

Tipología del agente de la Guardia Civil que se suicida.

Typology of the Guardia Civil agent who commits suicide.

Alejandro González del Campillo Garoz (1)

Adelo Manuel Moya Fernández (2)

Benito José Florido Vera (2)

José Luis González Álvarez (2)

(1) Centro de Investigación en Ciencias Forenses - Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.

(2) Guardia Civil, Servicio de Psicología, Madrid, España.

Email de correspondencia: alexgdelcg@hotmail.com

Resumen

El suicidio es un grave problema de salud pública, que parece estar incrementándose tanto a nivel internacional como en España. Se trata de un fenómeno complejo, de etiología multifactorial, que ha sido muy estudiado con enfoques epidemiológicos y descriptivos, para identificar indicadores de riesgo y de protección que ayuden a prevenirlo, implementando intervenciones efectivas. Asumiendo que las personas que se suicidan no conforman un grupo homogéneo, se sabe que hay colectivos particulares que presentan mayor incidencia, por lo que las estrategias preventivas deben adaptarse a esa diferente casuística. Más aún, incluso dentro de las profesiones, se ha comprobado que el suicidio tampoco es homogéneo, encontrándose por ejemplo diferentes subgrupos o tipos suicidas en la población militar (Griffith, 2012). Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (policías) constituyen uno de esos colectivos especiales, debido al mayor estigma relacionado con la salud mental, el fácil acceso a medios letales (armas de fuego), y la exposición laboral constante al trauma (accidentes graves, violencia, abusos graves o muerte). Pero no se conocen trabajos que hayan estudiado si existen diferentes perfiles de suicidas entre los agentes. Aquí se presenta el primer estudio tipológico que se ha realizado en España al respecto, analizando datos de 640 agentes de la Guardia Civil que se suicidaron entre 1982 y 2022. Mediante análisis de correspondencias múltiples, de clúster bietápico y bivariantes sobre 16 variables sociodemográficas, profesionales y del hecho en sí, emergieron tres grupos claramente diferenciados. Estos resultados se discuten a los efectos de su utilidad preventiva.

Palabras Clave

Suicidio, Guardia Civil, tipología, prevención, policía, militar

Abstract

Suicide is a serious public health problem, which seems to be increasing both internationally and in Spain. It is a complex phenomenon, with multifactorial etiology, which has been extensively studied with epidemiological and descriptive approaches, to identify risk and protection indicators that help prevent it, implementing effective interventions. Assuming that people who commit suicide do not form a homogeneous group, it is known that there are particular groups that have a higher incidence, so preventive strategies must be adapted to this different case mix. Furthermore, even within professions, it has been proven that suicide is not homogeneous either, with, for example, different subgroups or suicidal types being found in the military population (Griffith, 2012). Law Enforcement Agencies (police) constitute one of those special groups, due to the greater stigma related to mental health, easy access to lethal means (firearms), and constant occupational exposure to trauma (serious accidents, violence, serious abuse or death). But there are no known works that have studied whether there are different suicide profiles among agents. Here we present the first typological study that has been carried out in Spain in this regard, analyzing data from 640 Guardia Civil agents who committed suicide between 1982 and 2022. Through multiple correspondence, two-stage cluster and bivariate analysis on 16 sociodemographic, professional variables and from the event itself, three clearly differentiated groups emerged. These results are discussed for the purposes of their preventive usefulness.

Keywords

Suicide, Guardia Civil, typology, prevention, law enforcement, military

I. INTRODUCCIÓN

El suicidio, definido como el acto intencionado y autolesivo de una persona para acabar con su propia vida con un resultado final letal, representa una preocupación de salud pública a nivel mundial, con repercusiones devastadoras no solo para los individuos afectados, sino también para sus familias y allegados (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). Estimándose que, en la actualidad y a nivel mundial, se producen más de 700.000 casos de suicidio al año (OMS, 2023).

En España, se documentaron 4.003 casos de fallecimiento por suicidio en el año 2021, lo que representa un incremento del 1,6% con respecto al año anterior. Este fenómeno se consolida como la principal causa de muerte externa en el caso de los hombres, con un total de 2.982 defunciones y un aumento del 1,8%. En el caso de las mujeres, se posiciona como la tercera causa de fallecimiento con un total de 1.021 víctimas (INE, 2022). Resultando sumamente inquietante la tendencia al alza en la incidencia de casos: según los datos provisionales publicados por el INE sobre los casos del año 2022, se ha evidenciado un incremento en el número de suicidios, llegando, de manera preliminar, a un total de 4.097 fallecimientos, lo que representa un aumento del 2,3% en comparación con el año 2021 (INE, 2023). España es, por tanto, un país fuertemente afectado por el suicidio, aunque con una tasa baja en comparación con las de otros países de la OCDE. No obstante, como se ha visto, registra una media de, como mínimo, diez muertes diarias por este motivo, a lo que hay que añadir las tentativas, los intentos y los supervivientes. Una compleja situación que parece que no es atendida debidamente por las autoridades sanitarias, salvo por una débil red de actuaciones o protocolos locales, sectoriales y descoordinados que nada tienen que ver con el programa nacional al que insta la OMS como herramienta eficaz para la reducción del número de muertes (Blanco, 2022; Patton, 2022).

Y es que el suicidio es un fenómeno complejo y multifactorial, que ha sido muy estudiado a lo largo del tiempo a través de numerosas investigaciones descriptivas y epidemiológicas (Martin et al., 2020), y que involucra una interacción de diversos elementos, tanto biológicos como psicosociales. Desde una perspectiva biológica, investigaciones recientes han sugerido la existencia de predisposiciones genéticas que pueden aumentar la vulnerabilidad de una persona al suicidio (Segal, 2009). No obstante, es fundamental reconocer que el entorno y los factores psicosociales desempeñan un papel crucial en este proceso.

A nivel psicológico y de salud mental, trastornos mentales como la depresión, la ansiedad y la esquizofrenia están estrechamente asociados con un mayor riesgo de suicidio (Moitra et al., 2021; O'Connor y Pirkis, 2016). El estrés crónico, los trastornos mentales, la falta de apoyo social y el acceso a medios letales son también factores de riesgo bien documentados (O'Connor y Pirkis, 2016). Además, los cambios en la dinámica sociocultural y económica pueden influir en las tasas de suicidio a nivel poblacional (Gunnell et al., 2020). Es importante reconocer que la interacción de estos factores es compleja y puede variar de un individuo a otro, subrayando así la necesidad de un enfoque multidisciplinar en el estudio, prevención y tratamiento del suicidio, entendiendo que el suicidio es un fenómeno dilemático-intencional-comportamental-contextual donde se imbrican numerosos factores: culturales, sociales, existenciales, psicológicos, clínicos, y biológicos (García-Haro et al., 2020). Ejemplos de estas interacciones pueden ser el que las personas con mayor nivel educativo tiendan más a dejar notas de suicidio (Chavez-Hernandez et al., 2006), lo que podría reflejar una mayor predisposición a comunicar sus últimas palabras, como harían normalmente. O, en una línea parecida, que las personas mayores

sean más propensas a dejar notas de suicidio que los jóvenes, aunque también haya investigaciones con hallazgos opuestos; o que, además, aquellos que no dejan notas de suicidio generalmente lo hagan por razones de enfermedades físicas, trastornos psiquiátricos o un historial previo de problemas de salud mental (Misra y Ghanekar, 2017).

Sin embargo, y a pesar de su naturaleza multifactorial, se trata de un fenómeno prevenible: la identificación de los factores de riesgo y de protección del suicidio puede facilitar la toma de decisiones preventivas basadas en evidencia (Isometsä, 2014). Asimismo, estos factores son esenciales para definir qué tipo de intervenciones son necesarias y constituye un elemento esencial en cualquier estrategia nacional de prevención del suicidio (OMS, 2019).

Aunque esta problemática afecta a diversos grupos y comunidades, hay colectivos particulares que, por motivos cuantitativos, parece que presentan una mayor vulnerabilidad, siendo uno de ellos los cuerpos policiales. Al revisar la bibliografía científica, unos estudios afirman que las tasas de suicidio suelen ser más altas en las organizaciones policiales con respecto a las tasas de la población en general (Milner et al, 2013; Milner et al, 2017), mientras que otros informan que son equivalentes, o incluso menores (Loo, 2003), sabiéndose desde antaño que estas diferencias se pueden explicar por cuestiones metodológicas (Hem et al., 2001). Por un lado, por las características de las poblaciones que se comparan (Violanti et al., 2019), puesto que hay que atender, por ejemplo, a las diferencias de género y a las edades en que se trabaja activamente: para comparar cifras de población general con policial, hay que equiparar género (varones) y franjas de edad de actividad laboral (18 a 65 años). Por otro lado, por las posibles diferencias a la hora de contabilizar los suicidios en las fuerzas policiales vs. los de la población general: los agentes recurren con mucha frecuencia al arma de fuego, por lo que queda poca duda de la intencionalidad suicida y se contabilizan todos los suicidios, mientras que muchos accidentes mortales de población general (precipitaciones, ahogamientos, accidentes de tráfico) pueden estar enmascarando suicidios que no se llegan a contabilizar (Domínguez et al., 2007).

En el caso de la Guardia Civil española, uno de los dos cuerpos de seguridad pública estatales de España, en un estudio en el que se analizaron los casos a lo largo de 38 años (1982-2020; pendiente de publicación) equiparado por edad y género, se comprobó que las tasas de suicidio venían disminuyendo progresivamente: al inicio del periodo de estudio la tasa casi duplicaba la de la población civil equivalente (población masculina activa) al situarse en el 20,9 vs 13 por 100.000 personas, mientras que en la última década parece que tiende a igualarse (15,5 vs 13,4).

No siendo objeto de este trabajo el debate sobre si las tasas de suicidio policial son mayores o no que las de la población en general, sí que interesa profundizar en el modo de prevenir el suicidio, puesto que sean cual sean las tasas, un solo suicidio es inaceptable, tanto en población general como en cualquier profesión. A estos efectos preventivos, a comienzos de siglo se desarrolló un plan de acción contra la conducta suicida dirigido al personal de la Guardia Civil, aprovechando el estudio de los casos ocurridos en años anteriores: el Plan Preventivo de Asistencia Psicológica, PPAP, implementado en 2002 y actualizado en 2010 (Congreso de los Diputados. Comisión de Interior, 2017). El objetivo primordial de este PPAP es prevenir y con ello reducir las conductas autolíticas de los guardias civiles, aplicando todas las medidas que se consideren necesarias desde la propia Institución. Para lo cual es imprescindible conocer a fondo el fenómeno, identificando los indicadores

de riesgo de suicidio que puedan ser apreciados por compañeros, subordinados y mandos, e implementando protocolos de aviso que permitan, a su vez, activar recursos preventivos eficaces.

