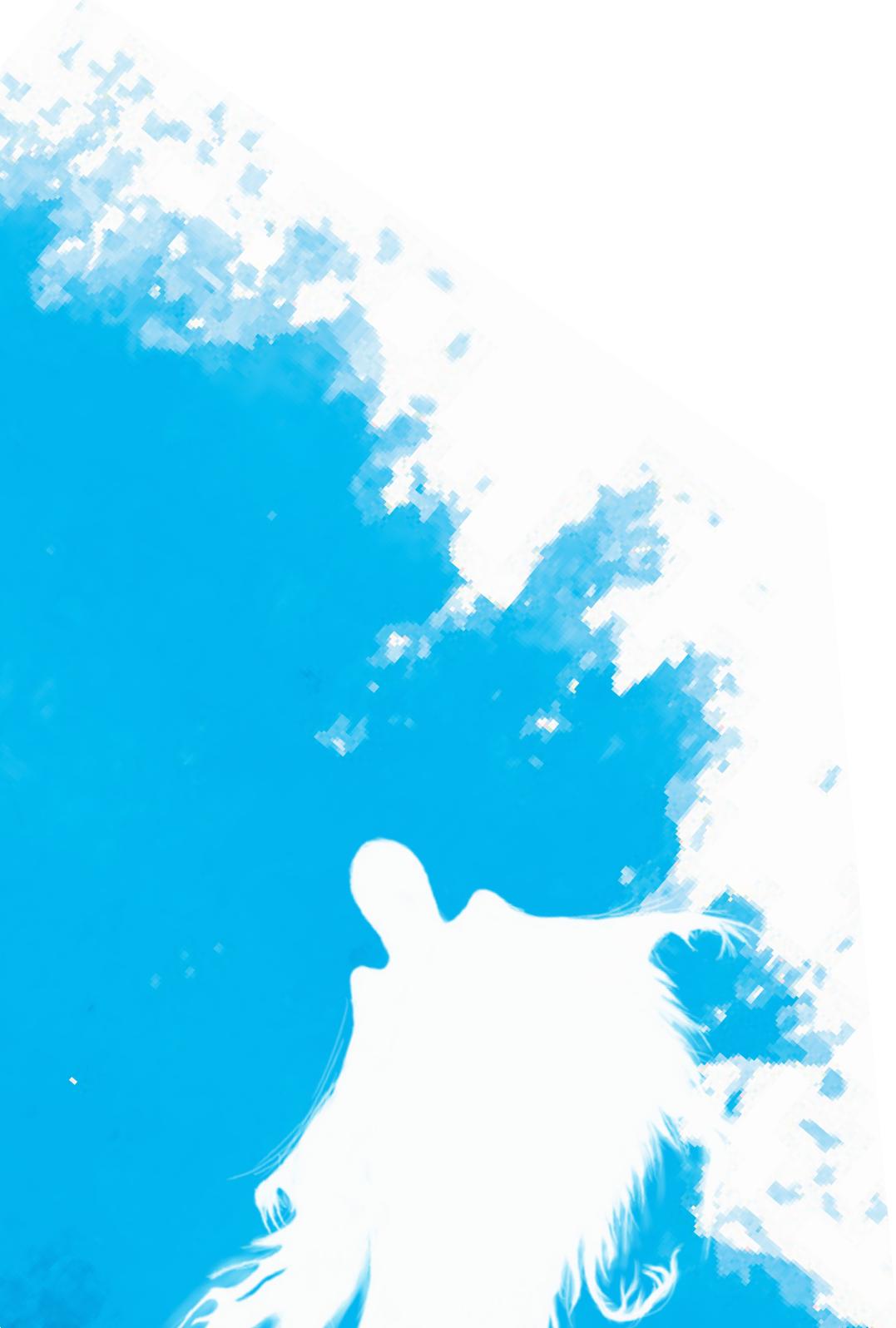
En los centros de tratamiento de adicciones –con y sin sustancia- convivimos con esta realidad desde hace años. Las personas que atendemos a diario presentan en un 90% ideación suicida sin planificación, un 20% con planificación y “afortunadamente” solo un 1% presenta suicidio intencional. Con todo esto, es necesario incluir procesos preventivos y elementos de evaluación y de tratamiento en nuestros protocolos para el suicidio asociado a las adicciones.

Necesitamos de una actuación transversal e integral que contemple la intervención y la respuesta a las personas y a las familias. Un sistema educativo que detecte y canalice los intentos, que apoye a quienes lo han padecido, que haga frente a la huella que se acrecienta con el duelo de un ser querido. Pero también con la “vergüenza” que la sociedad impone a la familia, muchas veces con sus silencios o sus rumores. Hay que dejarles vivir el dolor. Tirar adelante hablándolo, sin culpabilizarse. El diálogo es una herramienta fundamental y así lo

reflejan algunos de los programas que trabajan con los “supervivientes”.

Hay que abrir nuevos espacios de diálogo para afrontar esta realidad en todas sus dimensiones. En los planes de salud laboral de las empresas se debe incluir el suicidio. También en la intervención con personas con adicciones. Alcohol, juego y suicidio van de la mano en muchas ocasiones. Desmascaremos sus estigmas porque, como bien nos recuerda la Organización Mundial de la Salud, el suicidio y los intentos de suicidio tienen un efecto dominó que afecta no sólo a las personas, sino también a las familias, las comunidades y las sociedades en las que habitan. El suicidio se puede prevenir. El estigma social y la falta de conciencia siguen siendo los principales obstáculos.

En estos últimos seis años, el Ayuntamiento de Valencia ha apoyado esta jornada formativa enmarcada en el ámbito de la prevención. Nos reunimos de nuevo para seguir profundizando en una realidad que desde Patim comenzados a incorporar al tratamiento en 2001. Una asignatura pendiente en la que cada año conseguimos avanzar un poco más para comprender todas sus dimensiones.



## D. FRANCISCO J. BUENO CAÑIGRAL

Jefe de Servicio de Adicciones  
Regidoria de Salut i Consum.  
Ajuntament de València.

# CONFERENCIA DE APERTURA

## JUEGO, SALUD MENTAL E IDEACION SUICIDA

Bienvenidos y bienvenidas a esta VI Jornada que organizamos la Fundación PATIM y el Servicio de Adicciones de la Concejalía de Salud y Consumo del Ajuntament de València y que hemos titulado “Juego, salud mental e ideación suicida”. La inauguración oficial está estructurada en cuatro apartados:

1. Conferencia de Apertura.
2. Primera Mesa: El suicidio en juego patológico y otras adicciones: emociones, toma de decisiones y salud mental.
3. Segunda Mesa: Prevención y evolución del paciente.
4. Conclusiones. Despedida y cierre de la jornada.

Doy las gracias a los y las ponentes que nos van a acompañar durante toda la mañana, por su participación y gran conocimiento de los temas que se van a exponer.

Como saben, el juego acarrea diversos problemas a las personas, siendo la alteración de la salud mental uno de los más importantes, ya que junto a ansiedad, irritabilidad, sensación de fracaso, etc., está generando en muchas personas ideaciones suicidas. Por lo tanto,

hoy tiene mucha importancia la evaluación y la detección de esas ideaciones suicidas para poder ayudar a prevenir desenlaces trágicos.

Es fundamental conocer los diferentes factores de riesgo y factores protectores que concurren en las adicciones, para informar a la ciudadanía y para formar al personal sociosanitario que se ocupa de su prevención y/o tratamiento.

Estamos ante un problema antiguo que en la actualidad emerge con fuerza y que afecta principalmente a la población más vulnerable de nuestra sociedad, los jóvenes.

Empezamos esta jornada con la Conferencia de apertura que va a impartir Rebeca Ros Llorens y que se titula "Proceso suicida y Trastorno por juego".

Rebeca Ros Llorens es especialista en Psiquiatría y Medicina de Familia. Doctorada en Medicina por la Universidad Autónoma de Barcelona. Máster en Trastorno Mental Grave, Adicciones y Patología Dual.

Ha desarrollado parte de su formación en la Universidad de Nevada (EEUU) y en el Real Colegio Británico de Médicos en Londres. Ha impulsado y par-

**ESTAMOS ANTE  
UN PROBLEMA  
ANTIGUO QUE EN  
AHORA EMERGE  
CON FUERZA  
Y AFECTA  
PRINCIPALMENTE  
A LA  
POBLACIÓN MÁS  
VULNERABLE, LOS  
JÓVENES.**

ticipado en diversos proyectos de la Fundación del Colegio de Médicos de Castellón y de la Fundación Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

Es miembro de varias sociedades científicas de Medicina y ha colaborado con la Universidad Jaime I de Castellón y la Universidad CEU-Cardenal Herrera de Castellón en la formación de alumnos de Medicina y Psicología.

Tiene amplia experiencia en Psiquiatría Clínica, Trastornos Depresivos y Psicóticos, Psicogeriatría y Adicciones. Trabaja además en la Clínica Mental Salud. Doy las gracias Rebeca Ros Llorens por su participación en esta Jornada y le cedo la palabra.



## **D.<sup>a</sup> REBECA ROS LLORENS**

Especialista en Psiquiatría y  
Medicina de Familia

# **PROCESO SUICIDA Y TRASTORNO POR JUEGO PATOLÓGICO**

A diferencia de otras adicciones, como el tabaco o la cocaína, en el Trastorno por Juego Patológico (TJP) no media una sustancia. Es la propia conducta la que induce un proceso de tolerancia receptorial progresiva, utilizando las vías naturales endógenas ligadas al núcleo del placer y los circuitos de recompensa.

## **PAPEL DE LOS NT EN LOS CRITERIOS DSM-V**

- Necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la
- excitación deseada.
- Nerviosismo o irritabilidad cuando se intenta reducir o abandonar el juego.
- Esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.
- A menudo tienen la mente ocupada en las apuestas:
  - \* Reviviendo continuamente con la imaginación distintas experiencias de apuestas pasadas.
  - \* Planificando su próxima apuesta.
  - \* Pensando en formas de conseguir dinero.

- A menudo apuesta cuando siente desasosiego
  - \* Desamparo
  - \* Culpabilidad
  - \* Ansiedad
  - \* Depresión
- Volver a jugar para intentar ganar (“recuperar” pérdidas).
- Mentir para ocultar su grado de implicación en el juego.
- Poner en peligro o perder una relación, empleo o carrera profesional.
- Engañar a otros con su situación financiera desesperada.

## **PAPEL DE LOS SÍNTOMAS EN LA IDEACIÓN SUICIDA**

El proceso suicida se materializa en un espectro conductual y de riesgo potencial. A menudo el riesgo de consumación se relaciona con otros diagnósticos de trastornos afectivos, especialmente depresión.

- La tasa de suicidio es de 20 a 40 veces mayor en pacientes que sufren depresión que en la población general.
- El riesgo relativo en pacientes con trastornos afectivos mantiene un valor constante en torno al 15%.

En adolescentes pueden intervenir otros factores que son diferentes de la depresión:

**EL PROCESO SUICIDA SE MATERIALIZA EN UN ESPECTRO CONDUCTUAL EN EL QUE, A MENUDO, EL RIESGO DE CONSUMACIÓN, SE RELACIONA, CON OTROS DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS AFECTIVOS.**

- Historia de abuso o trauma
- Abuso de sustancias
- Discapacidad asociada
- Determinados comportamientos sexuales
- Acoso escolar
- Disfunción familiar

La accesibilidad inmediata a las nuevas tecnologías, así como la escasa rigurosidad de acceso a los menores, hace del juego patológico una conducta adictiva en sí misma, independiente del factor monetario. Los juegos de azar sería su forma más grave. Los *free-to-play* se descargan gratis pero contienen múltiples microtransacciones que generan adicción en adolescentes.

## LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA CONDUCTA SUICIDA

Relevancia de la Atención Primaria en la detección del suicidio:

- Los trastornos mentales y neurológicos suponen el 14% de la carga de enfermedad a nivel mundial y sumando la discapacidad hasta el 33%.
- Los médicos de Atención Primaria tienen una mayor oportunidad: hasta el 10 % de los pacientes visitados en Atención Primaria experimentan ideación suicida.
- La protección se basa fundamentalmente en la expresión del paciente por su malestar y la experiencia del profesional en el manejo de la evaluación.

Por otra parte, sabemos que el 90% de los pacientes que han cometido suicidio presentan un trastorno psiquiátrico identificable y hasta el 9 % de quienes intentaron suicidarse volvieron a repetir en los primeros 6 meses tras el primer intento. Así como la identificación de la depresión en Atención Primaria ha mejorado, otros factores comórbidos, como las adicciones, siguen con un diagnóstico incierto y en aumento.

## TRATAMIENTOS DISPONIBLES

Desde Atención Primaria el tratamiento de la depresión con psicofármacos resulta insuficiente (< 2 meses) y la mayoría de pacientes que no respondieron al tratamiento inicial no se les ajustó la medicación. Además, el comportamiento suicida tan solo es explorado en un 24 % de los casos puesto que las clasificaciones CIE-11 y DSM-5 no nos ayudan a clarificar un diagnóstico aproximado, y la valoración del riesgo según la Organización Mundial de la Salud, requiere el manejo de varias escalas de Salud Mental, en parte especializadas.

Con respecto al trastorno por juego patológico, algo más del 20% de las personas con este problema de salud realizan un intento de suicidio en algún momento de su vida. y presentan casi 6 veces más riesgo que en personas que no sufren adicciones. El suicidio consumado es mayor en las personas con trastorno por juego, ya que suelen utilizar medios de mayor letalidad.