En este sentido de identificar indicadores, se sabe que el estigma relacionado con la salud mental, el fácil acceso a medios letales (armas de fuego), y la exposición constante al trauma (como accidentes graves, violencia, abusos graves o muerte) que puede cronificar situaciones de estrés laboral, son algunos de los factores que pueden contribuir al mayor riesgo de suicidio en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (Krishnan et al., 2022; Stanley et al., 2016; Violanti et al., 2009; Violanti, 2010; Webster, 2013). Efectivamente, los agentes de policía en general, y, por tanto, los de la Guardia Civil en particular, pueden llegar a enfrentarse con mayor frecuencia que la ciudadanía a diferentes situaciones estresantes por su trabajo diario (Kop et al., 2015), lo que puede incrementar la aparición de problemas de salud mental, como el trastorno por estrés postraumático (TEPT), la depresión o la ansiedad (Chae y Boyle, 2013), que ya se ha dicho que son factores de riesgo de suicidio. Además, enfrentar esos desafíos en un entorno en el que pedir ayuda puede ser percibido como una señal de debilidad (que es lo que se conoce como la cuestión del estigma), y en una cultura de autosuficiencia que enfatiza la fortaleza, la resistencia y la independencia, puede disuadir a los agentes de expresar vulnerabilidad o buscar ayuda, y agudizar aún más el problema (Chae y Boyle, 2013; Karaffa y Koch, 2016; Stuart, 2008). Máxime cuando una de las peculiaridades de la profesión policial es el acceso muy fácil a un medio tan letal como las armas de fuego (Miller y Hemenway, 1999). Otros factores de riesgo encontrados en población policial se refieren al posible abuso de sustancias (alcohol o drogas) como mecanismo de afrontamiento ante el estrés laboral (Waters y Ussery, 2007); a los antecedentes familiares de suicidio (Melhem et al., 2007); a las tensiones emocionales consecuencia de problemas familiares y personales, derivados a su vez de conflictos de pareja o de dificultades económicas o legales, más o menos relacionados con las vicisitudes del ejercicio de la profesión policial; o, en fin, al aislamiento y la percepción de falta de apoyo o comprensión, tanto dentro como fuera de la fuerza policial, que también puede aumentar el riesgo (Chae y Boyle, 2013).

A sabiendas de la existencia de toda esta constelación de indicadores, cada vez que se registra el suicidio de un guardia civil, en el marco del PPAP está protocolizada la realización sistemática de una autopsia psicológica (AP; Vidal et al., 2004), o mejor autopsia psicobiográfica (García-Haro et al., 2020), que es la técnica que permite clarificar las circunstancias de una muerte por suicidio, homicidio o accidente, centrándose en los aspectos demográficos y psicosociales de la víctima en el momento de la muerte (Ceballos-Espinoza, 2015; Gómez-Segura, 2016). Se trata de un método de investigación retrospectivo e indirecto de las características de la personalidad y de las condiciones que en vida tuvo una persona, con el objetivo de acercarse a la comprensión de las circunstancias de su muerte, que se emplea profusamente en la investigación de los suicidios para aventurar su intencionalidad y las motivaciones (causas) que condujeron a las personas a tomar la decisión autolítica.

Gracias a las APs que realizan los expertos del equipo especializado en suicidios del Servicio de Psicología, se ha recopilado información sobre centenares de conductas autolíticas de guardias civiles, mucha de la cual se ha puesto a disposición de los autores de este trabajo, con el objetivo de ir más allá de la mera descripción de los casos y comprobar si existen patrones que faciliten más su prevención, comprobando si existe una tipología del guardia civil que se suicida. Entendiendo por tipología un sistema jerárquico de categorías utilizado para organizar objetos según sus similitudes y diferencias (González-Álvarez et al, 2022; Santos-Hermoso et al.,

2022; ver también los capítulos 5 y 6 de Sotoca et al., 2019).

Efectivamente, se sabe que las personas que se suicidan no conforman un grupo homogéneo, puesto que existe una gran diversidad en cuanto a cómo y por qué se ejecutan conductas autolíticas. Lo que ha dado lugar a la formulación de varias teorías sobre el suicidio (Barzilay y Apter, 2014), y a la investigación científica sobre si los suicidas se pueden agrupar en grupos, categorías o tipologías, que difieran entre sí en cuanto a las combinación de variables que expliquen el camino hacia el suicidio. Hasta la fecha se conocen propuestas de tipologías sobre la conducta suicida, tanto teóricas como empíricas, habiéndose incluso realizado ya revisiones críticas sobre las mismas (Bagley y Shahnaz, 2017; Martin et al., 2020).

En la propuesta empírica más reciente que se conoce (Sinyor et al., 2014), un equipo canadiense caracterizó el suicidio en la población general de Toronto estudiando 2.886 casos mortales ocurridos entre los años 1988 y 2010, preguntándose si se podían agrupar en clases o tipos. Para lo cual realizaron análisis de clúster bietápico sobre variables 1) demográficas (edad, sexo y situación marital); 2) salud mental; 3) asistencia sanitaria previa al suicidio; 4) estresores recientes en el último año: duelo, desempleo, problemas financieros, inmigración, ruptura de relaciones, conflictos interpersonales, factores estresantes médicos recientes (incluido estar molesto por un diagnóstico, deterioro de la salud o pérdida de independencia debido a una condición médica), o problemas legales; y 5) cuestiones sobre el hecho suicida, como el método empleado, la localización y la presencia de nota de suicidio.

Resultó que los casos autolíticos se agrupaban de manera significativa en cinco clústeres. El grupo 1 (10,53% de los casos) tuvo la mayor proporción de mujeres, y acumuló casos con métodos no violentos de muerte, con depresión, y un intento de suicidio en el pasado. El grupo 2 (16,91%) era el de mayor edad, tenía la mayor proporción de personas con un factor estresante reciente, métodos de suicidio violentos, y todos estaban casados. El grupo 3 (19,43%) tenía en su mayoría hombres de entre 20 y 64 años, y todos habían experimentado factores estresantes recientes, padecían una enfermedad mental o tenían antecedentes de abuso de sustancias. El grupo 4 (20,23%) congregó a las personas más jóvenes, y la mayor proporción de muertes al saltar desde una altura, pocos estaban casados y casi la mitad padecía trastorno bipolar o esquizofrenia. Finalmente, el grupo 5 (32,88%) era el más grande de todos, agrupando a personas todas solteras, sin intentos de suicidio previos, con menos probabilidades de tener una enfermedad mental identificada, y los que dejaron una nota de suicidio.

Estos estudios demuestran que el suicidio es un fenómeno complejo poco probable de adherirse a arquetipos rígidos, concluyendo que la identificación de subgrupos de personas que mueren por suicidio es un paso importante hacia un enfoque más avanzado para comprender las causas y vías hacia el suicidio y, en última instancia, a desarrollar medidas más específicas y eficaces para prevenirlo.

Pero no solo no existe un modelo único que explique los suicidios, sino que las tipologías pueden ser más eficaces para la evaluación y prevención específica del riesgo de suicidio cuando se desarrollan para grupos particulares en riesgo. No es lo mismo caracterizar el suicidio de la población general que la de colectivos específicos, como puedan ser las fuerzas y cuerpos de seguridad (policías) o los militares, habituados a trabajar en situaciones estresantes y a portar y a utilizar armas de fuego. A esta fecha no se conoce ninguna tipología de suicidios de policías, pero sí que Griffith (2012) informó de un trabajo empírico sobre el suicidio de militares en la Army National Guard (ANG), estudiando 294 casos mortales ocurridos entre los años 2007 y 2010,

analizando dos grupos de variables. Un primer grupo con información de la base de datos de personal de la propia ANG: edad, sexo, raza, nivel y tipo de logro en la escuela secundaria, categoría mental (basado en la Batería de Aptitud del Programa Vocacional de las Fuerzas Armadas), estado civil, rango, antecedentes en el servicio, años de servicio, estatus militar (a tiempo parcial vs. servicio militar a tiempo completo), especialidad profesional militar (distinguiendo entre armas de combate frente a otros destinos), y situación profesional actual (en formación, o ya desplegados). Un segundo grupo con información recopilada por la Unidad en la que el militar se suicidó, conforme a un modelo estándar, que recogía datos sobre: problemas familiares (conflictos entre padres e hijos, problemas de pareja en los padres, pérdida o muerte reciente), problemas escolares (problemas académicos, insatisfacción, tener que abandonar los estudios), problemas laborales (insatisfacción, incertidumbre, haber perdido trabajos), problemas de conducta (cónyuge/abuso infantil, conducir en estado de ebriedad o bajo influencia de sustancias), nuevas circunstancias de la vida (embarazo no deseado, recién casado, ser padre, nuevo empleo, separación reciente o divorcio), y condiciones de salud (pensamientos de suicidio, intento previo de suicidio, abuso de sustancias y/o alcohol, evidencia de ansiedad o depresión, y otros problemas de salud).

Realizando análisis de clúster en dos etapas, calculando primero clúster jerárquico con las variables de la ANG, que arrojó una solución de entre 2 y 4 grupos, y, sobre esa solución un nuevo cálculo de clúster de K-medias, resultó una solución final de 2 grupos que caracterizaban dos tipos diferentes de soldados: uno con 1/3 de la muestra, correspondiente a soldados ya profesionales, ya desplegados en destinos, y de más edad (denominado *careerists*), vs. otro (2/3) con los soldados más jóvenes, bajo entrenamiento, no desplegados, y solteros (entre otras variables; *first-termers*). Una solución que posteriormente se enriqueció, comprobando cómo se distribuía la información del segundo grupo de variables entre los dos clústeres. Concluyendo que las políticas preventivas del suicidio deberían adaptarse a las diferentes características de los grupos. Sin embargo, no se ha encontrado literatura científica posterior sobre si esa recomendación se ha implementado o no (Bryan et al., 2015; Griffith, 2022).