El abordaje es multidisciplinar y complejo. Hay que tener en cuenta varios factores de índole socioeconómico que afecta a la clínica del paciente como:

- Rupturas tanto con la familia como con la pareja.
- Progresivo aislamiento social.
- Espacio cada vez mayor al juego.
- Problemas económicos.
- Pérdida del trabajo o actividad académica.

En el trastorno por juego patológico el nivel de evidencia es menor para el tratamiento farmacológico que en otras adicciones con sustancia. Los fármacos minimizan los síntomas y previenen las recaídas. El principal efecto será “controlar el placer” por acción sobre la vía mesocorticolímbica, que participa en el circuito de recompensa.

En cuanto al suicidio, hasta hace poco no había ningún fármaco que actuara directamente para evitarlo, se trataban los estados depresivos y los síntomas. La Esketamina es un fármaco nuevo que se comercializó a partir del 3 de noviembre de 2022 en España. Por su efecto de acción rápida, se espera un avance en el tratamiento de la intencionalidad suicida. Actuaría por vía Glutamatergica.

En cuanto a los AD, ISRS son los más utilizados por su perfil de seguridad y tolerancia.

Reducen la impulsividad. El Bupropion y la Agomelatina actúan a nivel Dompaminérgico, pero hay pocos estudios en relación al juego patológico. Otros tratamientos pueden ser útiles como el Topiramato, la Oxcarbamazepina y la Eslicarbazepina

Los Antipsicóticos producen un bloqueo dopaminérgico. Los de tercera generación son agonistas parciales, como el Aripiprazol, la Cariprazina y el Brexpiprazol (pendiente de comercializar). Tienen la función de ordenar el pensamiento y reducir la rigidez de las ideas. No producen un bloqueo brusco del D2 (en el caso de la cariprazina, tiene incluso más afinidad por el receptor D3), lo que minimiza los síntomas de abstinencia.

Los antipsicóticos típicos son muy incisivos, pero pueden tener un papel en el control conductual en alguna etapa del tratamiento.

Los apiáceos ayudan directamente a controlar el placer.

- Actúan sobre los receptores opioides centrales, en la vía mesocorticolímbica, y modulan las vías dopaminérgicas endógenas que configuran los circuitos de recompensa, además de

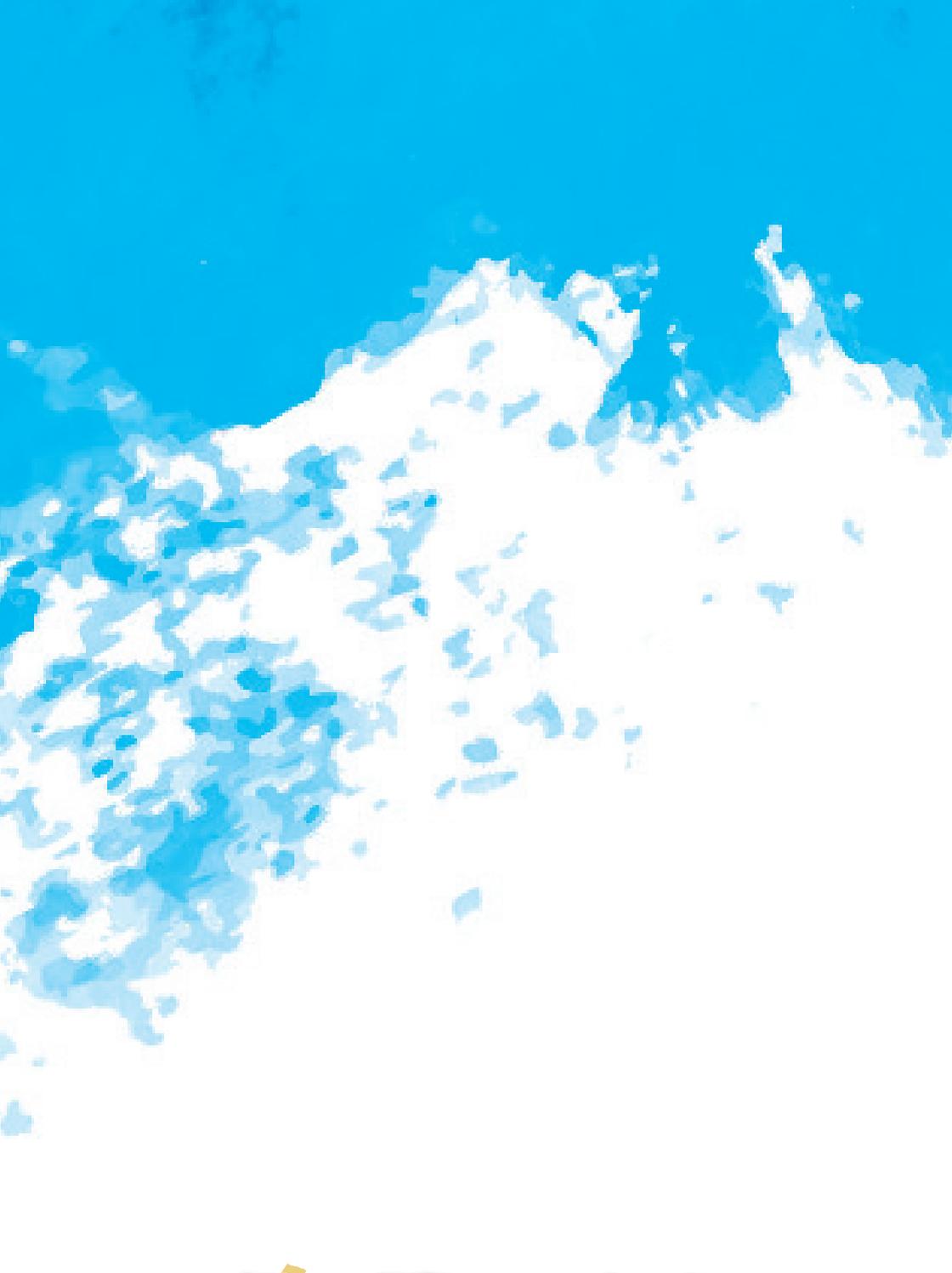
producir una estimulación del acumbens, con lo que tiene un efecto de sensación de placer instantáneo, que ayuda a desplazar la asociación de este con la conducta de jugar.

- Los más utilizados en los estudios son la naltrexona y el nalmefeno, pero la mayoría de las investigaciones concluyen que no hay diferencias estadísticamente significativas entre la utilización de un opioide u otro en estos casos.
- Estos fármacos hay que utilizarlos con mucho cuidado porque son delicados, dado que estos mismos pueden producir un fenómeno de tolerancia muy potente y debe controlarse estrechamente la dosis y los tiempos de las pautas de administración.
- La retirada progresiva, realizada de forma adecuada, conlleva finalmente a la extinción de la conducta adictiva.
- Cuando se retiran persistentemente los síntomas, la impulsividad, la depresión y otros factores que llevaron a la adicción.

Existen otros fármacos en estudio como Memantina y la Acetilcisteína, pendiente de resultados.

## CONCLUSIONES

- El juego patológico es un problema social y por ello requiere de abordaje multidisciplinar:
  - \* Recursos sanitarios
  - \* Recursos sociales y comunitarios
  - \* Recursos psicoeducativos y jurídicos.
- Cada vez se introduce más en la vida común y de manera más sutil, afectando a población más joven, que comienzan con tecnologías que son aparentemente inofensivas.
- Se debería realizar prevención secundaria en población sufre trastorno por juego, pues hay un riesgo relativo mayor de conductas suicidas.
- Sería bueno evaluar mejor y tratar los problemas asociados:
  - \* Depresión
  - \* Trastorno de la personalidad
  - \* Impulsividad
  - \* Ansiedad
- Cada día hay más profesionales formados, que saben cómo hay que actuar ante problemas tan complejos como el trastorno por juego y la conducta suicida, siendo la capacitación una de las principales medidas preventivas.





## D. MARIANO CHÓLIZ MONTAÑÉS

Unidad de Investigación, juego y adicciones  
tecnológicas. Catedrático de Psicología Básica.  
Universitat de València

# SUICIDIO Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LA ADICCIÓN AL JUEGO

## RESUMEN

El suicidio es uno de los principales problemas de muchas de las sociedades actuales. Quizá también lo haya sido siempre y, de hecho, es una de las causas sobre las que hay datos desde hace más de cien años, concretamente desde 1906.

Se ha constatado, no obstante, que en España ha habido un crecimiento en los últimos años y, muy singularmente, en 2020. Probablemente la COVID también haya hecho de las suyas en este caso. Tan es así que

se trata en la actualidad de un problema de salud pública que requiere de una estrategia de prevención por parte del Ministerio de Sanidad.

El trabajo que se presenta pretende analizar algunos de los aspectos más relevantes que tienen que ver con el trastorno de juego y el suicidio, con el objetivo de acercarse un poco más en profundidad a la relación existente entre ambos y proponer algunas líneas estratégicas para una eventual estrategia nacional de prevención del suicidio.

## EL SUICIO Y LA SALUD MENTAL

El suicidio es un problema de salud, evidentemente, ya que es una causa directa de muerte. Pero no solamente representa un atentado contra la propia integridad personal, sino que se trata, sin lugar a dudas, de un problema de salud mental, ya que el agente definitivo que induce a una persona a quitarse la vida es el sufrimiento insoportable e irremediable que padece. Lo de insoportable es evidente. Lo de irremediable entra dentro de los parámetros subjetivos, aunque para la persona que lo hace (o lo intenta) es evidente que no tiene recursos para superarlo, al menos en este momento. Pero el dolor es tal, que tampoco puede esperar a tenerlos en un futuro siquiera inmediato.

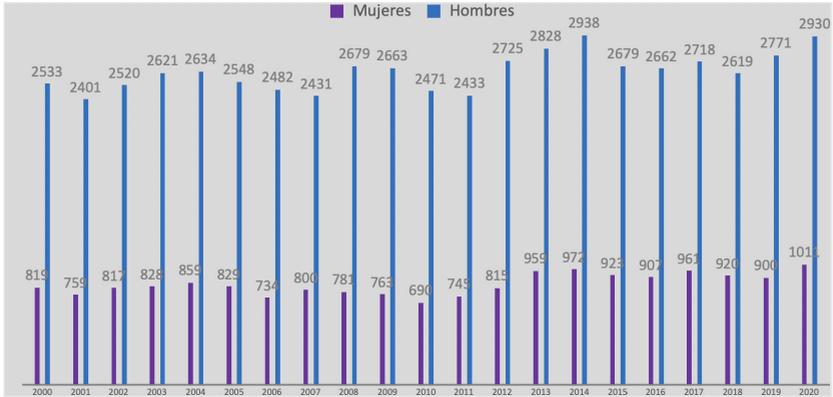
Previamente al análisis propiamente de la salud mental, hay aspectos que merecen especial atención en lo que se refiere a la prevalencia del suicidio.

El primero es el de la magnitud en sí, y lo que representa respecto de otro tipo de muertes. En 2020 se suicidaron en España 3.941 personas, un 7,35% más que en 2019, lo cual supone 8,32 suicidios cada 100.000 habitantes. Según la Funda-

ción Española para la Prevención del Suicidio (FEPS), la muerte por suicidio en 2020 ha sido la primera causa de deceso por causa externa (no natural ni debida a enfermedad) en España, triplicando las muertes debidas a accidentes de tráfico y multiplicando por 14 la de los homicidios (FEPS, 2022). En este sentido, existe una considerable diferencia entre países, y no solo en lo que se refiere a la tasa de suicidios en la población general -en la que España no tiene más que la mayoría de nuestro entorno-, sino en lo que esta mortalidad representa, comparada con otras causas de muerte no natural. En otros países, generalmente más desfavorecidos económica y socialmente, la tasa de homicidios o las muertes debidas a conflictos armados (que no dejan de ser homicidios, a mi entender) superan con mucho la que representan los suicidios. A pesar de ello, y de que el suicidio representa una causa de muerte y sufrimiento a nivel global, solo 38 países disponen de una estrategia nacional de prevención de suicidio. España no la tiene, aunque diferentes comunidades están desarrollando planes específicos.

El segundo aspecto que reclama la atención son las diferencias encontradas en razón de

## Suicidios perpetrados en españa

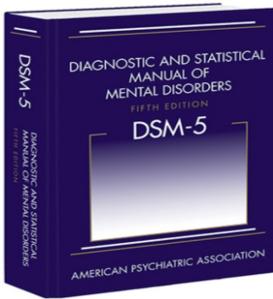


sexo. Las estadísticas son tozudas y contundentes e indican que la tasa de prevalencia de los hombres duplica a la de las mujeres, lo cual se corrobora tanto con los datos de la FESP en España, como por los de la OMS a nivel global (FESP, 2022; WHO, 2022). Se trata, sin duda, de un dato muy relevante y que obliga a estudiar el fenómeno del juego atendiendo al género y sobre el cual reflexionaremos a continuación.

El suicidio y la ideación suicida no solamente son un problema de salud mental, sino que son característicos de algunos de los trastornos mentales e incluso aparecen en los criterios diagnósticos. Así, de los 216 trastornos mentales establecidos por el DSM-5, en 32 de ellos

aparece la ideación suicida y en 12 las propias conductas suicidas. Los trastornos en los que las conductas suicidas son más prevalentes son, en primer lugar, el trastorno bipolar; en segundo lugar, la depresión mayor y en tercero se encuentra el trastorno de juego, en porcentajes similares a los de la esquizofrenia y el trastorno obsesivo compulsivo.

Como se ha indicado anteriormente, la causa final que precipita las conductas suicidas es el sufrimiento irremediable, algo que se explica psicológicamente en el caso de los episodios depresivos y que son especialmente relevantes en el caso de las fases depresivas del trastorno bipolar. En ese momento la persona se encuentra



*El DSM-5 clasifica 216 trastornos mentales  
En 32 de ellos existe ideación suicida  
En 12 de ellos aparecen conductas suicidas*

no solamente en una situación de grave sufrimiento emocional, sino que entiende que no cuenta con recursos personales ni apoyo externo que le puedan ayudar a solucionar el problema o a mitigar el dolor.

Es en este sentido en el que resulta necesario realizar una primera reflexión y es la de que hay más mujeres que sufren trastorno bipolar y depresión. Eso obliga a analizar si también es estos casos la prevalencia de suicidio es superior en hombres que en mujeres, en cuyo caso nos encontraríamos con una clara diferencia de género en la forma de resolver los problemas. Los hombres tendrían mayor tendencia que las mujeres a utilizar la agresión, ya que el suicidio es la forma más grave de lesión que una persona puede infringirse.

Los estudios científicos que analizan el tema de las ideas y las conductas suicidas en las

personas que padecen trastorno de juego se han realizado a través de tres procedimientos: encuestas en población general, estudios clínicos de pacientes de juego patológico y autopsias psicológicas de personas que padecían juego patológico cuando cometieron el suicidio.

De las encuestas realizadas en población general (Gray et al. 2021; Karlsson y Håkansson, 2018) se estima que los jugadores patológicos tienen una probabilidad cuatro veces mayor de intentar cometer un suicidio que los jugadores que no tienen problemas. Entre el 17% y 80% de los jugadores patológicos muestran ideación suicida, mientras que el porcentaje de intentos de suicidio que aparece en estos pacientes oscila entre el 13 y 27%.

Por su parte, los estudios clínicos (Carr, Ellis y Ledgerwood, 2018; Ledgerwood y Petry,

2004; Séguin et al., 2010) es decir, aquellos que se realizan con muestras de jugadores patológicos, indican que el 48% de los pacientes tienen ideación suicida, mientras que el 48% adicional se han intentado suicidar. Para el 60% de los pacientes de trastorno por juego de apuestas el suicidio es un tema de especial relevancia y trascendencia que requiere una especial atención en el proceso terapéutico.

**HAY MÁS MUJERES QUE SUFREN TRASTORNO BIPOLAR Y DEPRESIÓN. ESO OBLIGA A ANALIZAR SI TAMBIÉN EN ESTOS CASOS LA PREVALENCIA DE SUICIDIO ES SUPERIOR EN HOMBRES QUE EN MUJERES.**

En lo que se refiere a la comorbilidad con otros trastornos mentales que están presen-

tes en los jugadores patológicos con riesgo de suicidio se encuentran la depresión y el abuso de sustancias (Séguin et al., 2010). Cabe decir que los problemas con el juego preceden a la depresión en un 80% de los casos, lo cual demuestra que, aunque siempre existe interacción, en muchos casos los problemas afectivos son consecuencia del trastorno de juego. Enseguida analizaremos si se trata de una simple correlación o, de alguna manera, son los problemas que acarrea el juego patológico los que provocan ese estado de ánimo que, a su vez, incita a ideación y conductas suicidas.

Parece que los factores que están relacionados con el suicidio si centramos la mirada en el juego patológico son los siguientes:

- Inicio temprano en el juego
- Tener problemas severos con el juego
- Dificultades en las relaciones interpersonales, a causa del juego
- Presencia de otros trastornos mentales (especialmente trastornos depresivos)
- Dolor psicológico insoponible

Pero de todos los factores, el que explica un mayor porcentaje de varianza son las deudas

importantes que tienen como consecuencia graves conflictos familiares.

El tercer tipo de investigaciones son las autopsias psicológicas (Blaszczynski y Farrell 1998; Wong et al. 2010) es decir, el análisis de la psicopatología de las personas que han cometido suicidio a través de los informes y expedientes clínicos. A pesar de que no son muchos los estudios de este tipo, las principales conclusiones son:

- Tienen comorbilidad con otros trastornos mentales, especialmente trastornos del estado de ánimo y consumo de sustancias
- Tienen el doble de probabilidad de padecer un trastorno de personalidad
- La mayoría de casos con un largo historial de trastorno por juego de apuestas, lo cual les produce desesperanza y depresión.
- Han acudido menos a los servicios de salud mental (durante el último mes, año y a lo largo de su vida)
  - 58% de suicidios han tenido uno o varios episodios de depresión previos a la muerte, pero ninguno buscó ayuda psicológica
  - Algunos de ellos recurrieron al juego como forma de superar los sín-

tomas depresivos (juego como síntoma secundario de depresión)

- Personas que pierden dinero y tienen distres psicológico por las pérdidas con el juego son vulnerables a depresión: círculo vicioso.
- En la práctica totalidad, su vida y problemas financieros se convierten en inmanejables.
  - 50% tienen deudas de usureros
  - 30% tuvieron amenazas por parte de los acreedores días antes del suicidio

## **LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EL TRASTORNO POR JUEGO DE APUESTAS**

Los estudios científicos son los que pueden darnos las pautas más apropiadas para desarrollar acciones que prevengan el suicidio en las personas que padecen trastornos por juego de apuestas. Un primer paso es conocer las propuestas que emanan de los estudios realizados con autopsias psicológicas. Algunas propuestas que indican los investigadores son las siguientes (Wong et al., 2010):

- Incluir especialistas en trastornos por juego de apuestas en las estrategias de prevención de suicidio.

- Prestar especial atención en países donde el juego es muy accesible, puesto que es en esas zonas donde se encontrarán más personas con problemas de juego.
- Evaluar regularmente la presencia de depresión en quienes padecen trastorno por juego de apuestas.
- Proporcionar refugio a salvo de acreedores violentos y denunciarlo a la Policía para garantizar la seguridad.
- Incrementar la conciencia del trastorno por juego de apuestas en la sociedad, promoviendo la búsqueda de ayuda y desarrollar servicios para ayudar a identificar los problemas.

Para concluir, es necesario insistir en que se ha demostrado que el factor principal que está presente en la mayoría de pacientes de juego patológico que acaban suicidándose es la presencia de deudas inmanejables a causa del juego. Evitar esto sería el principal objetivo a conseguir para prevenir el suicidio. Las acciones se deberían coordinar en dos niveles: prevenir que ocurran dichas deudas y ayudar a manejarlas en el caso de que ya existan.

Para evitar que aparezcan, la acción más eficaz es poner límites a las pérdidas de los ju-

gadores en el juego, lo cual puede llevarse a cabo si existen adecuadas políticas de juego que incluyan dichos límites. La forma más operativa es mediante una tarjeta inteligente de juego que contabilice las pérdidas diarias, semanales y mensuales en el juego que bloquee el acceso a cualquier juego electrónico y *online* cuando se superen determinados límites (Chóliz y Sáiz, 2016).

Una vez que la persona ya tiene esas deudas y está sometido a tratamiento psicológico, la intervención, además de estar basada en la evidencia -como es obvio e imperativo- debería incluir asesoramiento financiero, apoyo jurídico-legal y acompañamiento policial ante la existencia de acreedores ilegales.

**EL FACTOR PRINCIPAL QUE ESTÁ PRESENTE EN LA MAYORÍA DE PACIENTES DE JUEGO PATOLÓGICO QUE ACABAN SUICIDÁNDOSE ES LA PRESENCIA DE DEUDAS.**

## BIBLIOGRAFÍA

- **American Psychiatric Association.** (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association.
- **Blaszczynski A, Farrell E.** 1998. A case series of 44 completed gambling-related suicides. *Journal of Gambling Studies*, 14, 93-109.
- **Carr, M.A., Ellis, J.D., & Ledgerwood, D.M.** (2018). Suicidality among gambling helpline callers: A consideration of the role of financial stress and conflict. *The American Journal of Addiction*, 27, 531-537.
- **Chóliz, M., & Saiz-Ruiz, J.** (2016). Regular el juego para prevenir la adicción: hoy más necesario que nunca. *Adicciones*, 28, 174-181.
- **Fundación Española para la Prevención del Suicidio** (2022). *Suicidios España 2020. Informe final*. Recuperado de: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>
- **Gray, H.M., Edson, T.C., Nelson, S.E., Grossman, A.B., & LaPlante, D.A.** (2021). Association between gambling and self-harm: A scoping review. *Addiction Research and Theory*, 29, 1-13.
- **Karlsson, A., & Håkansson, A.** (2018). Gambling disorder, increased mortality, suicidality, and associated comorbidity: a longitudinal national register study. *Journal of Behavioral Addictions*, 7, 1091-1099.
- **Ledgerwood, D. M., & Petry, N. M.** (2004). Gambling and suicidality in treatment-seeking pathological gamblers. *The Journal of nervous and mental disease*, 192, 711-714.
- **Séguin, M., Boyer, R., Lesage, A., McGirr, A., Suissa, A., Toussignant, M., & Turecki, G.** (2010). Suicide and gambling: psychopathology and treatment-seeking. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24, 541-547.
- **Wong, P.W., Chan, W.S., Conwell, Y., Conner, K.R., & Yip, P.S.** (2010). A pathological autopsy study of pathological gamblers who died by suicide. *Journal of Affective Disorders*, 120, 213-216.
- **World Health Organization** (2022). *World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs sustainable development goals*. World Health Organization.res.2021.09.027
- **Verdura-Vizcaíno, E. J.-N.-L.-G.** (2015). Características sociodemográficas y comorbilidad de sujetos con juego patológico e intento de suicidio en España. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 159-165.
- **World Health Organization** (2021). *Suicide*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- **World Health Organization** (2022). *Addictive behavior*. [https://www.who.int/health-topics/addictive-behaviour#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/addictive-behaviour#tab=tab_2).



**D.<sup>a</sup> SARA  
MECA ZAPATERO**

Psicóloga especializada en  
Psicología Clínica

# EL SUICIDIO EN EL JUEGO PATOLÓGICO Y OTRAS ADICCIONES: TOMA DE DECISIONES, EMOCIONES Y SALUD MENTAL

## INTRODUCCIÓN

El suicidio es un grave problema de salud pública, cada año 703.000 personas se quitan la vida (OMS, 2021). En España es la primera causa de muerte no natural, y el juego patológico es uno de sus principales factores de riesgo. Diversos estudios muestran que los pacientes con intento de suicidio presentan mayor prevalencia en determinadas comorbilidades:

dependencia global de sustancias, dependencia de nicotina, dependencias de cocaína y dependencia de opiáceos. (Verdura-Vizcaíno, 2015). Se han descrito distintos factores de riesgo de suicidio, entre los que destacan ser varón, tener antecedentes de intentos previos, trastornos adictivos, historia familiar de suicidio, antecedentes psiquiátricos, estado civil y situación de desempleo (Lopez Bernal, 2013; Miret, 2014).

**EXISTE UNA  
COMPLEJA  
RELACIÓN  
ENTRE SUICIDIO,  
TRASTORNOS  
DE LA  
PERSONALIDAD  
Y LA GRAVEDAD  
DE LOS  
PROBLEMAS  
DE JUEGO.**

En relación a la conducta suicida, las estadísticas revelan que el suicidio entre los jugadores patológicos es bastante elevado. Las razones son comprensibles cuando se analizan todos los fenómenos vinculados al juego en las etapas de desesperación, crisis y depresión. Diferentes estudios encontraron que el 85% de los jugadores patológicos piensan en la muerte como una solución a las consecuencias del juego, 49% ha planificado la forma de suicidarse y entre un 15-19% se ha suicidado (McCormick, 1984; Linden, 1986; Maccallum, 2003).

Las altas tasas de ideación suicida y de intentos de suicidio secundarios a los juegos de azar están bien establecidas entre quienes padecen tras-

tornos de la ludopatía. El estrés financiero está asociado con el suicidio de los jugadores, los problemas financieros están asociados con el aumento del conflicto familiar, que a su vez está asociado con el aumento de la suicidalidad (Buchanan, 2020; Carr, 2018).

Además, existe una compleja relación entre suicidio, la gravedad de los problemas de juego y trastornos de personalidad. Así los jugadores patológicos muestran tasas más altas de trastornos de personalidad en comparación con los no jugadores. Por lo que algunas de las relaciones entre la mayor gravedad de los problemas de juego y algunos trastornos de personalidad se explican por el aumento de suicidio (Ronzitti, 2018). Complementariamente, la comorbilidad de los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de la personalidad del grupo B son los factores de riesgo predominantes para los eventos suicidas, independientemente de la gravedad del trastorno de juego. Además, un inicio más temprano de los problemas de juego se asoció significativamente con la ideación suicida (Bischof A, 2015).

Los trastornos del estado de ánimo son los factores de riesgo más importantes para la con-

ducta suicida en general (Bernal, 2007; Borges G. N., 2010) y para los eventos suicidas en jugadores patológicos que buscan tratamiento (Ledgerwood D. P., 2004; Ledgerwood D. S., 2005; Penney, 2012).