Ya se ha dicho que a nivel de la profesión policial no se conocen trabajos tipológicos sobre el suicidio, por lo que el principal objetivo de este estudio es explorar si con la información recopilada históricamente por la Guardia Civil cada vez que se confirma un suicidio de personal del Cuerpo, podría emerger una tipología específica que ayudara a las tareas de prevención. Para ello, se decidió realizar un estudio empírico similar a los comentados antes, utilizando variables equivalentes, tanto demográficas, como profesionales y del hecho suicida en sí mismo. Variables que serán estudiadas, tal y como se explica seguidamente, con técnicas de análisis de datos multivariantes, conforme a la metodología ya contrastada en estudios previos españoles sobre elaboración de tipologías en otros campos (González-Álvarez et al., 2022; Santos-Hermoso, et al., 2022). Como se trata del primer estudio que se conoce sobre tipología suicida en el ámbito policial, no se plantean hipótesis previas sobre qué resultados serían los esperados; pero al ser la Guardia Civil española una Institución con organización militar, sí que cabe preguntarse si se encontrarán resultados algo parecidos a los del estudio de Griffith (2012) en la ANG norteamericana, salvando las grandes distancias funcionales existentes entre una institución y otra.

II. MÉTODO

A. Participantes

Se analizó una base de datos que incluía información sobre 640 casos de agentes de la Guardia Civil que, estando en activo o una vez jubilados, se quitaron la vida en el período comprendido entre 1982 y 2022. Los sujetos de esta muestra contaban en el momento del hecho con una edad comprendida entre los 18 y los 84 años, con una media de 38,77 (DT = 12,33). En cuanto al sexo, 626 eran hombres y 14 mujeres.

B. Variables estudiadas

Se estudiaron un total de 16 variables. Ocho eran variables sociodemográficas: 1) *Edad*, dividida en cuatro franjas que contenían aproximadamente la misma proporción de individuos (25%). 2) *Sexo*, hombre o mujer. 3) *Estado civil*, recodificado en tres categorías: soltero, en pareja o separado; la recodificación se realizó en sentido amplio, de manera que la categoría separado incluyó a los separados, divorciados y viudos, mientras que la de pareja englobó todos los tipos de pareja independientemente de la formalidad del vínculo. 4) *Hijos*, si / no. 5) *Nivel educativo*, con tres categorías: elemental (EGB, ESO o FP 1/ grado medio), bachillerato o equivalente (BUP, COU, bachillerato y FP II/ grado superior) y universitarios. 6) *Contacto previo con servicios de salud mental (SSM)*, como variable dicotómica de si/no. 7) *Problemas principales* que podrían haber desencadenado el suicidio, divididos en psicofísicos (teniendo en cuenta tanto problemas psicológicos como problemas médicos que podían causar o no malestar psicológico derivado), económicos, familiares, legales, de pareja y laborales. Y 8) *intentos anteriores* de suicidio, como variable categórica binaria (si / no).

También se utilizaron cuatro variables profesionales: 9) *Situación*, que se categorizó en activo (desempeñando sus funciones como miembro de la Guardia Civil) o no activo (de baja por motivos de salud, en permiso o licencia, jubilado o en cualquier otra situación en la que no está cumpliendo sus deberes habituales como miembro del Cuerpo). 10) *Procedencia* al ingresar al Cuerpo, que consta de cuatro categorías: paisano (cualquier ciudadano sin ninguna vinculación directa previa con la Guardia Civil), colegio de guardias jóvenes (hijos de guardias civiles en activo, reserva o retiro), guardia civil auxiliar (personas que hicieron el Servicio Militar bajo la figura del voluntariado especial en el Cuerpo), y militares (ingreso en la Guardia Civil gracias al cupo restringido por prestar servicio en las Fuerzas Armadas). 11) *Escala* a la que pertenecía, en tres categorías: escala de cabos y guardias, de suboficiales y de oficiales. Y 12) *Condecoraciones*, para tener en cuenta las recompensas conseguidas durante su trayectoria profesional, recodificada en tres categorías: ninguna medalla, una medalla y dos o más medallas.

Por último, se analizaron cuatro variables del hecho: 13) *Estado de servicio*, una variable categórica binaria, para distinguir si el suicidio se consumó estando de servicio (en periodo laboral) o no. 14) *Lugar del hecho*, dividido en domicilio particular (sea propio o de otra persona), domicilio oficial (domicilio facilitado por la Guardia Civil), dependencias policiales, vía pública o fuera del núcleo urbano (como descampados). 15) *Medio utilizado*, categorizado en ahorcamiento, arma blanca, arma de fuego, cortes, impacto (que incluía tanto el grupo mayoritario de precipitaciones, como muertes por impacto, accidentes de coche, arrollamientos de tren o uso de explosivos) e ingestas (consideradas en sentido muy amplio, incluyendo los casos en que se utilizó cualquier elemento introducido en el cuerpo que causó la muerte: alcohol, fármacos o tóxicos sin limitarse exclusivamente a la administración oral, incluyendo también casos de ahogamiento causado por agua o inhalación de gases

nocivos). y 16) *Nota de suicidio*, como variable binaria de si / no.

C. *Análisis de datos*

Con el objetivo de identificar las posibles relaciones existentes entre las distintas variables estudiadas, se realizó un análisis de correspondencias múltiple (ACM; Hair et al., 2006) con el software de análisis estadístico IBM SPSS Statistics® 26, Para determinar cuántas dimensiones debían considerarse, se llevó a cabo un análisis exploratorio inicial sobre 15 componentes, valorándose la varianza explicada por cada dimensión (*eigenvalue*) en conjunto con la medida de consistencia interna, conocida como alfa de Cronbach, un indicador de cómo de bien se relacionan entre sí las variables en cada dimensión. A la luz de ese análisis se eligió el número de dimensiones más parsimonioso, y para construir el modelo multivariante se escogieron las variables que contribuían a cada componente con un valor igual o superior a 0,2 (Linting & van der Kooij, 2012). A continuación se obtuvieron las coordenadas de cada individuo en los ejes de las dimensiones, y con esas coordenadas se realizó un análisis de clúster bietápico, que determinó empíricamente el número de conglomerados o clústeres en los que se agrupaban los casos, obteniéndose de este modo las tipologías.

Posteriormente, para describir esas tipologías, se llevaron a cabo tablas de contingencia entre los clústeres obtenidos y las variables estudiadas. La presencia de asociaciones significativas entre tipologías y variables se evaluó mediante el estadístico chi-cuadrado (χ^2) ($\alpha=0.05$), y el tamaño del efecto (fuerza de la asociación detectada) se estimó con el estadístico V de Cramer, interpretado como pequeño (0.10-0.29), mediano (0.3-0.49) o grande (≥ 0.50). Para conocer las casillas que determinaban la asociación detectada por el estadístico χ^2 , la magnitud y dirección de la interacción con cada categoría de las variables se comprobó mediante el análisis de los residuos tipificados corregidos (RTC), considerando significativos los mayores de 1.96 o menores de -1,96.

III. RESULTADOS

En el cálculo del ACM, resultó una solución parsimoniosa de agrupación de variables en dos dimensiones, de modo que la primera componente explicaba el 14,68% de la varianza de los datos (*eigenvalue* = 3,321) y poseía una alta consistencia interna ($\alpha = 0,745$); mientras que la segunda dimensión explicaba el 10,32% de la varianza (*eigenvalue* = 2,335) y también presentaba una buena consistencia interna ($\alpha = 0,610$). A partir de la tercera dimensión, ninguna presentaba una consistencia interna mayor a 0,5. En conjunto, el modelo de dos dimensiones consigue explicar un 25% de la varianza (ver la Tabla 1).

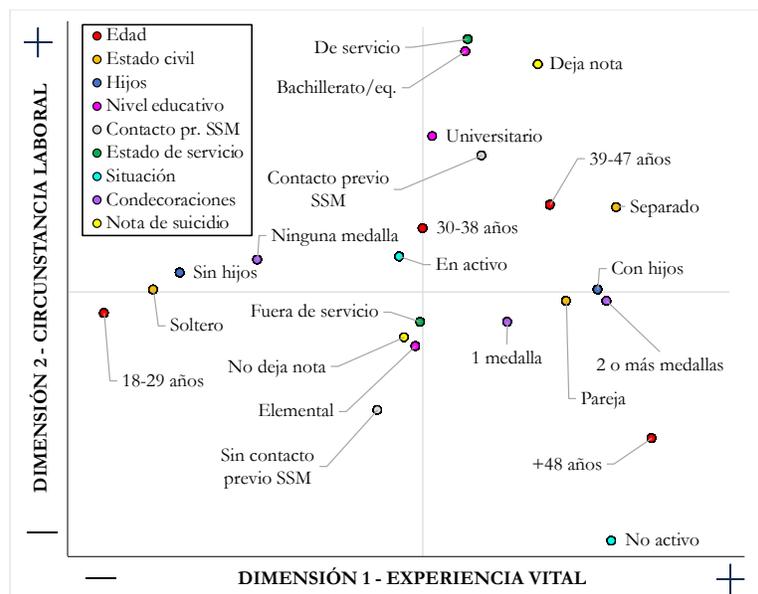
Tabla 1. *Contribuciones de las variables a cada dimensión*

Variables	Dimensiones	
	1	2
Edad	0,782	0,261
Estado civil	0,725	0,028
Hijos	0,725	0,005
Condecoraciones	0,413	0,021
Contacto previo con SSM	0,048	0,514
Nivel educativo	0,006	0,387
Nota de suicidio	0,043	0,319
Estado de servicio	0,004	0,218
Situación	0,093	0,294
% de varianza explicada	14,68	10,32

Las medidas de discriminación de la Tabla 1 muestran que las variables que más contribuyen a la dimensión 1 son, en orden: *edad, estado civil, hijos y condecoraciones*. Como puede verse en el Gráfico 1, estas variables se distribuyen de manera que un individuo con mayor edad, en pareja o separado, con hijos y con más condecoraciones puntúa alto en esta dimensión. No obstante, esta dimensión no se encuentra exclusivamente vinculada a la variable de edad, dado que existen casos en los que individuos más jóvenes obtienen puntuaciones más altas en esta dimensión y viceversa. Interpretando que esta dimensión estaría más relacionada con logros vitales y experiencia acumulada que con la edad, se decidió denominar “experiencia vital” a la dimensión 1.