Finalmente, en relación a la conducta suicida, el género de los jugadores patológicos es importante, dado que los datos revelan que el hecho de ser mujer es un factor de riesgo independiente para que los jugadores patológicos intenten suicidarse, en comparación con los individuos sin eventos suicidas (Bischof A, 2015). Así, en un estudio se encontró que las mujeres tuvieron 22% de intentos de suicidio en comparación con el 6% realizados por jugadores patológicos masculinos (Martins S. S., 2004).

Los estudios encontrados en esta área indican que el juego impacta a los géneros de diferentes maneras (Martins, 2002). Algunos autores afirman que las mujeres juegan con mayor frecuencia como medio para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (Lesieur H.R., 1991; Coman, 1997). Estudios encontraron que el divorcio es un factor que contribuye a la ideación suicida (Dennis, 2007; Borges G. N., 2010). Una mejor comprensión de las di-

ferencias entre los jugadores masculinos y femeninos puede ayudar a desarrollar estrategias más eficientes de prevención y tratamiento del juego patológico.

Por tanto, el juego patológico está relacionado con la conducta de suicidio, sin embargo, falta consistencia y seguimiento en los estudios que hacen necesario analizar más en profundidad la relación entre ambos fenómenos con el fin de hacer un abordaje terapéutico más completo y específico, en el caso que exista riesgo de suicidio o que el juego sea un factor causal en la conducta suicidio. Entre las muchas consecuencias adversas potenciales de los juegos de azar, la más grave es el comportamiento suicida, ya que el 20% de los jugadores patológicos intentarán suicidarse durante su vida (Moghaddam, 2015).

## **OBJETIVOS**

El primer objetivo de este trabajo es comprobar si las personas con adicción al juego tienen más ideación e intentos de suicidio que las personas con otras adicciones. Complementariamente, el segundo objetivo es analizar qué características diferenciales, en cuanto a toma de decisiones, emocio-

nes y estado psicológico, presentan las personas que tienen ideación suicida o intentos previos de suicidio separando los pacientes con adicción al juego y con otras adicciones. Por último, comprobaremos si hay alguna característica diferencial entre ambos grupos en las variables de toma de decisiones, emociones y estado psicológico.

## MÉTODO

### MUESTRA

En primer lugar, se recogerá muestra de pacientes diagnosticados de juego patológico en centros especializados en adicciones y se llevará a cabo la inclusión de cualquier nuevo PG que busque tratamiento. Los criterios de inclusión son pacientes con problemas relacionados con el juego, reclutados consecutivamente y mayores de 18 años.

El trastorno de juego se encuentra categorizado dentro del apartado de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. Según el DSM-5, se define como una conducta de juego problemático persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta por la presencia de diferentes crite-

rios establecidos. Los criterios de exclusión son la presencia de una condición neurodegenerativa, una lesión cerebral actual (o antecedentes de ella), enfermedad neurológica o una discapacidad intelectual.

Los datos corresponden a 79 participantes que se han dividido en 2 grupos; el grupo experimental de juego patológico (N=33) y el grupo experimental de otras adicciones (N= 46).

### VARIABLES MEDIDAS

Para realizar la evaluación de los pacientes se han utilizado cuestionarios validados y empleados en la literatura científica con el fin de obtener datos válidos y comparables a otros estudios.

Las variables medidas en este trabajo son: Iowa Gambling Task, Mixed gambling task, Estilos de decisiones (GDMS) Regulación emocional (DERS), Alexitimia (TAS20), BRISC y GHQ.

### ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Los análisis son descriptivos. Chi<sup>2</sup> para ver si hay más personas que han tenido ideación suicida o intento entre grupo de ludópatas y otras adicciones. Después ANOVAS de una vía para comparar grupos.

## RESULTADOS

### Diferencias en ideación suicida e intento de suicidio entre ludopatía y otras adicciones:

Los resultados muestran que no hay diferencias entre ambos grupos ni en ideación suicida ni en intentos de suicidio ( $\chi^2 = .309$ ,  $p = 0.578$  y  $\chi^2 = .509$ ,  $p = 0.694$ , respectivamente).

### Comparación en toma de decisiones, emociones y salud psicológica en función de la ideación suicida:

En la muestra con adicción al juego se observó que aquellos sujetos que tenían ideación suicida tenían, a nivel de toma de decisiones, un estilo decisional espontáneo y mayor sesgo de negatividad. Por otro lado, estos sujetos tenían menores puntuaciones en regulación emocional (DERS total) y una mayor dificultad en identificar sentimientos (subescala del TAS). A nivel de salud psicológica también mostraban más insatisfacción con la vida y mayores puntuaciones en el GHQ total y en la subescala de depresión.

Por otro lado, en el grupo de otras adicciones, los que tenían ideación suicida consideraban que tomaban mal las decisiones en comparación con aque-

llos que no tenían ideación suicida, y además tenían mayores puntuaciones en el estilo decisional espontáneo y mayor sesgo de negatividad. Respecto a las emociones, también tenían peor regulación emocional y mayores puntuaciones en alexitimia (TAS total). Finalmente, la salud psicológica (GHQ total) de aquellos que tenían ideación suicida era peor que aquellos que no tenían.

### Comparación en toma de decisiones, emociones y salud psicológica en función de intentos de suicidio:

Cuando consideramos los intentos de suicidio es importante indicar que la muestra era muy reducida. No obstante, cuando se comparó a los sujetos con adicción al juego se observó que aquellos que habían intentado suicidarse tenían menor resiliencia emocional (subescala del BRISC).

Al analizar el grupo de otras adicciones, se observó que aquellos que intentaron suicidarse tenían mayores puntuaciones en el estilo espontáneo de toma de decisiones y mayor aversión a las pérdidas. Además, también se apreció que aquellos que habían intentado suicidarse tenían mayores puntuaciones en el cuestionario de

juego patológico (NODS), tanto en la puntuación general como en gravedad.

### Comparación entre ludopatía y otras adicciones en toma de decisiones, emociones y salud psicológica :

Los resultados mostraron que ambos grupos no diferían en las puntuaciones de los cuestionarios de salud psicológica (GHQ). Sin embargo, en el caso de toma de decisiones se encontró que el grupo con adicción al juego tiene significativamente mayores puntuaciones en aversión a las pérdidas (loss aversion 2) y al riesgo (rho), una mayor puntuación en sensibilidad al *feedback* y peores puntuaciones en el IGT ( $p=0.06$ ) en comparación con el grupo de otras adicciones. Respecto a emociones, los jugadores patológicos tenían mayores puntuaciones en alexitimia (TAStotal) que los participantes con otras adicciones.

## DISCUSIÓN

La pregunta que nos hacemos es si las personas que tienen adicción al juego tienen mayor riesgo de suicidio que las personas que tienen otras adicciones. Esta pregunta se responde con un no, por nuestros datos no se observan diferencias significativas entre los ludópatas y otras

adicciones, ni en ideación suicida ni en intentos de suicidio. Sin embargo, cuando analizamos la ideación suicida y los intentos de suicidio, dentro de las personas que tienen adicción al juego u otras adicciones, se observan algunas diferencias que podrían dar pistas de qué variables psicológicas pudieran estar alteradas en estos grupos y ser indicadoras de riesgo de suicidio.

Por último, queríamos ver en qué eran diferentes los ludópatas y los de otras adicciones y vimos que los primeros tienen una mayor aversión a las pérdidas y menos sensibilidad al *feedback* en comparación con el grupo de otras adicciones. Estos aspectos podrían estar mostrando una forma diferencial de tomar decisiones que podrían estar relacionadas con las diferencias observadas en los que tienen ideación suicida en los ludópatas y los de otras adicciones.

**NO SE OBSERVAN  
DIFERENCIAS  
SIGNIFICATIVAS  
ENTRE LOS  
LUDÓPATAS  
Y OTRAS  
ADICCIONES  
EN IDEACIÓN  
SUICIDA.**

## BIBLIOGRAFÍA

- **Bischof, A.**, Meyer, C., Bischof, G., John, U., Wurst, F. M., Thon, N., Lucht, M., Grabe, H. J., & Rumpf, H. J. (2015). Suicidal events among pathological gamblers: The role of comorbidity of axis I and axis II disorders. *Psychiatry Research*, 225(3), 413–419. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.074>
- **Buchanan, T. M.** (2020). Stress and gambling. *Behavioral Sciences*, 31, 8-12.
- **Carr, M. E.** (2018). Suicidality among gambling helpline callers: A consideration of the role of financial stress and conflict. *The American Journal on Addictions*, 7, 531–537.
- **Instituto Nacional de Estadística** (2018). Defunciones por suicidios. <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=2590&capSel=2655>
- **Plan Nacional sobre Drogas** (2021). Informe sobre Adicciones Comportamentales. <https://pnscd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>
- **Sharman, S.**, Murphy, R., Turner, J., & Roberts, A. (2022). Predictors of suicide attempts in male UK gamblers seeking residential treatment. *Addictive Behaviors*, 126. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107171>
- **Thon, N.**, Preuss, U. W., Pölzleitner, A., Quantschnig, B., Scholz, H., Kühberger, A., Bischof, A., Rumpf, H. J., Wurst, F. M., Allmayer, G., Beck, H., Brenner, S., Clemens-Marinschek, R., Eigenberger, T., Hannemann, C., Hinteregger, P., ... Zimmerl, H. (2014). Prevalence of suicide attempts in pathological gamblers in a nationwide Austrian treatment sample. *General Hospital Psychiatry*, 36(3), 342–346. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.01.012>
- **Rogier, G. P.** (2019). Struggling with Happiness: A Pathway Leading Depression. *Journal of Gambling Studies*, 35(1), 293-305.
- **Ronzitti, S. K.** (2018). Problem-gambling severity, suicidality and DSM-IV Axis II personality. *Addictive Behaviors*, 82,142-150.
- **Valenciano-Mendoza, E.**, Fernández-Aranda, F., Granero, R., Gómez-Peña, M., Moragas, L., Pino-Gutierrez, A. del, Mora-Maltas, B., Baenas, I., Guillén-Guzmán, E., Valero-Solís, S., Lara-Huallipe, M. L., Codina, E., Mestre-Bach, G., Etxandi, M., Menchón, J. M., & Jiménez-Murcia, S. (2021). Suicidal behavior in patients with gambling disorder and their response to psychological treatment: The roles of gender and gambling preference. *Journal of Psychiatric Research*, 143, 317–326. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.09.027>
- **Verdura-Vizcaíno, E. J.-N.-L.-G.** (2015). Características sociodemográficas y comorbilidad de sujetos con juego patológico e intento de suicidio en España. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 159–165.
- **World Health Organization** (2021). *Suicide*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- **World Health Organization** (2022). *Addictive behavior*. [https://www.who.int/health-topics/addictive-behaviour#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/addictive-behaviour#tab=tab_2).



# MESA MULTIDISCIPLINAR PREVENCIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE



**D.<sup>a</sup> ADRIANA  
MIRA PASTOR**

Investigadora en el Grupo LABSITEC. Profesora de Psicología en la Universidad de Valencia del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos



**D.<sup>a</sup> MARÍA  
ROIG MARTÍNEZ**

Trabajadora Social



**D.<sup>a</sup> YOLANDA  
TORRES MARTÍN**

Psicóloga General Sanitaria especializada en adicciones

# VARIABLES RELACIONADAS CON EL ESTIGMA HACIA EL SUICIDIO EN POBLACIÓN DE HABLA HISPANA: UN ESTUDIO EXPLORATORIO



**D.<sup>a</sup> ADRIANA  
MIRA PASTOR\***

Investigadora en el Grupo LABSITEC.  
Profesora de Psicología en la UV.

Desde la Organización Mundial de la Salud se contempla el suicidio como un grave problema de salud pública. Se encuentra entre las veinte primeras causas de muerte a nivel mundial y es la segunda entre adoles-

centes y jóvenes adultos (OMS, 2021). Las cifras son alarmantes, 800.000 personas mueren por suicidio al año, y estos datos no contemplan las tentativas, que se estima que pueden ser hasta 20 veces más frecuentes que el suicidio consumado (OMS, 2021).

En cuanto a los datos en nuestro país, en 2020 el suicidio se mantuvo como la primera causa de muerte externa, con 3.941 fallecimientos, un 7,4% más que en 2019. Esto supone que cada día mueren 11 personas por suicidio y este número duplica al de muertes por accidentes de tráfico (Observatorio del suici-

(\*) Autores: Adriana Mira (1) ; Maitena Pierantonelli (1) ; Ángel Zamora (1) ; Rebeca Diego-Pedro (3) ; Juani Bretón-López (2, 4); Azucena García-Palacios (2, 4) y Rosa Baños (1, 4).

- (1) Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad de Valencia, Valencia, España
- (2) Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universitat Jaume I de Castellón, España
- (3) Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Internacional de Valencia, España
- (4) Ciber Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CB06/03 Instituto Salud Carlos III), España

dio, 2020). A esto se suma que la tendencia de suicidios consumados es ascendente, lo que señala la importancia de desarrollar estrategias de prevención y factores de protección a edades tempranas. Además, resulta esencial tener en cuenta no únicamente las tasas de suicidio sino también los intentos y la ideación suicida pues son importantes factores de riesgo del suicidio consumado. Los datos muestran que se producen 80.000 intentos de suicidio en España al año (OMS, 2021).