Por otro lado, a la dimensión 2 contribuyen las variables: *contacto previo con SSM, nivel educativo, nota de suicidio, estado de servicio y situación*. Los factores que contribuyen a una mayor puntuación en esta dimensión incluyen haber sido evaluado por un profesional de la salud mental, un mayor nivel educativo y dejar una nota de suicidio. En el Gráfico 1, se puede observar que las categorías más distantes en el eje Y están asociadas con valores más bajos para la situación "no activo" y valores más altos para "de servicio" y "nivel educativo bachillerato/eq.". Parece más probable que una persona con mayor actividad laboral y un nivel educativo más alto ocupe puestos de trabajo con mayores responsabilidades, lo que puede exponerla a más estresores. Esta mayor exposición al estrés puede llevar a la búsqueda de asistencia en salud mental. Debido a ello, esta dimensión fue denominada "circunstancia laboral".

Gráfico 1. Distribución de las categorías de las variables en el plano bidimensional.



Una vez elegidas las dos dimensiones, se obtuvieron las coordenadas de cada caso en ese espacio bidimensional; y usando esas coordenadas como input, el análisis de clúster bietápico determinó que los individuos de la muestra se agrupaban empíricamente en tres conglomerados diferentes, con un índice de silueta de 0.6. La distribución de los casos en los tres grupos fue de un 23,6%, un 32,5% y un 43,9% de la muestra (ver

Gráfico 2), observándose que se distribuían en el espacio de dos dimensiones tal y como como se representa en el Gráfico 3.

Gráfico 2 *Proporciones e índice de silueta del análisis clúster*

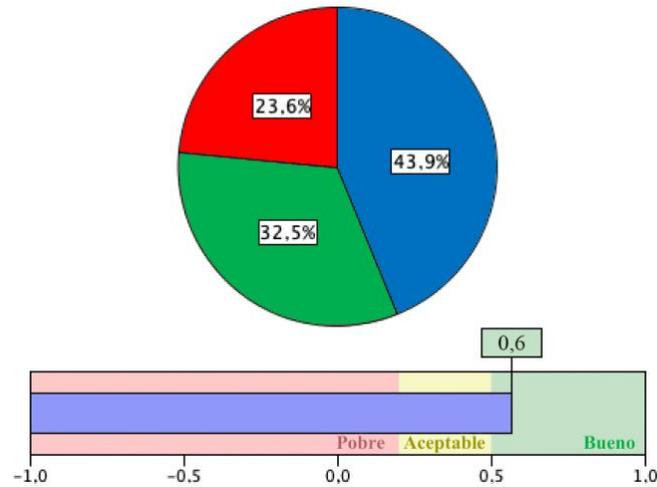


Gráfico 3. *Representación de los casos de suicidio distribuidos en las dimensiones experiencia vital y actividad laboral, y agrupados en función del clúster.*

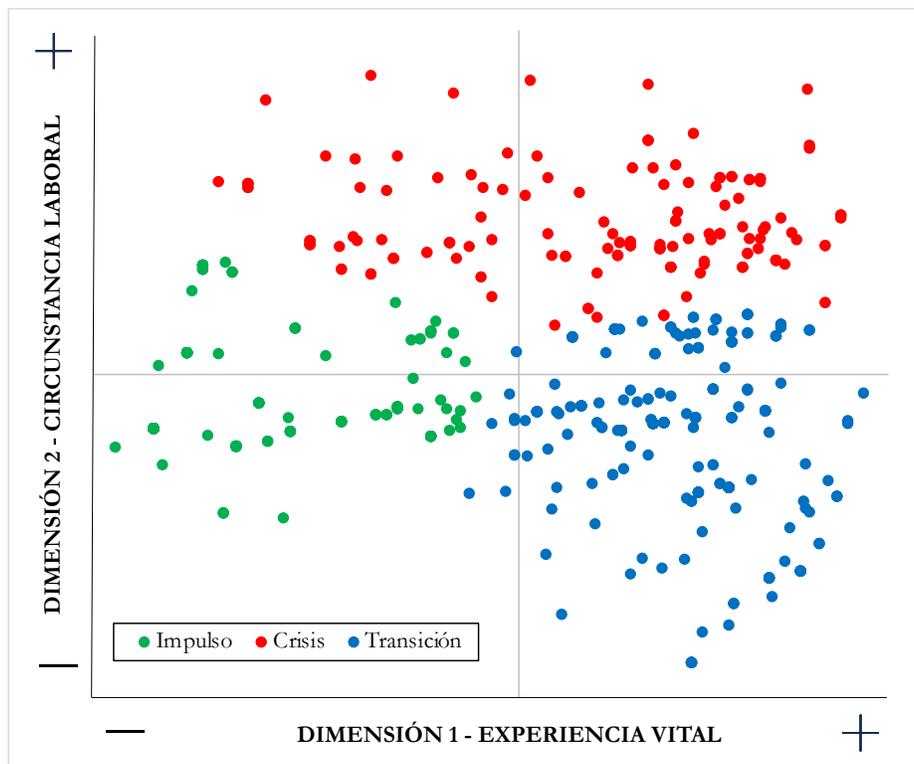


Tabla 2. Parámetros de significación estadística de la comparación entre las 16 variables sociodemográficas, profesionales y del hecho, con los tres grupos obtenidos en el análisis de clúster bietápico

Variable	χ^2	n	gl	p-valor	V de Cramer
Edad	443.132	640	6	0,000*	0,588
Sexo	3.011	640	2	0,222	0,069
Estado civil	375.174	618	4	0,000*	0,551
Hijos	364.083	602	2	0,000*	0,778
Nivel educativo	235.427	640	4	0,000*	0,429
Contacto pr. con SSM	199.840	640	2	0,000*	0,559
Problemas principales	15.611	418	10	0,111	0,137
Intentos anteriores	8.144	640	2	0,017*	0,113
Situación	89.143	637	2	0,000*	0,374
Procedencia	49.397	640	6	0,000*	0,196
Escala	18.507	640	4	0,001*	0,120
Condecoraciones	153.533	602	4	0,000*	0,357
Estado de servicio	123.868	640	2	0,000*	0,440
Lugar del hecho	40.208	624	8	0,000*	0,179
Medio utilizado	40.872	631	10	0,000*	0,180
Nota de suicidio	206.732	640	2	0,000*	0,568

Nota. *p < 0.05. gl = grados de libertad.

Para caracterizar estadísticamente esas tres tipologías de personas que fallecieron por suicidio, se calcularon tablas de contingencia entre las 16 variables objeto de estudio y la nueva variable de grupo. El estadístico χ^2 (ver Tabla 2) arrojó valores inferiores al nivel de significación alfa (0.05) para las siguientes variables: *edad*, *estado civil*, *hijos*, *nivel educativo*, *contacto previo con SSM*, *intentos anteriores*, *situación*, *procedencia*, *escala*, *condecoraciones*, *estado de servicio*, *lugar del hecho*, *medio utilizado* y *nota de suicidio*. Para las variables *sexo* y *problemas principales* no se encontraron diferencias significativas entre grupos.

Al profundizar en los análisis, estudiando qué categorías concretas de cada variable caracterizaban a cada clúster (ver la Tabla 3), se encontró que el grupo 1 (el 32,5% de la muestra) comprendía mayoritariamente individuos de 18 a 29 años de edad, solteros, sin hijos, con educación elemental y que no se habían puesto nunca en contacto con los servicios de salud mental, ni tuvieron intentos previos de suicidio. Se encontraban en activo, con procedencia de GC auxiliar y pertenecían principalmente a la escala de cabos y guardias. No tenían ninguna medalla. Y, en cuanto al hecho, tuvo lugar fuera de servicio, en un domicilio oficial, con un arma de fuego, y sin nota de suicidio. Por todo ello, se denominó a este grupo como “impulso”.

El grupo 2 (el 23,6% de la muestra) se denominó “crisis”, por caracterizarse por tener edades comprendidas

entre los 30 y los 47 años. Solían estar separados, y podían tener hijos o no. Tenían un nivel educativo medio-alto, de bachillerato o equivalente, incluso universitarios, y habían estado en contacto con servicios de salud mental en algún momento. Además, solían tener intentos anteriores de suicidio. Estos agentes estaban en activo, tenían una procedencia de paisano, y podían pertenecer a cualquier escala, pudiendo tener o no medallas. El hecho ocurrió estando de servicio, en dependencias policiales o en la vía pública, y se utilizaron medios diversos; dejando nota.

El grupo 3 (el 43,9% de la muestra), agrupó los casos más veteranos de la muestra, con más de 48 años de edad. Solían tener pareja e hijos, y una educación principalmente elemental. No habían estado en contacto con los servicios de salud mental, y podían o no haber intentado suicidarse previamente. Su situación era de no activo, y su procedencia la militar, perteneciendo a este grupo la mayoría de los componentes de la escala de suboficiales, y con una o más medallas. Se encontraban fuera de servicio cuando se produjo el suicidio, que ocurrió en un domicilio particular, preferiblemente mediante cualquier medio excepto arma de fuego, y no dejaron nota. Por todo ello se denominó a este grupo como de “transición”.

Tabla 3. Variables con sus categorías, tamaños muestrales, porcentajes y RTC obtenidos en la tabla de contingencia con el clúster.

Variable	Categoría	Impulso			Crisis			Transición			n cat.	% cat.
		n	%	RTC	n	%	RTC	n	%	RTC		
Edad	18-29 años	151	88,8%	18,3*	16	9,4%	-5,1*	3	1,8%	-12,9*	170	26,6%
	30-38 años	41	25,9%	-2,0*	57	36,1%	4,3*	60	38,0%	-1,7	158	24,7%
	39-47 años	16	10,1%	-7,0*	63	39,6%	5,5*	80	50,3%	1,9	159	24,8%
	48+ años	0	0,0%	-9,8*	15	9,8%	-4,6*	138	90,2%	13,2*	153	23,9%
	Total	208	32,5%		151	23,6%		281	43,9%		640	
Estado civil	Soltero	179	79,2%	18,6*	34	15,0%	-4,1*	13	5,8%	-14,1*	226	36,6%
	Pareja	22	6,9%	-14,2*	83	25,9%	0,9	215	67,2%	12,7*	320	51,8%
	Separado	2	2,8%	-5,8*	34	47,2%	4,8*	36	50,0%	1,3	72	11,7%
	Total	203	32,8%		151	24,4%		264	42,7%		618	
Hijos	Sin hijos	192	73,6%	18,0*	56	21,5%	-1,6	13	5,0%	-15,9*	261	43,4%
	Con hijos	12	3,5%	-18,0*	92	27,0%	1,6	237	69,5%	15,9*	341	56,6%
	Total	204	33,9%		148	24,6%		250	41,5%		602	
Nivel educativo	Elemental	194	36,8%	5,0*	62	11,8%	-15,2*	271	51,4%	8,3*	527	82,3%
	Bachillerato/equivalente	12	11,5%	-5,0*	84	80,8%	15,0*	8	7,7%	-8,1*	104	16,3%
	Universitario	2	22,2%	-0,7	5	55,6%	2,3*	2	22,2%	-1,3	9	1,4%
	Total	208	32,5%		151	23,6%		281	43,9%		640	
Contacto previo con SSM	Contacto con SSM	50	17,2%	-7,5*	143	49,3%	13,9*	97	33,4%	-4,9*	290	45,3%
	No contacto con SSM	158	45,1%	7,5*	8	2,3%	-13,9*	184	52,6%	4,9*	350	54,7%
	Total	208	32,5%		151	23,6%		281	43,9%		640	
Intentos anteriores	Intentos anteriores	2	8,3%	-2,6*	10	41,7%	2,1*	12	50,0%	0,6	24	3,8%
	No intentos anteriores	206	33,4%	2,6*	141	22,9%	-2,1*	269	43,7%	-0,6	616	96,3%
	Total	208	32,5%		151	23,6%		281	43,9%		640	
Situación	En activo	199	36,0%	5,3*	150	27,1%	5,2*	204	36,9%	-9,4*	553	86,8%
	No activo	6	7,1%	-5,3*	1	1,2%	-5,2*	77	91,7%	9,4*	84	13,2%
	Total	205	32,2%		151	23,7%		281	44,1%		637	
Procedencia	Paisano	76	37,8%	1,9	58	28,9%	2,1*	67	33,3%	-3,6*	201	31,4%
	GC Auxiliar	42	51,9%	4,0*	17	21,0%	-0,6	22	27,2%	-3,2*	81	12,7%
	Colegio GJ	25	43,1%	1,8	11	19,0%	-0,9	22	37,9%	-1,0	58	9,1%
	Militar	65	21,7%	-5,5*	65	21,7%	-1,1	170	56,7%	6,1*	300	46,9%
	Total	208	32,5%		151	23,6%		281	43,9%		640	

Escala	Cabos y guardias	201	34,8%	3,8*	137	23,7%	0,2	240	41,5%	-3,7*	578	90,3%
	Suboficiales	3	7,0%	-3,7*	10	23,3%	-0,1	30	69,8%	3,5*	43	6,7%
	Oficiales	4	21,1%	-1,1	4	21,1%	-0,3	11	57,9%	1,2	19	3,0%
	Total	208	32,5%		151	23,6%		281	43,9%		640	
Condecoraciones	Ninguna medalla	161	56,1%	11,1*	69	24,0%	-0,1	57	19,9%	-10,5*	287	47,7%
	1 medalla	30	21,7%	-3,4*	31	22,5%	-0,6	77	55,8%	3,7*	138	22,9%
	2 o más medallas	12	6,8%	-9,0*	46	26,0%	0,6	119	67,2%	8,1*	177	29,4%
	Total	203	33,7%		146	24,3%		253	42,0%		602	
Estado de servicio	De servicio	5	8,3%	-4,2*	49	81,7%	11,1*	6	10,0%	-5,6*	60	9,4%
	Fuera de servicio	203	35,0%	4,2*	102	17,6%	-11,1*	275	47,4%	5,6*	580	90,6%
	Total	208	32,5%		151	23,6%		281	47,4%		640	
Lugar del hecho	Domicilio particular	62	24,7%	-3,6*	61	24,3%	0,0	128	51,0%	3,3*	251	40,2%
	Domicilio oficial	65	46,8%	4,0*	21	15,1%	-2,8*	53	38,1%	-1,3	139	22,3%
	Dependencias policiales	36	33,0%	0,0	38	34,9%	2,9*	35	32,1%	-2,5*	109	17,5%
	Vía pública	11	22,0%	-1,7	19	38,0%	2,4*	20	40,0%	-0,4	50	8,0%
	Fuera del núcleo urbano	31	41,3%	1,7	12	16,0%	-1,8	32	42,7%	-0,1	75	12,0%
Total	205	32,9%		151	24,2%		268	42,9%		624		
Medio utilizado	Ahorcamiento	6	10,9%	-3,6*	14	25,5%	0,3	35	63,6%	3,2*	55	8,7%
	Arma de fuego	190	36,3%	4,3*	133	25,4%	1,9	200	38,2%	-5,8*	523	82,9%
	Impacto	7	25,0%	-0,9	1	3,6%	-2,6*	20	71,4%	3,1*	28	4,4%
	Ingestas	3	13,0%	-2,0*	3	13,0%	-1,2	17	73,9%	3,0*	23	3,6%
	Total	206	32,6%		151	23,9%		274	43,4%		631	
Nota de suicidio	Deja nota	5	5,0%	-6,4*	80	79,2%	14,3*	16	15,8%	-6,2*	101	15,8%
	No deja nota	203	37,7%	6,4*	71	13,2%	-14,3*	265	49,2%	6,2*	539	84,2%
	Total	208	32,5%		151	23,6%		281	43,9%		640	

Nota. RTC = residuos tipificados corregidos. *RTC<-1.96 o RTC>1.96

IV. DISCUSIÓN

Este estudio se alinea con la propuesta de Martin et al. (2020) cuando subraya la importancia del análisis de tipologías de personas que se suicidan en poblaciones específicas, como en el caso presente de la Guardia Civil, mediante técnicas multivariantes y análisis clúster. Unos análisis que, aunque no sean extrapolables a la población general, pueden ser cruciales para el desarrollo de estrategias de prevención dirigidas y adaptadas a contextos y grupos específicos.

Las variables seleccionadas para esta investigación fueron escogidas considerando estudios tipológicos previos y su relevancia en el contexto del suicidio, como las utilizadas en el trabajo empírico más reciente de Sinyor et al. (2014), y principalmente las que estudio Griffith (2012) en una población militar, en el convencimiento de que serían análogas a las de la Guardia Civil, salvando algunas distancias. Por ejemplo, la variable “escala” del presente estudio puede ser paralela al concepto de “rango” utilizado por Griffith (2012), aunque los empleos o categorías no lleguen a coincidir en ambos países. Asimismo, “actividad y servicio”, aunque relacionadas, no equivalen exactamente al “estatus militar”. Además, se han incorporado los problemas principales que pueden desencadenar el suicidio, identificados como “estresores recientes” por Sinyor et al. (2014) y “circunstancias que rodean el suicidio” según Griffith (2012). En lo que respecta al contacto con los SSM, a diferencia de Sinyor et al. (2014) que solo considera los últimos 7 días antes del suicidio, esta investigación no restringe el periodo temporal de acceso a estos servicios; lo que permite una visión más extensa

del acceso a los SSM antes del suicidio, asegurando que no se excluya a individuos que hayan recibido evaluaciones previas pero no recientes.

Para la construcción de la tipología se decidió seguir la metodología ya contrastada en estudios previos (González-Álvarez et al., 2022; Santos-Hermoso, et al., 2022), que, por robustez empírica, recomendaba un primer cálculo de ACM sobre las variables de interés, para luego utilizar el análisis de clúster bietápico sobre las coordenadas de los casos (sujetos) en el espacio dimensional propuesto por el ACM para encontrar en cuántos grupos se distribuyen los sujetos, y explicar finalmente esos clústeres mediante análisis bivariantes (tablas de contingencia).

Tras los análisis, emergió una tipología del personal de la guardia civil que se quitó la vida, por la que se agrupaba en tres conjuntos bien diferenciados. Un primer grupo se denominó "impulso", por estar compuesto principalmente por jóvenes de 18 a 29 años, que presentaban características distintivas de las etapas de desarrollo y los contextos socioeconómicos en los que se encontraban. Como por ejemplo estar solteros, y sin hijos, puesto que la prioridad en esa etapa de la vida se centra en el desarrollo personal y profesional, más que en el establecimiento de compromisos familiares a largo plazo. En esta fase de la vida, las personas suelen estar enfocadas en la exploración personal, la educación y el inicio y consolidación de su carrera profesional. Estas prioridades pueden influir en su disposición a retrasar otros aspectos de la vida, como el matrimonio y la paternidad. Además, los factores socioeconómicos y culturales juegan un papel importante: la tendencia de casarse y tener hijos a una edad más avanzada es cada vez más común, ya que los jóvenes pueden preferir alcanzar una estabilidad económica y personal antes de asumir las responsabilidades de una familia. Esto está en consonancia con la dinámica de las relaciones y responsabilidades familiares en la actualidad, donde estar soltero y sin hijos implica menores obligaciones, permitiendo una mayor flexibilidad y libertad, que a su vez puede conducir a decisiones más impulsivas debido precisamente a la falta de obligaciones familiares inmediatas. Finalmente, los factores psicosociales también son relevantes. La ausencia de una pareja o hijos puede significar una red de apoyo social menos establecida en algunos casos, lo que puede impactar en el bienestar emocional de los jóvenes y en su forma de enfrentar el estrés o los desafíos.

Griffith (2012) indicó que el riesgo de suicidio estaba muy relacionado con la edad, el nivel educativo, el estado civil, el rango, el tiempo en servicio y el estado de despliegue; todos ellos correlatos de la edad. Sin embargo, en su investigación, las variables militares explicaban menos varianza que las variables demográficas en relación con cometer o no suicidio, y por ello consideraron más importantes las demográficas. Con los resultados obtenidos en el presente estudio no se puede conocer qué variables se relacionan con cometer suicidio o, no porque no hay grupo control. Sin embargo, tanto en la presente investigación como en la de Griffith (2012), sí son importantes las variables laborales (militares en su caso) a la hora de establecer los clústeres, porque son datos que varían entre tipologías y pueden ser relevantes de cara a la prevención.