La falta de sensibilización, el estigma y el hecho de que el suicidio continúe siendo un tema tabú son barreras que dificultan, por un lado, la búsqueda y recepción de ayuda en las personas con ideación y/o conducta suicida; y por el otro, la generación e implementación de estrategias nacionales de prevención del suicidio. En el 2019, únicamente 38 países habían notificado que contaban con un plan de prevención específico para esta problemática (OMS, 2019). Por todo ello, es fundamental establecer una estrategia nacional de prevención del suicidio en España (Soto et al., 2019).

El estigma en salud mental se define como un proceso dinámico de construcción social, que se manifiesta en tres as-

pectos del comportamiento social: estereotipos, prejuicios y discriminación (Ottati et al., 2005). Se distingue entre el estigma social y el estigma internalizado. Específicamente en el suicidio el estigma se ha definido como actitudes negativas hacia el suicidio o el intento de suicidio (Batterham et al., 2018). En cuanto al estigma social, las personas con ideación o conducta suicida viven y sienten la discriminación que deriva de los estereotipos negativos hacia el suicidio presentes en la sociedad. La literatura muestra que hay determinadas características que las personas atribuyen a quienes cuentan con antecedentes de intento de suicidio como el egoísmo, la debilidad, la incapacidad para hacer frente a los problemas o la baja fuerza de voluntad (Carpiniello y Pinna, 2017; Ludwig, et al., 2020). A esto se suma que evocan sentimientos de miedo y enfado hacia los demás (Sheehan, Dubke y Corrigan, 2017).

Todas estas actitudes derivadas de la estigmatización suponen un factor de estrés que puede conducir a un aumento del riesgo de suicidio (Carpiniello y Pinna, 2017). Por otra parte, conduce al desarrollo y la consolidación del autoestigma en aquellas personas con tendencia suicida que pueden

sentir vergüenza, aislarse socialmente dificultando en última instancia la búsqueda de ayuda (Hanschmidt, et al., 2016) y el establecimiento del compromiso con los servicios de ayuda (Han, et al., 2017). La persona acepta y aplica las concepciones peyorativas sobre su persona, derivando en una disminución de la autoestima y autoeficacia (Corrigan, et al., 2006).

No nos podemos olvidar del estigma que sufren las personas que han perdido a alguien por suicidio, pues es una de las muertes que más afecta a las familias generando sentimientos de culpabilidad, vergüenza o soledad (Hanschmidt y cols., 2016; Vedia, 2016).

Contamos ya con una sólida evidencia acerca de la eficacia de diversas intervenciones a nivel estructural, social y personal orientadas a la lucha contra el estigma en el ámbito de la salud mental (Alonso et al.,

2019; Corrigan et al., 2012; Gronholm et al., 2017; Thornicroft et al., 2016). Sin embargo, no son tan numerosos los trabajos que trasladan esa investigación científico-académica a los ámbitos de aplicación social y atención directa a la comunidad.

Es muy importante poder llegar a todas las personas que necesitan ayuda y ahí nos pueden ayudar las Tecnologías de la Información y la comunicación (TIC) (Kazdin y Blase, 2011). La utilización de las TIC en la intervención en salud mental ha demostrado ser altamente eficaz (Carlbring et al., 2018). Un buen ejemplo es la utilización de Internet y aplicaciones móviles que, entre otros beneficios, permite superar barreras geográficas y de tiempo, reducir el coste y luchar contra el estigma que sigue existiendo a la hora de decidir buscar ayuda por un problema de salud mental (Ralston et al., 2018). Es así como en los últimos años diversos autores han presentado sus esfuerzos por responder a la problemática del suicidio a través de soluciones de este tipo con excelentes resultados (Whiteside et al., 2021; Wulz et al., 2022).

Empieza a haber evidencia del uso de las TIC en las acciones contra el estigma en salud men-

**LA UTILIZACIÓN  
DE LAS TIC EN LA  
INTERVENCIÓN EN  
SALUD MENTAL  
HA DEMOSTRADO  
SER ALTAMENTE  
EFICAZ.**

tal, como el uso de la realidad virtual, videojuegos formativos, programas web y también vídeos con buenos resultados en la mejora de la distancia social y la discriminación, así como en la reducción del estigma y un mayor conocimiento (Gómez-Merino y Muñoz, 2020). Específicamente contra el estigma en suicidio hay pocos estudios realizados, pero con resultados prometedores. Centrados en culturas y contextos diversos, desarrollos recientes han demostrado cómo intervenciones digitales pueden producir reducciones significativas del estigma hacia el suicidio por medio de la alfabetización y la psicoeducación (Rogers et al., 2018; Kennedy et al., 2020). Sin embargo, se ha destacado que el público que utiliza esas soluciones suele estar marcado por un alto nivel educativo. Por lo que se recomienda ampliar los recursos para alcanzar una audiencia más amplia (Kohnen et al., 2022).

La finalidad del presente trabajo es presentar el estudio exploratorio que estamos llevando a cabo sobre el estigma en relación al suicidio y los resultados preliminares. Los objetivos específicos son:

1. Explorar si existen diferencias significativas en la estigmatización en función

de diversas variables socio-demográficas

2. Explorar si existe relación entre variables clínicas, asociadas a la ansiedad, depresión e ideación suicida con el estigma hacia el suicidio;
3. Explorar si el grado de conocimiento sobre el suicidio se relaciona con la estigmatización
4. Explorar si existe relación entre el duelo ante situaciones de suicidio y la estigmatización.

## 2. MÉTODO

### 2.1 PARTICIPANTES

La muestra del presente estudio exploratorio la conforman 678 participantes seleccionados mediante un muestreo no probabilístico accidental. Como criterios de inclusión se establecieron, ser mayor de edad y utilizar el castellano como idioma habitual.

La edad media de la muestra es 28 años (SD=10.97; rango=18-77 años) y un 78.9% se identifica como mujer. En lo que respecta a la nacionalidad, los participantes provienen de España (64.1%) y América Latina (38.9%). La mayoría (51.3%) cuenta con estudios universitarios como educación máxima alcanzada, seguido por forma-

ción profesional (29%) y educación secundaria (18.5%). Un pequeño porcentaje solo cuenta con educación primaria (0.9%) o no tiene estudios (0.3%).

## **2.2 VARIABLES E INSTRUMENTOS**

### **2.2.1 Variables Sociodemográficas**

Se desarrollaron ítems ad hoc con el fin de recoger información personal sobre la muestra como por ejemplo el género, la edad, el país de nacimiento, el nivel de estudios, la situación laboral, el grupo de convivencia y la relación de pareja. Asimismo, se sumaron preguntas sobre la experiencia de suicidio en el entorno, el grado de cercanía de esa relación y el conocimiento sobre recursos de ayuda en caso de riesgo suicida. Por último, los participantes respondieron en una escala Likert de 5 puntos el grado de identificación con creencias religiosas, una mayor puntuación indica un mayor grado de creencias religiosas.

### **2.2.2 Estigma público hacia el suicidio**

La Stigma of Suicide Scale-Short Form (SOSS-SF) desarrollada por Batterham et al. (2013) es una medida que contiene 16 ad-

jetivos que describen prototípicamente a una persona que ha fallecido por suicidio. La evaluación está dirigida a la población general e identifica tres factores: estigma (por ejemplo, superficial, patético), glorificación/normalización (por ejemplo, fuerte, valiente) y, aislamiento/depresión (por ejemplo, solitario, desconectado). Los ítems se puntúan en una escala Likert de 5 puntos y las puntuaciones altas demuestran un alto acuerdo en el ítem que representa a una persona suicida prototípica. Así, una puntuación media alta se asocia con mayores consideraciones estigmatizantes contra las personas que ponen fin a su vida mediante el suicidio.

Esta escala presentó una estructura factorial robusta y una consistencia interna sólida. El Alfa de Cronbach en las tres subescalas fueron superiores a 0,72 entre los estudiantes universitarios de Australia y China (Batterham et al., 2013b; Han et al., 2017).

### **2.2.3 Conocimiento sobre del suicidio**

La Literacy of Suicide Scale-Short Form (LOSS-SF; Cleave et al., 2012) aborda los niveles de conocimiento sobre el suicidio. En su forma corta contiene 12 ítems que se dividen en

cuatro dominios: (1) signos y síntomas, (2) causas o naturaleza, (3) factores de riesgo y (4) tratamiento y prevención. Las respuestas se brindan en una escala de tres puntos (“verdadero”, “falso”, “no sé”). Por cada respuesta correcta se otorga un punto y las puntuaciones más altas indican una mayor alfabetización relacionada con el suicidio.

### **2.2.4 Variables Clínicas: depresión, ansiedad e ideación suicida**

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Spitzer et al., 1999; Díez-Quevedo et al., 2001) es una escala de nueve ítems que refleja los criterios diagnósticos del DSM-IV para la depresión mayor. Las respuestas se proporcionan en una escala Likert de 4 puntos según la frecuencia de aparición de los síntomas en las últimas dos semanas, de 0 (nunca) a 3 (la mayoría de los días). Adicionalmente, en la última pregunta se aborda el nivel de dificultad que haya podido derivar de estas problemáticas en una escala Likert de 4 puntos siendo 1 “no ha sido difícil” y 4 “extremadamente difícil”. Las puntuaciones más altas reflejan una mayor gravedad de la sintomatología depresiva. La versión española (Díez-Quevedo et al., 2001) mostró una

adecuada sensibilidad (0,87) y especificidad (0,88) para el diagnóstico depresivo.

Por otro lado, se administró la Generalized Anxiety Disorder-7 item scale (GAD-7; Spitzer et al., 2006; García-Campayo et al., 2010) para evaluar la manifestación del trastorno de ansiedad generalizada respondiendo sobre la frecuencia de las experiencias en las últimas dos semanas de 1 (ningún día) a 4 (casi todos los días). Los rangos de puntuación se clasifican desde una sintomatología ansiosa mínima (0-4) hasta una grave (14-20). Tanto la versión original como la española demostraron una excelente consistencia interna con alfa de Cronbach de 0,92 y 0,93 respectivamente.

Por último, se evaluó la severidad de la ideación suicida mediante la escala Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS; Van Spijker et al., 2014) compuesta por 5 ítems a través de los cuales se valora la frecuencia (ítem 1), la capacidad de control (ítem 2), la cercanía al intento (ítem 3), la angustia (ítem 4) y la interferencia con las actividades diarias (ítem 5) en el último mes. Las respuestas se dan en una escala Likert de 11 puntos. Las puntuaciones superiores a 21 indican un alto

riesgo de conducta suicida. La medida ha mostrado buenas propiedades psicométricas y una excelente consistencia interna ( $\alpha = 91$ ) (van Spijker et al., 2014).

### **2.2.5 Duelo en sobrevivientes de suicidio**

Por medio del Grief Experience Questionnaire (GEQ; Barret y Scott, 1989) se evaluaron los sentimientos derivados de la experiencia de suicidio en las personas cercanas al fallecido. La escala está compuesta por 55 ítems que indagan acerca de la frecuencia con la que el sujeto ha experimentado una determinada reacción durante los dos años posteriores a la defunción siendo 1 “nunca” y 5 “casi siempre”.

Los ítems se encuentran repartidos en las siguientes 11 subescalas: reacciones somáticas, reacciones de duelo generales, búsqueda de explicaciones, pérdida de apoyo social, estigmatización, culpa, responsabilidad, vergüenza, rechazo, comportamiento autodestructivo y reacciones únicas.

### **2.3 PROCEDIMIENTO**

Se realizó la recogida de la muestra a través de las universidades implicadas (Universidad de Valencia, Universidad Jau-

me I, Universidad de Zaragoza y la Universidad de Américas Puebla de México) y por medio de redes sociales. Las personas interesadas en el estudio accedían a la encuesta *online* con un enlace creado a través de la plataforma en línea (Qualtrics LLC, 2014). La encuesta incluye el consentimiento informado que garantiza el anonimato de los participantes, la confidencialidad de los datos recogidos y se informa del carácter voluntario de la participación. Cabe destacar que el estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Zaragoza.

### **2.4 ANÁLISIS DE DATOS**

Con el objetivo de conocer las características de la muestra en cada variable estudiada, se han realizado análisis descriptivos y de frecuencias para ver los estadísticos de tendencia central y dispersión. Para algunos análisis se ha segmentado la muestra en función de la nacionalidad a fin de obtener un detalle descriptivo de las variables de estudio tanto para la población española como latinoamericana. También se han empleado pruebas de contraste de medias (‘pruebas t’) para muestras independientes y ANOVA de un factor para explorar las diferencias entre grupos.

Por último, se llevaron a cabo análisis de correlaciones bivariadas (Pearson) para conocer las relaciones entre el estigma y otras variables de interés, así como análisis de regresión lineal múltiple para predecir cuál de las variables estudiadas podrían predecir el estigma.

Los distintos procedimientos estadísticos se realizaron mediante el programa informático SPSS 27 (Statistical Package for the Social Sciences).

### **3. RESULTADOS**

#### **3.1. EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON EL SUICIDIO Y CONOCIMIENTO SOBRE DÓNDE SOLICITAR AYUDA**

Los resultados muestran que la mayoría de los participantes (51.8%) no tiene conocimiento acerca de los recursos disponibles para solicitar ayuda en caso de presentar problemas relacionados con el suicidio.

Por otra parte, el 56.6% de los participantes declara haber tenido alguna experiencia relacionada con el suicidio en alguna persona de su entorno. De ellos, el 42.7% refieren que dicha experiencia finalizó con el fallecimiento de la persona por suicidio. Finalmente, la evaluación del grado de cercanía

de esta relación, operativizada mediante una escala Likert de 3 puntos, muestra como principalmente se trataba de relaciones muy cercanas en un 41.1% de la muestra, cercanas en un 23.1% y poco cercanas en un 35.5%.

#### **3.2. VARIABLES DE ESTIGMATIZACIÓN, CONOCIMIENTO Y DUELO EN SUPERVIVIENTES**

En la Tabla 1 se presentan las medias y desviaciones típicas de cada una de las escalas y sus subescalas.

En relación a la escala de estigma (SOSS) los resultados muestran que los participantes obtienen una media de 2.41 (DT=0.47) siendo la subescala que presenta la puntuación más alta la de depresión/soledad.

En cuanto al conocimiento (LOSS), la media de respuestas acertadas es de 6.93 (DT=2.07), siendo los ítems que consideran más difíciles los vinculados a los síntomas, los factores de riesgo, y el tratamiento en el suicidio.

Por último, en la escala de duelo (GEQ) se obtiene una media de 106.19 (DT=41.66) siendo la subescala con más puntuación la de búsqueda, seguida por la subescalas de vergüenza y culpa.

Tabla 1. Análisis descriptivo sobre la estigmatización, el conocimiento y duelo en supervivientes.

<i>Escala y subescalas</i>	<i>Media</i>	<i>DV</i>
SOSS	2.41	0.47
Estigma	1.7	0.63
Depresión	3.54	0.83
Glorificación	2.69	0.69
LOSS	6.93	2.07
Factores de Riesgo	1.4	0.87
Síntomas	1.38	0.86
Causas	2.24	1.06
Tratamiento	1.91	0.32
GEQ	106.19	41.66
Reacciones somáticas	11.16	4.46
Reacciones de duelo generales	11.19	4.25
Búsqueda	15.11	4.85
Pérdida de apoyo social	8.59	3.84
Estigmatización	9.3	4.39
Culpa	11.66	5.25
Responsabilidad	8.4	4.19
Vergüenza	10.85	4.5
Evitación	8.09	4.32
Autodestrucción	8.5	4.14
Reacciones únicas	10.1	3.89

Nota. DT= Desviación típica; SOSS= Stigma of Suicide; Scale/ LOSS= Literacy of Suicide Scale; GEQ= Grief Experience Questionnaire.

### 3.3. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA EN LAS VARIABLES CLÍNICAS: DEPRESIÓN, ANSIEDAD E IDEACIÓN SUICIDA

En primer lugar, encontramos una puntuación media de 7.13 (DT=5.6) en lo que respecta a la presencia de sintomatología depresiva, operativizada mediante el cuestionario PHQ-9. En segundo lugar, en cuanto a la sintomatología ansiosa, la puntuación media obtenida en el cuestionario GAD-7 es de 4.84 (DT=4.38). Finalmente, en el cuestionario SIDAS, empleado para la evaluación de la ideación suicida, la puntuación media obtenida es de 11.78 (DT=9.15).

### 3.4 RELACIÓN ENTRE ESTIGMA Y LAS VARIABLES DE INTERÉS

#### Relación entre Estigma y Variables sociodemográficas

En primer lugar, la variable edad muestra una correlación negativa y estadísticamente significativa con respecto a la subescala de glorificación de la escala de estigma ( $r=-0.106$ ). Los hombres puntúan significativamente más que las mujeres en la subescala de estigma ( $p=0.01$ ). En cuanto a la nacionalidad, la muestra procedente de la latino américa puntúa significativamente más en estigma

que la población española en la escala total ( $p=0.04$ ) y en las subescalas de estigma ( $p=0.03$ ) y depresión ( $p=0.01$ ).

#### Relación entre Estigma y Grado de Creencias religiosas/espirituales

El grado de creencias religiosas correlaciona de manera positiva y significativa con la escala total ( $r=0.129$ ) y su subescala específica de estigma ( $r=0.156$ )

#### Relación entre Estigma y Experiencia con el suicidio

En primer lugar, se observan diferencias estadísticamente significativas en la variable estigma en función del conocimiento o no de los medios en los que se puede recibir ayuda con respecto al suicidio, donde aquellas personas que no conocen los recursos de ayuda muestran una mayor estigmatización ( $p < 0.01$ ). Del mismo modo, la media del grupo que desconoce los medios de ayuda para el suicidio es superior y difiere de manera estadísticamente significativa en la subescala depresión/soledad ( $p=0.03$ ) y la subescala de estigma ( $p < 0.01$ ).

En segundo lugar, las pruebas de contraste de medias reflejan diferencias significativas en estigma entre quienes han teni-

do una experiencia de suicidio en su entorno y las que declaran no haberla experimentado. Siendo más alto el estigma (en la subescala de glorificación) en las personas que habían perdido a alguien por suicidio ( $p=0.04$ ).

### Relación entre Estigma y Conocimiento acerca del suicidio

Se observa una correlación negativa y estadísticamente significativa entre el conocimiento acerca del suicidio y la estigmatización, tanto en la puntuación total de la escala ( $r=-0.14$ ) como en la sub escala de estigma ( $r=-0.22$ ). Además, los análisis de regresión muestran que un mayor conocimiento predice un menor estigma. El conocimiento en relación al suicidio contribuye de forma significativa a explicar lo que ocurre en la variable dependiente (estigma). ( $\beta=-.23$ ,  $t= -2.63$ ,  $p= 0.009$ ). En este sentido, por cada unidad de aumento en la variable conocimiento acerca de las causas o naturaleza del suicidio, el estigma disminuye en .043 puntos.

### Relación entre Estigma y Sentimiento de duelo en supervivientes

Los resultados muestran una correlación estadísticamente significativa entre la subescala

de pérdida de apoyo social de la escala de duelo y el estigma, tanto en la puntuación total ( $r=0.22$ ) como en la subescala de estigma ( $r=0.22$ ).

### Relación entre Estigma y Variables clínicas: depresión, ansiedad e ideación suicida

Los resultados muestran correlaciones positivas y significativas entre las diferentes variables clínicas y el estigma: entre sintomatología depresiva y estigma ( $r=0.09$ ), entre sintomatología ansiosa y estigma ( $r=0.11$ ), entre ideación suicida y estigma ( $r=0.23$ ).

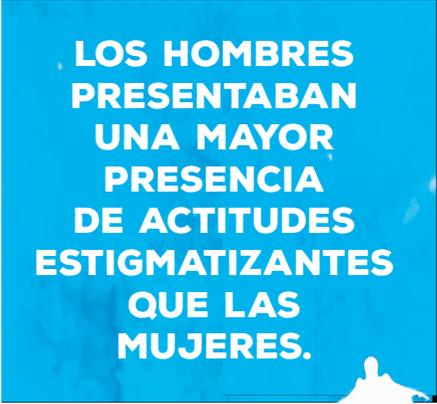
## 4. DISCUSIÓN

El objetivo del estudio ha sido evaluar el estigma público hacia el suicidio en población de habla hispana. También se recogieron datos sociodemográficos y se administraron escalas para la evaluación de variables que habían mostrado relación con el estigma público en la literatura científica existente, como el conocimiento acerca del suicidio, variables clínicas (depresión, ansiedad e ideación suicida) y los sentimientos de duelo en supervivientes.

Los resultados mostraron la presencia de actitudes estigmatizantes hacia las personas

que cometen suicidio, hecho que concuerda con las investigaciones previas recogidas por Carpiniello y Pina (2017), que habían mostrado la presencia de estas actitudes en diversidad de entornos socio-culturales y en estudios llevados a cabo mediante diseños y métodos heterogéneos. Principalmente, se observó un predominio de la concepción del suicidio como un acto propio de personas con rasgos relacionados con la soledad y la depresión, siendo adjetivos como “sufriendo”, “deprimidas”, “tristes” e “infelices”, del mismo modo que se evidencia en los trabajos de Batterham y colaboradores (2013a, 2019) en población australiana.

En lo que respecta a variables sociodemográficas, de la misma manera que se había observado tanto en población general (Batterham et al., 2013a; Pereira y Cardoso, 2019), como en población clínica (Batterham et al., 2019), los hombres presentaban una mayor presencia de actitudes estigmatizantes. Los resultados del presente estudio van en la misma línea. Este hecho se justifica en la literatura en base a la posible presencia de un menor nivel de conocimiento acerca del suicidio en población masculina (Batterham et al., 2013a).



**LOS HOMBRES  
PRESENTABAN  
UNA MAYOR  
PRESENCIA  
DE ACTITUDES  
ESTIGMATIZANTES  
QUE LAS  
MUJERES.**

Alternativamente, en la literatura se sugieren otras posibles explicaciones ante esta asociación, entre las que se destaca la posible influencia de los ideales masculinos tradicionales, tales como el estoicismo, la autosuficiencia o la emocionalidad restringida, ocasionando una menor predisposición a la búsqueda de ayuda e incrementando la presencia de autoestigma y, consecuentemente, de estigma público (Mackenzie et al., 2018).

Por otra parte, una menor edad se asoció con una mayor estigmatización del suicidio, siendo este un aspecto controvertido en la literatura reciente, pues se encuentran trabajos con conclusiones en una u otra dirección (Batterham et al., 2013a, Park et al., 2015) al igual que ocurre con respecto al estigma público hacia las enfermeda-

des mentales (Mackenzie et al., 2018). En este sentido, se plantea la posibilidad de que pueda haber variables que puedan intervenir sobre la relación entre edad y estigma, pues los estudios mencionados pertenecen a tres culturas bien diferenciadas, como son la coreana, la canadiense y la australiana, donde diversos factores asociados a la cultura podrían tener influencia sobre esta relación.

**UN AUMENTO  
EN EL GRADO  
DE CREENCIAS  
RELIGIOSAS SE  
CORRESPONDÍA  
CON UNA MAYOR  
PRESENCIA  
DE ACTITUDES  
ESTIGMATIZANTES  
HACIA LAS  
PERSONAS  
QUE COMETEN  
SUICIDIO**

Por otra parte, se comprobó que un aumento en el grado de creencias religiosas se correspondía con una mayor presencia de actitudes estigmatizantes hacia las personas que cometen suicidio. En esta línea, ciertas religiones pueden mos-

trar una condena de la conducta suicida, un posicionamiento que parece tener cierto valor en relación con la prevención del suicidio y que, consecuentemente, puede explicar la presencia de mayores actitudes estigmatizantes entre aquellos individuos que se adhieren a las normas y valores morales derivados de la religión (Carpiniello y Pina, 2017).

En otro orden de ideas, se observó como más de la mitad de los participantes no conocían los recursos de ayuda ante esta problemática en ambos países. Asimismo, el hecho de no conocer estos recursos se relacionó con mayor tendencia a la estigmatización del suicidio, una asociación que podría explicar parcialmente la inhibición de las conductas de búsqueda de ayuda ante los problemas de salud mental que se refleja en la literatura reciente (Clement et al., 2015).

Por otro lado, los resultados muestran relación entre la experiencia cercana con el suicidio y la estigmatización, en la misma línea que Batterham y colaboradores (2013a). A su vez, se observó un nivel de conocimiento medio con respecto al suicidio. En este sentido, los individuos con un mayor grado de conocimiento fueron me-

nos propensos a la estigmatización del acto suicida, un dato apoyado por la evidencia previa (Batterham et al., 2013a). Particularmente, un mayor conocimiento acerca de las causas, naturaleza y tratamientos del suicidio se asociaron con menor presencia de actitudes estigmatizantes. Estos hallazgos refuerzan lo expuesto en recientes metaanálisis y revisiones sobre la materia, justificando la utilidad de implementar programas de prevención universal basados en la alfabetización con respecto al suicidio (Hofstra et al., 2020; Ridani et al., 2016), siendo estos de utilidad para la reducción del estigma y el aumento de las actitudes de búsqueda de ayuda (Calear et al., 2014).

En lo que respecta al estado de salud mental, se hallaron relaciones positivas entre sintomatología depresiva o ansiosa y la estigmatización del suicidio, lo que nos puede estar mostrando un posible estigma internalizado (Batterham et al., 2013a). Son correlaciones pequeñas, pues el presente estudio es sobre población general, pero va en la línea de lo que señala la literatura sobre el estigma en suicidio en población clínica, que muestra cómo las personas con mayores niveles de depresión tienen una mayor

atribución del suicidio a la soledad y una tendencia a la glorificación de estas conductas (Batterham et al., 2019). Esta relación podría surgir debido a la interpretación de las vivencias ajenas en base a nuestras propias experiencias personales.

**SE HALLARON RELACIONES POSITIVAS ENTRE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA O ANSIOSSA Y LA ESTIGMATIZACIÓN DEL SUICIDIO, LO QUE PUEDE ESTAR MOSTRANDO UN POSIBLE ESTIGMA INTERNALIZADO.**

En cuanto a la ideación suicida, la mayor presencia de la misma se correspondió con una mayor tendencia a la estigmatización, en consonancia con la literatura previa (Batterham et al., 2019; Batterham et al., 2013a), un resultado que pone de manifiesto la posibilidad de que este tipo de atribuciones pudieran ser indicativas de un mayor riesgo de suicidio (Batterham et al., 2019), donde la combinación entre un reduci-

do conocimiento y una elevada glorificación del suicidio podrían dificultar la búsqueda de ayuda en personas con ideación y conducta suicida (Batterham et al., 2013a).