El presente estudio también cuenta con algunas variables que tienden a estar asociadas y se encuentran estrechamente vinculadas con la edad. Es lógico que en el grupo del "impulso", los más jóvenes suelen estar solteros y sin hijos como se ha mencionado anteriormente. Asimismo, las variables laborales también se encuentran relacionadas con la edad: el hecho de que los más jóvenes se encuentren en activo es natural también, porque salvo casos excepcionales de excedencias, incapacidades o bajas temporales, no se va a encontrar a

ningún agente menor de 30 años retirado. La falta de recompensas o condecoraciones en este grupo se puede atribuir a su breve carrera laboral, que no les ha brindado suficiente tiempo para obtenerlas. La inexistencia de intentos de suicidio previos en este segmento también es lógica si se compara con el grupo de mayor edad, donde es más probable encontrar tales antecedentes debido a la exposición prolongada a estresores. De igual manera, aquellos que han enfrentado más situaciones estresantes tienen más probabilidades de haber buscado apoyo en los SSM, lo que podría explicar por qué el grupo más joven no ha tenido tanto contacto con estos servicios.

Griffith (2012) analizó varios factores, que tanto en su estudio como en la población general (de EE.UU.) son los más influyentes para cometer un suicidio: hombre, joven y de raza blanca. Que explicaron por una mayor agresividad y competitividad en este grupo demográfico, así como por una mayor comodidad con el uso de armas y una menor inhibición para emplearlas. Atendiendo a los resultados del presente artículo, es posible que la evolución natural de la impulsividad, que es mayor en individuos jóvenes y decrece con la edad, pueda tener relación con la preferencia por el grupo del impulso por utilizar un arma de fuego unido al fácil acceso a las armas en el entorno de la Guardia Civil (Krishnan et al., 2022; Stanley et al., 2016; Violanti, 2010; Webster, 2013; O'Connor y Pirkis, 2016). La ausencia de nota de suicidio también podría dar indicios de que el acto pueda haber sido una decisión impulsiva, tomada sin excesiva planificación. Por último, cabe destacar que, en este clúster, el hecho se produce en un domicilio oficial y fuera de servicio. El domicilio oficial se encuentra localizado dentro de instalaciones de la Guardia Civil, por lo que, aunque los agentes no se lleven el arma a su domicilio cuando estén fuera de servicio, se encuentran en un espacio donde tienen posibilidad de acceder a ellas más fácilmente, tanto si se trata del arma propia como la de otros compañeros. Una decisión impulsiva en un momento de ideación suicida se puede ver facilitada por la búsqueda y utilización de las armas de fuego.

El segundo grupo o clúster, denominado "crisis", incluyó al personal que, por edad, atravesaba una etapa de vida en la que parece más probable padecer circunstancias difíciles, tanto a nivel personal como profesional. A diferencia del grupo "impulso", los individuos en este segmento han tenido más tiempo para establecer y avanzar en sus carreras profesionales, lo que puede conllevar tanto logros como estrés acumulado. A esta edad, es común que los individuos hayan alcanzado posiciones más estables o de mayor responsabilidad en sus trabajos, lo que en algunos casos puede aumentar el estrés laboral y, a su vez, afectar su bienestar emocional y mental. En términos de relaciones personales, este grupo muestra una dinámica más compleja. Las separaciones y los divorcios, comunes en esta franja de edad, pueden ser experiencias altamente estresantes, como sugiere Griffith (2012) al clasificarlas como "nuevas circunstancias de la vida", especialmente si hay hijos involucrados. La ruptura de una relación significativa no solo implica un cambio emocional, sino también ajustes en el estilo de vida, responsabilidades financieras y dinámicas familiares. Estos cambios pueden ser estresores adicionales que contribuyen a un mayor riesgo de comportamientos suicidas. El nivel educativo más alto en este grupo sugiere un compromiso continuo con el aprendizaje y el desarrollo personal. Dentro del Cuerpo, para la promoción profesional y la especialización, se han ido primando a lo largo del tiempo los méritos académicos, que requieren estudio y dedicación, que en el peor de los casos puede llegar a ser estresante cuando colisiona con las responsabilidades laborales o las familiares.

El hecho de que este grupo tenga un historial de contacto con SSM podría indicar una mayor conciencia, o exposición, a problemas de salud mental. Sin embargo, también refleja una vulnerabilidad subyacente. La

presencia de intentos de suicidio anteriores es uno de los factores de riesgo con más capacidad predictiva de suicidios futuros (O'Connor y Pirkis, 2016), lo que sugiere que estos individuos han enfrentado desafíos significativos en su salud mental en el pasado. De aquí se extrae la importancia de considerar el acceso a los SSM sin acotar el mismo a los días previos al suicidio. La presencia de notas de suicidio en este grupo contrasta con el grupo "impulso": mientras que las acciones impulsivas pueden caracterizar al grupo más joven, la presencia de notas sugiere una consideración más reflexiva o planificada en el grupo "crisis". Esto podría reflejar una mayor profundidad de desesperación o una consideración más prolongada de sus problemas y angustias.

El tercero de los grupos, "transición", se caracteriza por integrar a los individuos de mayor edad, comenzando desde los 48 años y abarcando hasta los mayores de 80. Por este motivo, cabe esperar que gran parte de este grupo se encuentre retirado del servicio, cuente con más condecoraciones, y tenga posiciones más altas en el Cuerpo, como se ha comentado anteriormente. Esta etapa de la vida, marcada por la transición hacia y durante la jubilación, representa un periodo de cambio significativo tanto en el rol social como profesional, que a su vez puede traer consigo tanto oportunidades de disfrute y relajación como desafíos emocionales y existenciales. La jubilación no es solo un cambio en la rutina diaria, sino que también implica una redefinición de la identidad personal. Para muchos en este grupo, la carrera profesional ha sido un componente central de su vida y autoimagen, por lo que la transición de un rol activo a la jubilación puede provocar una crisis de identidad, donde la persona debe redefinir quién es sin su carrera profesional. Con el avance de la edad, surgen preocupaciones adicionales relacionadas con la salud: las enfermedades crónicas, incapacitantes o terminales se vuelven más prevalentes, afectando la percepción de calidad de vida y autonomía personal. Estos problemas de salud pueden ser factores críticos en el bienestar emocional y psicológico de los individuos, particularmente si se perciben como limitantes de la independencia y el disfrute de la vida. Por otro lado, la jubilación también implica cambios en la situación económica: aunque algunos pueden tener una jubilación segura, otros pueden enfrentar incertidumbre financiera o sentirse presionados por la disminución de los ingresos. Todos estos cambios pueden ser una fuente de estresores en este grupo.

Aunque la presencia de una pareja y de hijos pueda suponer aparentemente una buena red de apoyo, y uno de los factores protectores más importantes para el suicidio (Chae y Boyle, 2013), también pueden ocurrir cambios en estas relaciones en esta etapa de la vida. Por una parte, las relaciones con la pareja pueden verse afectadas por el ajuste vital a la nueva realidad de la jubilación. Por otra, los hijos pueden haberse mudado o estar menos disponibles debido a sus propias responsabilidades, lo que puede generar sentimientos de soledad o abandono. Este grupo puede o no contar con intentos anteriores de suicidio, pero nunca ha accedido a los SSM. Esto sugiere que, o bien no han tenido problemas de salud mental a lo largo de su carrera, o si los han tenido, han decidido no acudir a los SSM. La renuncia a buscar ayuda puede ser especialmente pronunciada en este grupo, debido al estigma y a las actitudes tradicionales hacia la salud mental en los entornos policiales y militares (procedencia más común en este grupo; Krishnan et al., 2022; Stanley et al., 2016; Violanti et al., 2009; Violanti, 2010; Webster, 2013). Esta resistencia a buscar ayuda puede dejar a muchos sin el apoyo necesario para enfrentar los desafíos emocionales y psicológicos de esta etapa de la vida.

Se encontró que la mayoría de los suboficiales que se quitaron la vida pertenecían a este grupo. Principalmente con estudios elementales, no superiores. Y, en lo que respecta a las circunstancias del suicidio, se observa que suelen ocurrir en domicilios particulares y fuera de servicio, reflejando el hecho de que la mayoría

de estos individuos ya no se encuentra laboralmente en activo. En cuanto a los medios utilizados, se aprecia una notable ausencia del uso de armas de fuego, que se puede explicar por la falta de acceso a armamento oficial tras su retiro, lo que influye en la elección de otros métodos. Los individuos que pertenecen a esta tipología no suelen dejar nota de suicidio, lo que podría interpretarse como indicio de ausencia de premeditación; pero dado que las personas de mayor edad tienden a ser menos impulsivas, es posible que simplemente prefieran no dejarla. Como explicación alternativa, la ausencia de notas de suicidio podría estar relacionada con una deliberación más profunda y personal sobre su situación, reflejando un deseo de privacidad o una decisión de no comunicar sus luchas internas, posiblemente influenciada por un sentido de orgullo o una percepción de autosuficiencia. Los hallazgos de esta investigación coinciden con los de Chavez-Hernandez et al. (2006), observándose que los miembros del clúster "transición", que tienen un nivel educativo inferior al del clúster "crisis", generalmente no dejan nota. Además, estos resultados parecen estar en línea con lo señalado por Misra y Ghanekar (2017), quienes mencionan que la ausencia de una nota de suicidio suele estar asociada (entre otros motivos) a enfermedades físicas, una circunstancia más común en individuos de mayor edad.