**LA  
ALFABETIZACIÓN  
SOBRE EL  
SUICIDIO PREDICE  
UN MENOR  
ESTIGMA.**

Además, los resultados muestran un mayor grado de estigmatización de la conducta suicida en aquellas personas que, durante la etapa de duelo, habían experimentado mayores niveles de pérdida de apoyo social. En este aspecto, estudios previos evidencian la relación entre el duelo en supervivientes y la presencia de un mayor grado de autoestigma, motivo por el que se esperaba encontrar una posible asociación con respecto al estigma público (Pitman et al., 2016).

Finalmente, en lo que respecta a los análisis predictivos, y de acuerdo a la literatura, (Batterham et al., 2013a), se ha observado cómo el conocimiento general acerca del suicidio pre-

dice de manera significativa el grado de estigmatización, lo que señala la importancia de desarrollar programas que aumenten la alfabetización.

El presente trabajo ha sido pionero en la evaluación del estigma y sus posibles determinantes en poblaciones de habla hispana. De hecho, únicamente se ha elaborado un trabajo enfocado en la adaptación y validación de la versión reducida y en español de la escala SOSS, presentando limitaciones en la generalización de resultados debido a las características de la muestra, pues se realizó sobre estudiantes del ámbito de las ciencias de la salud (Hernández-Torres et al., 2020). En ese sentido, se ha podido comprobar cómo, al igual que se había observado en diferentes culturas, el estigma público se manifiesta también en países de habla hispana. Los resultados justifican la necesidad de trabajar en la lucha contra el estigma, mediante la promoción del conocimiento del fenómeno y de los recursos de ayuda y la sensibilización ante esta problemática.

Del mismo modo, el estudio presenta ciertas limitaciones. En primer lugar, los análisis descriptivos muestran la reducida variabilidad en lo que

respecta a la edad de los participantes, encontrando principalmente personas en la etapa de adultez emergente, debido a la promoción de la encuesta en el entorno universitario. Asimismo, este factor podría explicar la mayor participación de las mujeres en el estudio. En segundo lugar, al tratarse de población general, no se cuenta con suficientes sujetos que presenten sintomatología depresiva, ansiosa o ideación suicida, un aspecto que dificulta la comparación entre ambas poblaciones con respecto al estigma y la información acerca del suicidio.

En definitiva, los resultados y las limitaciones expuestas anteriormente sirven como punto de partida hacia una mayor profundización en el estudio del estigma en poblaciones de habla hispana, planteando nuevas cuestiones de interés que pueden ser objeto de análisis en futuros trabajos de investigación. Sería interesante que en futuros estudios se contemple una mayor variabilidad de la muestra en lo que respecta a las variables socio-demográficas, permitiendo de esta manera una representación más ajustada del estigma y sus posibles determinantes en la población general. Del mismo modo, al igual que se

realizó en población australiana (Batterham et al., 2019), sería interesante contar con mayor representación de personas que cumplan criterios clínicos de depresión y ansiedad, permitiendo indagar si existe mayor o menor tendencia a la estigmatización en función de estas variables. En esta línea, también resulta de especial relevancia recoger más información en población que presente ideación suicida, indagando tanto en la posible asociación entre autoestigma y estigma público, como en el patrón que parece encontrarse en este tipo de personas, donde la mayor tendencia a la glorificación de estas conductas podría traer como consecuencia un mayor riesgo de cometer el suicidio.

**ES IMPORTANTE  
ATENDER  
EL ESTIGMA  
DE CULPA Y  
VERGÜENZA QUE  
SUFREN QUIENES  
HAN PERDIDO A  
ALGUIEN.**

En suma, el estudio constituye un paso previo esencial para la elaboración de programas de prevención del suicidio centra-

dos en la reducción del estigma hacia el mismo ajustados a las circunstancias específicas de cada población. En este sentido, tanto la evidencia previa como el presente estudio apoyan la posible utilidad práctica de estrategias de prevención ante el estigma y la desinformación acerca del suicidio. Es importante elaborar y comprobar la eficacia de este tipo de programas a la hora de reducir el estigma público, pudiendo ser autoaplicados, aprovechando el alcance y los recursos técnicos que ofrecen las TIC, facilitando el acceso, reduciendo el costo y, a su vez, promoviendo la disminución del estigma hacia las enfermedades mentales (Ralston, et al., 2018).

Consecuentemente, este estudio pretende ser un paso previo a la elaboración e implementación de programas basados en las TIC, en concreto aplicaciones móviles, orientadas a la reducción del estigma público y la desinformación con respecto al suicidio.

## CONCLUSIONES

- Los resultados muestran que hay determinadas variables sociodemográficas y clínicas vinculadas al estigma en relación al suicidio.
- Las personas con ideación

suicida presentan más estigma que las que no, lo que puede estar mostrando la presencia de autoestigma. Es muy importante atender a esto, pues puede estar añadiendo malestar y dificultando que busquen ayuda.

- El conocimiento predice un menor estigma hacia el suicidio, lo que muestra la importancia de intervenciones que fomenten la alfabetización.
- Es importante atender también al estigma que sufren las personas que han perdido a alguien por suicidio (culpa, vergüenza).

## REFERENCIAS

- **Alonso, M.**, Guillén, A. I., & Muñoz, M. (2019). Interventions to reduce internalized stigma in individuals with mental illness: A systematic review. *The Spanish Journal of Psychology*, 22, 1-14. doi: <https://doi.org/10.1017/sjp.2019.9>.
- **Barrett, T. W.**, & Scott, T. B. (1989). Development of the Grief Experience Questionnaire. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19(2), 201-215. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1989.tb01033.x>
- **Batterham, P. J.**, Cleave, A. L., & Christensen, H. (2013a). Correlates of suicide stigma and suicide literacy in the community. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(4), 406-417. <https://doi.org/10.1111/sltb.12026>

- **Batterham, P. J.**, Calear, A. L., & Christensen, H. (2013b). The stigma of suicide scale: Psychometric properties and correlates of the stigma of suicide. *Crisis*, 34(1), 13–21. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000156>
- **Batterham, P. J.**, Han, J., Calear, A. L., Anderson, J., & Christensen, H. (2018). Suicide Stigma and Suicide Literacy in a Clinical Sample. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 49(4), 1136–1147. <https://doi.org/10.1111/SLTB.12496>
- **Batterham, P. J.**, Han, J., Calear, A., Anderson, J. y Christensen, H. (2019). Suicide stigma and suicide literacy in a clinical sample. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 49(4), 1136–1147. <https://doi.org/10.1111/sltb.12496>
- **Calear, A. L.**, Batterham, P. J., & Christensen, H. (2012). The Literacy of Suicide Scale: Psychometric properties and correlates of suicide literacy. Unpublished manuscript.
- **Calear, A. L.**, Batterham, P. y Christensen, H. (2014). Predictors of help-seeking for suicidal ideation in the community: risks and opportunities for public suicide prevention campaigns. *Psychiatry research*, 219(3), 525–530. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.027>
- **Carlbring, P.**, Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 47(1), 1–18.
- **Carpiniello, B.**, & Pinna, F. (2017). The reciprocal relationship between suicidality and stigma. *Frontiers in Psychiatry*, 8(MAR), 35. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2017.00035/BIB-TEX>
- **Clement, S.**, Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., ... & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, 45(1), 11–27.
- **Committee** on the Science of Changing Behavioral Health Social Norms, Board on Behavioral, Cognitive, and Sensory Sciences, Division of Behavioral and Social Sciences and Education, & National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). *Ending Discrimination Against People with Mental and Substance Use Disorders: The Evidence for Stigma Change*. National Academies Press (US).
- **Corrigan, P. W.**, Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11(3), 179–190.
- **Corrigan, P. W.**, Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsche, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric services*, 63(10), 963–973.
- **Diez-Quevedo, C.**, Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2001). Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic medicine*, 63(4), 679–686. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00021>
- **García-Campayo, J.**, Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., Freire, O., & Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8/FIGURES/4>

- **Gómez-Merino, I.** y Muñoz, M. (2020). Nuevas tecnologías para la reducción del estigma: Revisión sistemática. Universidad Complutense de Madrid.
- **Gronholm, P. C.,** Henderson, C., Deb, T., & Thornicroft, G. (2017). Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(3), 249-258. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1341-9>.
- **Han, J., Batterham, P. J.,** Caley, A. L., Wu, Y., Shou, Y., & van Spijker, B. A. J. (2017). Translation and validation of the Chinese versions of the Suicidal Ideation Attributes Scale, Stigma of Suicide Scale, and Literacy of Suicide Scale. *Death Studies*, 41(3), 173-179. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1214633>
- **Hanschmidt, F.,** Lehnig, F., Riedel-Heller, S. G., & Kersting, A. (2016). The stigma of suicide survivorship and related consequences—A systematic review. *PLoS one*, 11(9), e0162688.
- **Hernández-Torres, R.,** Carmine-Illi-Corretjer, P., Tollinchi-Natali, N., Rosario-Hernández, E., Duarte-Vélez, Y., & Rivera-Segarra, E. (2021). Validating the factor structure of the Stigma of Suicide Scale—Short Form Spanish version among healthcare students. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 42(4), 314.
- **Hofstra, E.,** Van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., de Jong, S. y van der Feltz, C. (2020). Effectiveness of suicide prevention interventions: a systematic review and meta-analysis. *General hospital psychiatry*, 63, 127-140. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.04.011>
- **Kazdin, A. E.,** & Blase, S. L. (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on psychological science*, 6(1), 21-37.
- **Kennedy, A.J.,** Brumby, S.A., Versace, V.L. et al. The ripple effect: a digital intervention to reduce suicide stigma among farming men. *BMC Public Health* 20, 813 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08954-5>
- **Köhnen, M.,** Dreier, M., Freuck, J., Härter, M., & Dirmaier, J. (2022). Akzeptanz und Nutzung einer Website mit Gesundheitsinformationen zu psychischen Erkrankungen – [www.psychenet.de](http://www.psychenet.de) [Acceptance and Use of the e-Mental Health Website - [www.psychenet.de](http://www.psychenet.de)]. *Psychiatrische Praxis*, 49(4), 205-212. <https://doi.org/10.1055/a-1502-0961>
- **Ludwig, J.,** Liebherz, S., Dreier, M., Härter, M., & von dem Knesebeck, O. (2020). Public stigma toward persons with suicidal thoughts—Do age, sex, and medical condition of affected persons matter?. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(3), 631-642.
- **Mackenzie, C.,** Visperas, A., Ogradniczuk, J., Oliffe, Jy Nurmi, M. (2019). Age and sex differences in self-stigma and public stigma concerning depression and suicide in men. *Stigma and Health*, 4(2), 233-241. <https://doi.org/10.1037/sah0000138>
- **Observatorio del Suicidio en España** (2020). Fundación Española para la Prevención del Suicidio
- Organización Mundial de la Salud (2021). Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- **Ottati, V.,** Bodenhausen, G. V., & Newman, L. S. (2005). Social Psychological Models of Mental Illness Stigma.
- **Park, S., Kim, M.,** Cho, M. y Lee, J. (2015). Factors affecting stigma toward suicide and depression: A Korean nationwide study. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(8), 811-817. <https://doi.org/10.1177/0020764015597015>

- **Pereira, A.** y Cardoso, F. (2019). Stigmatising attitudes towards suicide by gender and age. *Ces Psicología*, 12(1), 3-16. <https://doi.org/10.21615/cesp.12.1.1>.
- **Pitman, A.**, Osborn, D., Rantell, K. y King, M. (2016). The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: a cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *Journal of psychosomatic research*, 87, 22-29. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.05.009>
- **Ralston, A. L.**, Andrews III, A. R., & Hope, D. A. (2018). Fulfilling the promise of mental health technology to reduce public health disparities: Review and research agenda. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(1), 60.
- **Ralston, A. L.**, Andrews, A., & Hope, D. (2019). Fulfilling the promise of mental health technology to reduce public health disparities: Review and research agenda. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 26(1), 1-4.
- **Ridani, R.**, Torok, M., Shand, F., Holland, C., Murray, S., Borrowdale, K. y Christensen, H. (2016). An evidence-based systems approach to suicide prevention: guidance on planning, commissioning, and monitoring. *Black Dog Institute*: Sydney, Australia.
- **Rogers, M. L.**, Schneider, M. E., Gai, A. R., Gorday, J. Y., & Joiner, T. E. (2018). Evaluation of two web-based interventions in reducing the stigma of suicide. *Behaviour research and therapy*, 109, 49-55.
- **Sheehan, L.**, Dubke, R., & Corrigan, P. W. (2017). The specificity of public stigma: A comparison of suicide and depression-related stigma. *Psychiatry Research*, 256, 40-45.
- **Soto-Sanz, V.**, Antonio Piqueras, J., Rodriguez-Marin, J., Teresa Perez-Vazquez, M., Rodríguez-Jiménez, T., Castellví, P., ... & Alonso, J. (2019). Self-esteem and suicidal behaviour in youth: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psicothema*, 31(3), 246-254.
- **Spitzer, R. L.**, Kroenke, K., & Williams, J. B. W. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA*, 282(18), 1737-1744. <https://doi.org/10.1001/JAMA.282.18.1737>
- **Spitzer, R. L.**, Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/ARCHINTE.166.10.1092>
- **Thornicroft, G.**, Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., ... & Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123-1132.
- **Van Spijker, B. A.**, Batterham, P. J., Calear, A. L., Farrer, L., Christensen, H., Reynolds, J., & Kerkhof, A. J. (2014). The Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS): Community-based validation study of a new scale for the measurement of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(4), 408-419.
- **Vedia, V.** (2016). Duelo patológico: factores de riesgo y protección. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 6(2), 12-34.
- **Whiteside, U.**, Richards, J., & Simon, G. E. (2021). Brief interventions via electronic health record messaging for population-based suicide prevention: mixed methods pilot study. *JMIR formative research*, 5(4), e21127.
- **Wulz, A. R.**, Law, R., Wang, J., & Wolkin, A. F. (2022). Leveraging data science to enhance suicide prevention research: a literature review. *Injury prevention*, 28(1), 74-80.



**D.<sup>a</sup> MARÍA  
ROIG MARTÍNEZ**

Trabajadora Social

**MESA MULTIDISCIPLINAR**

# **PREVENCIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE**

**DESDE TU EXPERIENCIA  
COMO TRABAJADORA SOCIAL  
EN ADICCIONES ¿CÓMO  
SE RELACIONAN CON LA  
IDEACIÓN SUICIDA?**

Las adicciones crean, como yo le llamo, un efecto tsunami. Dicho de otra forma, destruyen gran parte de lo que hay

alrededor dejando a sus habitantes desolados y con miedo a que vuelva a suceder la catástrofe. Como resultado del tsunami la ciudad se ve inundada por desesperanza y tristeza. La falta de objetivos y ausencia de un proyecto vital conlleva a un aumento de posibilidades de ideación suicida.

## **LA TRABAJADORA SOCIAL ¿CÓMO PUEDE INTERVENIR?**

Con el objetivo de establecer una prevención precoz y eficaz existen figuras como es ahora la trabajadora social que ayuda a localizar tanto los factores de protección como de riesgo. Dicha identificación nos ayuda para así poder prevenir, intervenir y realizar un seguimiento adecuado estableciendo un plan.

## **COMO INDIVIDUO, ¿DE QUÉ FORMA PUEDO ACTUAR PARA AYUDAR A ALGUIEN CON IDEACIÓN SUICIDA?**

Con el fin de ayudar al otro ante la aparición de un pensamiento suicida, en primer lugar hay que tener en cuenta la necesidad de desmontar aquellos mitos y prejuicios como por ejemplo el hecho de que aquellas personas que quieren quitarse la vida no lo dicen. Es conveniente prestar atención a actitudes de aislamiento, conductas de cierre, fechas señaladas, cambios vitales drásticos como una ruptura, pérdida de trabajo, etc. También hay que hacer uso de las herramientas que disponemos como el 024, donde podemos encontrar apoyo y asesoramiento.

Finalmente hay que tener presente dónde está el límite de nuestra ayuda ya que

**HAY QUE PRESTAR  
ATENCIÓN A  
ACTITUDES DE  
AISLAMIENTO Y  
CAMBIOS VITALES  
DRÁSTICOS, ASÍ  
COMO HACER USO  
DE HERRAMIENTAS  
DE APOYO.**

existen recursos y profesionales dedicados a prestar una atención individualizada.

## **¿CÓMO VIVE LA JUVENTUD DE HOY FRENTE A ESTE TEMA?**

Pese a que el suicidio es la primera causa de muerte de jóvenes entre 15 y 29 años pocos hablan de ello, por ese motivo es necesario dejar de tratarlo como tabú y empezar a hacerlo visible. Durante la juventud estamos expuestos a ciertos procesos evolutivos tanto nivel individual, familiar como social, donde nos exponemos a un constante ensayo/error, cuyo error puede conducir a grandes situaciones de frustración y estrés. Una mala gestión de la frustración, una exigencia desmedida pueden llevar a desestabilizar a aquellos que están en procesos de cambio y se encuentran más vulnerables.

**MESA MULTIDISCIPLINAR**

# PREVENCIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE



**D.<sup>a</sup> YOLANDA TORRES MARTÍN**

Psicóloga General  
Sanitaria especializada en  
adicciones

## **EN TU TRABAJO ¿SE PERCIBE ESTE ESTIGMA ENTRE LOS PACIENTES?**

Totalmente. Cuando lo hablo con ellos confiesan lo difícil que les resulta pedir ayuda o confesar estos pensamientos que están teniendo. La muerte es un tema tabú en la sociedad, genera mucho rechazo hablar de ello porque está asociado a dolor y sufrimiento. Lo que reflejan ellos es mucho miedo a no sentirse comprendidos e incluso a que les juzguen. Y mucha preocupación por hacer daño a las personas que les quieren. Por eso son tan importantes estas jornadas junto con la información que proporcionan todos los profesionales que investigan sobre el tema. Hace que se vaya quitando poco a poco el estigma y el tabú que hay para hablar de este tema. Es importante que se de una información responsable, que

la sociedad en general esté informada. En concreto, es fundamental la formación al personal sanitario ya que somos a quienes acuden pidiendo ayuda, en la mayoría de ocasiones, para una buena identificación y tratamiento.

## **¿EN QUÉ MOMENTO DEL JUEGO SE ENCUENTRA EL PACIENTE CUANDO PRESENTA ESTA IDEACIÓN SUICIDA?**

El paciente acude en busca de ayuda cuando la situación es insostenible a todos los niveles.

Según Lesieur el juego se divide en tres fases. La de ganancia, donde la persona todavía juega poco y se le empieza a dar gran importancia a las ganancias y minimizar las pérdidas. En segundo lugar, la fase de pérdidas, donde el objetivo es conseguir premios cada vez mayores y por lo tanto aumenta

la frecuencia y cantidad de dinero invertido en el juego y como tal las pérdidas. Hay préstamos, pequeños robos o estafas. Ahora la persona juega para recuperar el dinero. Por último, entramos en la fase de desesperación donde el juego alcanza gran intensidad y el jugador solo vive para jugar.

En esta fase los problemas financieros son insostenibles y esto hace que aumente el nerviosismo, la irritabilidad, se incrementen los problemas de sueño y su vida le resulte poco placentera. Se sienten psicológica y físicamente agotados y desesperados. Aquí es donde entran las ideas suicidas, ya que, el jugador entra en un estado de pánico por querer recuperar y volver a aquella primera fase. Llegado a ese punto, la persona ve pocas soluciones y entra en visión túnel donde no es capaz de buscar alternativas adaptativas y la única que encuentra es la muerte.

### **POR TU EXPERIENCIA EN PATIM ¿VES MUCHOS CASOS DE IDEACIÓN SUICIDA?**

Sí, ya que los pensamientos relacionados con la muerte son mucho más comunes de lo que pensamos. Quién no ha pensado en algún momento de su vida que lo mejor sería desaparecer. Otra cosa es que

los deseos de morir sean más o menos intensos y que exista un plan elaborado o no.

En el campo de las adicciones, en el que las recaídas son muy comunes durante el proceso, existen momentos en los que no son capaces de ver respuestas alternativas o más adaptativas y acaban viendo la muerte como una salida viable.

### **¿CÓMO ACTÚAS ANTE UN PACIENTE QUE ACUDE CON IDEACIÓN SUICIDA?**

Lo principal es crear un ambiente donde la persona se sienta cómoda para hablar de un tema tan delicado, para eso es necesaria una buena alianza terapéutica. También mostrar una actitud empática, sin juicios y nunca minimizar lo que nos está contando, tienen que sentir que sus emociones están siendo validadas. Una vez la persona se siente segura y con confianza, es fundamental preguntar para así poder recabar toda la información respecto a esta ideación.

Podríamos diferenciar entre ideación suicida pasiva, en la que no hay ningún plan organizado, o activa, cuando sí existe. Esto nos ayuda a saber de qué modo está planificada la posible conducta suicida. Es necesario conocer desde cuándo tiene

estos pensamientos e incluso si en el pasado ha habido algún intento.

Otra de las esferas en la que tenemos que adentrarnos es si hay autolesiones. En ocasiones se utilizan como una forma de liberación de dolor o ira y no llegan a más, pero es un indicador muy importante del riesgo.

Por último, un recurso muy útil es crear un plan de seguridad, una técnica necesaria para recuperar la sensación de control y potenciar el uso de recursos del propio paciente. Consiste en elaborar estrategias de afrontamiento y recursos ante la situación de crisis. Esto deben llevarlo siempre consigo.

### **PLAN DE SEGURIDAD:**

- Paso 1: Identificar qué señales le indican que van a aparecer pensamientos suicidas (ej. Perder una apuesta, una llamada de una empresa de microcréditos o del banco, el cumpleaños de alguien fallecido, consumo de sustancias, pérdida de interés por las cosas).
- Paso 2: Elaborar estrategias internas de afrontamiento como relajación, actividad física, registro de pensamientos, música, etc.

- Paso 3: Especificar cuáles son las personas con las que pueden contar si aparece la ideación suicida (amigos, familiares, el terapeuta).
- Paso 4: Anotar sus números de teléfono, mantener en mano una lista de al menos 5 personas y contactar con ellas cuando la angustia les bloquee o no sean capaces de autocontrolarse.
- Paso 5: Elaborar un listado con números de teléfono de los servicios de atención 24 horas, como el 112 o ahora el 024, una línea de atención a la conducta suicida.

Es una especie de contrato que se irá revisando de sesión en sesión si fuera necesario.

### **¿CÓMO RESPONDEN LOS PACIENTES ANTE ESTE PLAN DE ACCIÓN?**

Observo que la persona libera mucho sufrimiento y siente que por fin puede hablar algo que le preocupa tanto. Es ella quien tiene que encontrar su sentido de vivir pero cuando se muestran deseos reales de ayudar, la otra persona lo recibe como verdadero. Lo que más refieren es que tienen un apoyo. “Aunque estuviese en mi peor momento de crisis, tú ibas a estar ahí”, explican.

**D. FRANCISCO J.  
BUENO CAÑIGRAL**

Jefe de Servicio de Adicciones  
Concejalía de Salud y Consumo  
Ajuntament de València

**D.ª CAROLINA  
DE MINGO LÓPEZ**

Fundación Patim

## CONCLUSIONES

En esta jornada se ha avanzado mucho en el abordaje de los problemas que acarrea el juego patológico. Se ha hablado en profundidad de las emociones, los impulsos, la toma de decisiones, de ocio, de las ideas suicidas, de los intentos de suicidio y de los datos de suicidios consumados en España. Pero también, de la prevención de la adicción al juego y de la asistencia a los pacientes con problemas de adicción.

Ha quedado claro que las ideas suicidas son frecuentes como pensamientos relacionados con poner fin a la propia existencia. Se minimizan los contenidos vitales, se olvida el valor de la vida, se fantasea con

poner fin a todo, con pasar de todo y de todos, con alcanzar la muerte como liberación ante un problema que les ha superado, desbordado, como es la adicción al juego.

Se han expuesto, muy acertadamente, los datos del Informe del año 2020 del Observatorio del Suicidio en España, con 3.941 muertes por esta causa, y que han aumentado un 7,4% respecto al año 2019. La media de suicidios es de casi 11 personas al día, de las que un 74% son varones (2.938) y un 26% mujeres (1.011). Así, 2020 se ha convertido en el año con más suicidios registrado en la historia de España, una realidad inquietante ya que se tienen

datos desde hace ya más de un siglo, en concreto de 1906. Es la principal causa de muerte no natural en España, produciendo 2,7 veces más que las provocadas por accidentes de tráfico, 13,6 veces más que los homicidios y casi 90 veces más que la violencia de género.

Estos datos, nos obligan a la reflexión, ya que estamos ante una sociedad cada vez más vulnerable, donde el estrés, el aislamiento, la inmediatez, las prisas, las tendencias, la desesperanza, el consumo, la soledad, las familias caóticas, etc forman parte del día a día de muchas personas, constituyendo en ocasiones el eje central de su vida. Que algo grave está pasando en la sociedad, es un hecho evidente, y que algunos psiquiatras consideren que esta sociedad tiene un grave trastorno límite de la personalidad, es una situación preocupante.

La crisis de actitudes y de valores, los cambios continuos de paradigmas, la excesiva abundancia de información -muchas veces sesgada o falsa-, la escasez de objetivos personales y el seguimiento casi obligatorio de las tendencias dominantes en la sociedad, están haciendo que la ciudadanía esté desorientada, con el fracaso de muchos proyectos vitales

y la desesperanza frente al logro de objetivos comunes por el bien de toda la sociedad.

La sociedad actual fluye, porque el relato oficial así lo indica, pero nadie sabe hacia dónde se dirige. Por lo que es muy importante ejercer un pensamiento crítico, que basado en el conocimiento, en el estudio y en el debate, nos permita afrontar el presente con realismo y avanzar hacia el futuro con moderado optimismo.

Lamentablemente, se quedan muchas cosas en el tintero, casi siempre por falta de tiempo o por no alargar excesivamente las intervenciones, a riesgo de que sean tediosas. Pero esta jornada contribuye a abrir un debate y también a centrar la mirada sobre una realidad que no puede dejarnos indiferentes.

**ESTAMOS ANTE  
UN SOCIEDAD  
CADA VEZ MÁS  
VULNERABLE,  
DONDE ESTRÉS,  
AISLAMIENTO,  
Y SOLEDAD,  
CONDICIONAN  
EL DÍA A DÍA  
DE MUCHAS  
PERSONAS**





**AJUNTAMENT DE VALÈNCIA**  
REGIDORIA DE SALUT I CONSUM



UPCCA  
VALENCIA