Como se ha visto, las tipologías resultantes en este estudio se organizan principalmente en función de la edad, y dentro de cada tipología, ciertas categorías de variables emergen como factores de riesgo más significativos para el suicidio. Como Griffith (2012) señala, algunas de las variables estudiadas son correlativas de la edad, lo que explica su influencia en la formación de estas tipologías. Sin embargo, en el presente estudio la edad no es el único factor determinante, aunque juegue un papel importante en el análisis. La dimensión de "experiencia vital" incorpora otras variables que enriquecen este eje, como la paternidad o la presencia de una relación de pareja. El Gráfico 3 ilustra claramente la distribución de los clústeres a lo largo del eje de experiencia vital, situando a los integrantes más jóvenes en el extremo izquierdo y a los de mayor edad en el derecho. En cuanto al eje que tiene que ver con las circunstancias laborales, es notable cómo el clúster "crisis", que engloba a personas con cargos de mayor responsabilidad, se encuentra en una posición superior en comparación con los otros dos grupos. Además, es relevante observar la escasa presencia de miembros del grupo "impulso" en los niveles más bajos de actividad laboral, donde se encuentra gran parte del grupo "transición" (cuya mayoría está jubilada). El motivo por el que los miembros más jóvenes del estudio muestran puntuaciones más bajas en el eje de actividad laboral podría vincularse con aspectos previamente mencionados: dada su limitada experiencia, es común que ocupen empleos más rutinarios y con responsabilidades reducidas. Sin embargo, conforme van adquiriendo experiencia, asumen roles con mayores responsabilidades y la actividad laboral cobra mayor importancia. Por este motivo, algunos individuos jóvenes con un alto grado de motivación para formarse y ascender (como se ve en el segundo cuadrante del gráfico), se encuentran en el grupo "crisis" a pesar de su edad.

Aunque se ha procurado emplear variables similares a las utilizadas en otras investigaciones tipológicas, resulta complicada la comparación de los resultados de este estudio con otros estudios en población general, dado que se trata de una muestra no generalizable con características únicas. Esta investigación se distingue por ser única en el contexto policial, ya que no hay estudios tipológicos comparables en este ámbito. Además, la población objeto del presente estudio tiene la singularidad de pertenecer tanto al entorno policial como al militar. Esta característica dual hace que la población analizada tenga ciertas similitudes con el realizado por Griffith (2012) en el ámbito militar (como escalas, rangos y acceso a armas), aunque con diferencias notables,

dado que la Guardia Civil desempeña funciones, ocupaciones y tareas que difieren significativamente de las propias de un entorno puramente militar, como la seguridad ciudadana, la gestión de fronteras, o la lucha antiterrorista, que pueden influir en los factores de riesgo y las circunstancias del suicidio de manera diferente a otras fuerzas de seguridad o militares.

Por otra parte, cabe destacar que Griffith (2012) utiliza una metodología similar a la del presente artículo en la recogida de datos, basada en AP, mientras que Sinyor et al. (2014) completan las variables a partir de información documental, asegurando la fiabilidad interjueces. Sin embargo, ambos autores realizan un análisis clúster directamente sobre las variables analizadas, mientras que en el presente trabajo se han utilizado técnicas multivariantes previas al análisis clúster, como proponen Martín et al. (2020), lo que también dificulta la comparación. La comparabilidad con otros estudios también se puede ver afectada porque la presente investigación se centra en un periodo de tiempo muy extenso de 40 años (entre 1982 y 2022), lo que puede limitar la capacidad de comparación con estudios que abarquen diferentes periodos: Sinyor et al (2014) analizan una horquilla de 12 años, entre 1998 y 2010; y Griffith (2012), por su parte, tiene en cuenta los suicidios ocurridos en una franja de cuatro años, entre 2007 y 2010. El hecho del suicidio puede ser similar y las variables analizadas también, pero a su vez puede estar influido por factores sociales que varían con el paso del tiempo. Aun así, y conociendo las limitaciones de la comparación, se pueden extraer algunas ideas clave de los distintos modelos analizados.

Sinyor et al. (2014) destacan la importancia de prestar atención a su clúster 2, el de mayor edad (55,6 años de media), que están casados (lo que puede indicar una buena red de apoyo), y no suelen tener intentos anteriores de suicidio, además es el segundo clúster con menos contacto con los SSM (en los últimos 7 días). Estos autores consideran que esta tipología tiene aparentemente bajo riesgo de suicidio porque cuenta con muchos factores protectores y sin embargo se acaba desencadenando la conducta. En la presente investigación se encuentra el grupo “transición”, con más de 48 años, y con características similares: tienen pareja e hijos, lo que puede indicar una buena red de apoyo y tampoco han tenido contacto con los SSM, aunque se diferencian en que pueden o no tener intentos previos de suicidio. Sin embargo, y como se ha comentado anteriormente, el tener pareja e hijos a edades avanzadas no está necesariamente relacionado (o no en todos los casos) con una buena red de apoyo. Aun así, sería interesante examinar la presencia de estresores que puedan haber desencadenado el suicidio como ocurre en el clúster 2 de Sinyor et al. (2014). Lamentablemente, aunque estudiados, los problemas principales no resultaron mostrar agrupaciones significativas entre clústeres, por lo que con los datos actuales no es posible conocer los estresores a los que se pueden encontrar sometidos.

Por su parte, el trabajo de Griffith (2012) divide su muestra en dos clústeres con muchas variables que correlacionan, como la edad y el rango. Se podría asemejar en términos de edad el clúster de los *first termers* con el del impulso de este estudio, pero realmente no es plenamente coincidente porque la muestra de la Guardia Civil comprende edades entre los 18 y más de 80 años, y ellos tienen el clúster *careerists* con 39 años de media y el *first termers* con 24 años. Asimismo, el clúster de *careerists* podría asemejarse al de crisis, pero con matices. Sería interesante comparar con los clústeres de Griffith (2012) el clúster “transición”, ya que este grupo, de procedencia fundamentalmente militar quizá sea el más comparable con los estudios de Griffith (2012). Sin embargo esto no es posible ya que no incluyen militares retirados en su estudio.

En suma, este estudio piloto tuvo como objetivo principal obtener una visión general sobre el perfil de las personas que se suicidan en la Guardia Civil. Marca un hito al ser la primera publicación sobre este grupo específico, atendiendo así a la demanda de investigaciones enfocadas en poblaciones concretas. Sin embargo, precisamente por tratarse de una investigación pionera, no está libre de limitaciones. Por una parte, para hacer un ACM sólido es necesario contar con variables muy bien informadas, sin datos perdidos y con un buen tamaño muestral. En este caso, el pequeño número de suicidios que se producen al año en la Guardia Civil determina que sea necesaria una elevada extensión temporal en la recogida de datos para conseguir una muestra grande. Aquí el periodo fue de 40 años, lo que ha provocado que las variables estudiadas no sean tan precisas o completas como sería ideal. A pesar de haber seleccionado variables relevantes para el estudio del suicidio, muchas de ellas previamente examinadas por otros investigadores, existe el problema de que algunas solo se han comenzado a recoger a partir de momentos específicos. Pero incluso en aquellas variables que se han recopilado desde el inicio, es inevitable que se haya producido variación en quién y cómo ha recogido los datos, lo que ha reducido la calidad de la información. Para soslayar esta limitación, se ha depurado la base de datos exhaustivamente, corrigiendo errores y completando con toda la información posible, obrante en los expedientes en papel de los casos. Y en la elaboración del modelo se ha optado por no utilizar ningún método de imputación de datos para preservar la integridad de los mismos y conseguir análisis más fiel a la realidad sin introducción de sesgos.

Este efecto del paso del tiempo, junto con los cambios generacionales, pueden haber influido también en el perfil de las personas que se suicidan, ya que las circunstancias vitales y las dinámicas sociales evolucionan con el tiempo, diferenciándose notablemente entre los años 80 y la actualidad. Estos cambios generacionales pueden haber modificado los factores asociados con la conducta suicida, lo que sugiere que las variables o factores relevantes en la muestra completa podrían no ser los mismos que afectan a los agentes en activo hoy día.

Por otro lado, existen algunas variables que correlacionan entre sí. Es interesante que las variables correlacionen, pero solo cuando miden conceptos o características diferentes. Por ejemplo, variables como "edad", "condecoraciones" e "hijos" tienden a presentarse conjuntamente: es más probable que una persona de mayor edad tenga hijos y haya acumulado más condecoraciones a lo largo de su carrera profesional. Sin embargo, se trata de variables relevantes, y eliminarlas del análisis habría producido una pérdida significativa de información, por lo que se decidió mantenerlas.

En conclusión, el estudio que se ha explicado en estas páginas coincide con otros en que no todas las personas que se suicidan son iguales, por lo que, en lo que afecta a la Guardia Civil, comprender las dinámicas de cada uno de los tres grupos descritos puede ayudar a desarrollar estrategias de intervención y apoyo más efectivas cuando se tenga noticia o sospecha de una ideación suicida entre el personal de esta Institución. Como esta cuestión excede con mucho los objetivos de este trabajo, se sugiere para estudios futuros que se formulen estas estrategias, y que una vez puestas en práctica se compruebe su utilidad precisamente registrando el impacto de las mismas sobre las personas con las que se intervenga, indagando con ellas en qué medida les eran de aplicación los supuestos sobre los que se han construido, y si les han ayudado a reconsiderar su postura.

Otras sugerencias para estudios futuros tiene que ver con el hecho de que la base de datos utilizada en esta investigación incluye más variables de las que se han empleado para el desarrollo del modelo actual. Estas

variables adicionales presentan un potencial significativo para futuros análisis, permitiendo explorar cómo se alinean con las tipologías identificadas en este trabajo, enriqueciendo así los modelos preventivos.

En este estudio se decidió emplear la totalidad de la muestra con el objetivo de lograr un mayor tamaño muestral. Dado que se registran, en promedio, unos 10 suicidios al año en la Guardia Civil, limitar el período de tiempo analizado habría resultado en una reducción significativa del tamaño de la muestra. Sin embargo, por lo que ya se ha comentado de que los factores de riesgo pueden cambiar con el tiempo, se sugiere considerar solo los casos más recientes, especialmente aquellos posteriores a la implementación del PPAP, que disponen de más variables registradas y se encuentran mejor documentados, a fin de elaborar un nuevo modelo que pueda ser comparado con los resultados obtenidos en este estudio, por si tuviera un mayor valor a efectos preventivos. De esta manera también se lograría mitigar las limitaciones derivadas de los efectos del paso del tiempo y los cambios generacionales.

Por último, la Guardia Civil también registra información sobre intentos y tentativas de suicidio. Por lo que puede ser interesante analizar en estudios futuros los casos de agentes que intentaron suicidarse pero no lo lograron debido a factores externos, puesto que puede proporcionar una perspectiva más profunda y enriquecer el análisis de la conducta autolítica en esta Institución desde el punto de vista de la prevención primaria.

V. REFERENCIAS

- Bagley, C., & Shahnaz, A. (2017). Taxonomies of death by suicide: a review, with proposals for research and policy, and a challenge for suicidology. *Challenges*, 8(2), 27. <https://doi.org/10.3390/challe8020027>
- Barzilay, S., & Apter, A. (2014). Psychological models of suicide. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 295-312. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824825>
- Blanco, C. (2020). El suicidio en España. Respuesta institucional y social. *Revista de Ciencias Sociales*, 33(46), 79-106. <https://doi.org/10.26489/rvs.v33i46.5>
- Bryan, C. J., Griffith, J. E., Pace, B. T., Hinkson, K., Bryan, A. O., Clemans, T. A., & Imel, Z. E. (2015). Combat Exposure and Risk for Suicidal Thoughts and Behaviors Among Military Personnel and Veterans: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 45(5), 633-649. <https://doi.org/10.1111/sltb.12163>
- Ceballos-Espinoza, F. (2015). Aplicación forense de la autopsia psicológica en muertes de alta complejidad. *Anuario de Psicología Jurídica*, 25(1), 65-74. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2015.02.004>
- Chae, M. H., & Boyle, D. J. (2013). Police suicide: Prevalence, risk, and protective factors. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, 36(1), 91-118. <https://doi.org/10.1108/13639511311302498>
- Chavez-Hernandez, A. M., Paramo, D., Leenaars, A. A., & Leenaars, L. (2006). Suicide notes in Mexico: what do they tell us?. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(6), 709-715. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.6.709>
- Congreso de los Diputados, Comisión de Interior. (2017). Comparecencia del señor director general de la Guardia Civil: Informe sobre las medidas a llevar a cabo para hacer frente al repunte de muertes y tentativas de suicidio en la Guardia Civil (Plan Preventivo de Asistencia Psicológica). Diario de Las Sesiones Del Congreso de Los Diputados, 223, 43-44. http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/DS/CO/DSCD-12-CO-223.PDF
- Domínguez, M.E., Sánchez, F. y Sánchez, T. (2007). Suicidio disimulado como un accidente de tráfico. A propósito de un caso. *Cuadernos de Medicina Forense*, 13(50), 269-274.
- García-Haro, J., García-Pascual, H., González-González, M., Barrio-Martínez, S. y García-Pascual, R. (2020). Suicidio y trastorno mental: una crítica necesaria. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 35-42. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2919>
- Gómez-Segura, J. (2016). El uso de la autopsia psicológica para la comprensión y el esclarecimiento de muertes violentas. *Cuadernos de crisis*, (15).
- González-Álvarez, J. L., Santos-Hermoso, J., Soldino, V., & Carbonell-Vayá, E. J. (2022). Male perpetrators of intimate partner violence against women: A Spanish typology. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(13-14) NP11761-NP11790. <https://doi.org/10.1177/0886260521997442>
- Griffith, J. (2012). Suicide in the Army National Guard: An empirical inquiry. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(1), 104-119. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00075.x>
- Griffith, J. (2022) Risk-Taking and Suicidal Behaviors among Army National Guard Soldiers. *Military Behavioral Health*, 10(3), 172-182. <https://doi.org/10.1080/21635781.2021.1977204>
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., ... & Yip, P. S. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 468-471. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate Data Analysis* (6th ed.). Pearson Prentice Hall.
- Hem, E., Berg, A. M., & Ekeberg, O. (2001). Suicide in police—a critical review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(2), 224-233. <https://doi.org/10.1521/suli.31.2.224.21513>
- INE (2022, 19 de diciembre). Defunciones según la Causa de Muerte Año 2021 (datos definitivos) y primer semestre 2022 (datos provisionales). Instituto Nacional de Estadística.
- INE (2023, 27 de junio). Defunciones según la Causa de Muerte Año 2022. Datos provisionales. Instituto Nacional de Estadística.
- Isometsä, E. (2014). Suicidal behaviour in mood disorders—who, when, and why?. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(3), 120-130. <https://doi.org/10.1177/070674371405900303>
- Karaffá, K. M., & Koch, J. M. (2016). Stigma, pluralistic ignorance, and attitudes toward seeking mental health services among police officers. *Criminal Justice and Behavior*, 43(6), 759-777. <https://doi.org/10.1177/0093854815613103>
- Kop, N., Euwema, M., & Schaufeli, W. (2015). Burnout, job stress and violent behaviour among Dutch police officers. *Work & Stress*, 19(4), 326-340. <https://doi.org/10.1080/02678379950019789>
- Krishnan, N., Steene, L.M., Lewis, M., Marshall, D. & Ireland, J.L. (2022). A systematic review of risk factors implicated in the suicide of police. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 37 (4), 939-951. <https://doi.org/10.1007/s11896-022-09539-1>
- Linting, M., & van der Kooij, A. (2012). Nonlinear Principal Components Analysis With CATPCA: A Tutorial. *Journal of Personality Assessment*, 94(1), 12-25. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.627965>
- Loo, R. (2003). A Meta-Analysis of Police Suicide Rates: Findings and Issues. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 313-325. <https://doi.org/10.1521/suli.33.3.313.23209>
- Martin, J., LaCroix, J.M., Novak, L.A., & Ghahramanlou-Holloway, M. (2020). Typologies of Suicide: A Critical Literature Review. *Archives of Suicide Research*, 24(sup1), 25-40. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1564100>
- Miller, M., & Hemenway, D. (1999). The relationship between firearms and suicide: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 4(1), 59-75. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(97\)00057-8](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(97)00057-8)
- Milner, A., Spittal, M.J., Pirkis, J., & LaMontagne, A.D. (2013). Suicide by occupation: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 203(6), 409-416. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.128405>
- Milner, A., Witt, K., Maheen, H., & LaMontagne, A. D. (2017). Suicide among emergency and protective service workers: A retrospective mortality study in Australia, 2001 to 2012. *Work*, 57(2), 281-287. <https://doi.org/10.3233/WOR-172554>
- Misra, N., & Ghanekar, A. (2017). Personality Profiles of Suicide Ideators, Attempters, Completers and Suicide Note Writers Versus Non-writers. En Kumar, U. (Ed.), *Handbook of Suicidal Behaviour* (371-386). Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-10-4816-6_20
- Moitra, M., Santomauro, D., Degenhardt, L., Collins, P. Y., Whiteford, H., Vos, T., & Ferrari, A. (2021). Estimating the risk of suicide associated with mental

- disorders: A systematic review and meta-regression analysis. *Journal of psychiatric research*, 137, 242-249.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.053>
- O'Connor, R. C., & Pirkis, J. (Eds.). (2016). *The international handbook of suicide prevention*. John Wiley & Sons.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Prevención del suicidio: un imperativo global. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Día Mundial para la Prevención del Suicidio 2023. Campañas mundiales de salud pública de la OMS. Organización Mundial de la Salud.
<https://www.who.int/es/campaigns/world-suicide-prevention-day/2023>
- Patton, A. E. C. (2022). Contención del suicidio en España: evaluación del diseño de las políticas y Planes de Salud Mental de las Comunidades Autónomas. *Gestión y análisis de políticas públicas*, 28, 6-26.
<https://doi.org/10.24965/gapp.i28.10956>
- Santos-Hermoso, J., González-Álvarez, J. L., Alcázar-Córcoles, M. A. & Carbonell-Vayá, E. J. (2022). Intimate Partner Homicide Against Women Typology: Risk Factor Interaction in Spain. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 1-23. <https://doi.org/10.1007/s10610-022-09517-7>
- Segal, N. L. (2009). Suicidal behaviors in surviving monozygotic and dizygotic co-twins: is the nature of the co-twin's cause of death a factor? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(6), 569-575. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.6.569>
- Sinyor, M., Schaffer, A., & Streiner, D. L. (2014). Characterizing suicide in Toronto: An observational study and cluster analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(1), 26-33. <https://doi.org/10.1177/070674371405900106>
- Sotoca, A., González, J. L. y Halty, L. (2019). *Perfiles criminales: principios, técnicas y aplicaciones*. Síntesis: Madrid.
- Stanley, I. H., Hom, M. A., Hagan, C. R., & Joiner, T. E. (2015). Career prevalence and correlates of suicidal thoughts and behaviors among firefighters. *Journal of Affective Disorders*, 187, 163-171. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.007>
- Stuart, H. (2008). Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry*, 7(3), 185-188. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00194.x>
- Vidal, M. A., González, J. L., Gómez, J. y Soto, J. A. (2004). Comprehension of suicide behaviour from three different points of view. En Czerederecka, Jaskiewicz-Obydzinska, Roesch y Wojcikiewicz (Ed.), *Forensic Psychology and Law. Facing the Challenges of a Changing World*. Institute of Forensic Research Publishers, Krakow (Poland), 531-543.
- Violanti, J. M. (2010). Police suicide: A national comparison with fire-fighter and military personnel. *Policing: An International Journal of Police, Strategies & Management*, 33(2), 270-286. <https://doi.org/10.1108/13639511011044885>
- Violanti, J. M., Fekedulegn, D., Charles, L. E., Andrew, M. E., Hartley, T. A., Mnatsakanova, A., & Burchfiel, C. M. (2009). Suicide in police work: Exploring potential contributing influences. *American Journal of Criminal Justice: AJCJ*, 34(1-2), 41-53. <https://doi.org/10.1007/s12103-008-9049-8>
- Violanti, J. M., Owens, S. L., McCanlies, E., Fekedulegn, D., & Andrew, M. E. (2019). Law enforcement suicide: a review. *Policing: An International Journal*, 42(2), 141-164. <https://doi.org/10.1108/PIJPSM-05-2017-0061>
- Waters, J.A. & Ussery, W. (2007). Police stress: history, contributing factors, symptoms, and interventions. *Policing: An International Journal*, 30(2), 169-188. <https://doi.org/10.1108/13639510710753199>
- Webster, J. H. (2013). Police officer perceptions of occupational stress: the state of the art. *Policing: An International Journal*, 36(3), 636-652. <https://doi.org/10.1108/PIJPSM-03-2013-0021>