



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS
HUMANAS Y SOCIALES

Suicidio: Estrategias de Prevención e Intervención

Autora: Paula Valdemoros Gómez

Directora: Isabel Espinar Fellmann

Madrid

2018/2019

<u>ABSTRACT</u>	<u>2</u>
<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>3</u>
<u>CONOCIMIENTOS ACTUALES</u>	<u>5</u>
LA CONDUCTA SUICIDA	5
FACTORES DE RIESGO	6
FACTORES DISTALES	6
FACTORES PROXIMALES	10
FACTORES DE PROTECCIÓN	12
FACTORES INTERNOS	12
FACTORES EXTERNOS	13
<u>RESULTADOS</u>	<u>13</u>
TRAYECTORIA AL SUICIDIO	13
IDEACIÓN SUICIDA	14
AUTOLESIONES	16
CRISIS SUICIDA	17
TENTATIVAS SUICIDAS	17
SUICIDIO CONSUMADO	19
ÉTICA DE PREVENIR EL SUICIDIO	20
<u>CONCLUSIÓN</u>	<u>21</u>
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	<u>24</u>

RESUMEN

El suicidio constituye una de las causas de muerte más frecuentes, ya sea en España, como alrededor del mundo, sin embargo, dada la estigmatización que rodea este fenómeno y su consiguiente falta de difusión, existen muy pocas intervenciones conocidas que asistan a prevenir que se lleve a cabo. Mediante una recopilación de los factores de riesgo y protección, tanto proximales, como distales, se buscan las formas en las que se pueda intervenir en las diversas conductas suicida, distinguibles en ideación suicida, autolesiones, crisis suicidas, tentativas de suicidio y suicidio consumado. A raíz de esta exploración, se espera poder formar a profesionales e informar a la población en general al respecto, con el objetivo de reducir el índice de suicidios a nivel mundial. También, se delibera sobre la posibilidad de un suicidio racional, especulando si hay situaciones en las que sería ético no intervenir.

Palabras clave: suicidio, prevención, factores de riesgo, estigma, ética.

ABSTRACT

Suicide is one of the leading causes of death in Spain and around the world, however, given the stigma surrounding this issue, and its subsequent lack of dissemination, there are very few known interventions that can help prevent it from being carried out. Through a compilation of risk and protective factors, be they distal or proximal, we look for different ways in which we can intervene in a variety of suicidal behaviours, which we can distinguish as ideation, self-harm, crises, attempts and completed suicide. As a result of this examination, we hope to be able to train health professionals and inform the general population of our results, with the aim of reducing the number of suicides worldwide. Additionally, we deliberate over the existence of a rational suicide, speculating whether there are situations in which not intervening would be more ethical.

Key words: suicide, prevention, risk factors, stigma, ethics.

INTRODUCCIÓN

“Ambos tú y yo sabemos lo que voy a hacer algún día”. Estas fueron las últimas palabras que le comentó el afamado escritor, Ernest Hemingway, a su médico, antes de darse de baja de la Clínica Mayo, dos días antes de suicidarse (Saddock, 2012). El 2 de julio de 1961, en las primeras horas de la mañana, bajó al sótano, donde guardaba sus pistolas, eligió una escopeta de doble cañón, y la utilizó por última vez en la entrada principal del vestíbulo de su casa. Tras su muerte, se han analizado retrospectivamente varias de sus obras, en las que hizo referencia a las ideas suicidas que mantenía, y se conoce que incluso había escrito cartas a amigos acerca de sus sentimientos con respecto al suicidio, explicando en una que “[había] entendido por primera vez cómo los hombres pueden suicidarse simplemente porque hay muchas cosas en el negocio que se acumulan delante de ellos que no pueden superar” (Hays, 1995). Todo lo anterior proporciona claros indicios de que estaba experimentando ideación suicida, la primera fase en la trayectoria al suicidio.

En su obra epónima, Durkheim (1897) definió el *suicidio* como “la muerte que resulta directa o indirectamente de una actuación... por la misma víctima, sabiendo que producirá este resultado”, y se estima que, cada año, alrededor de 800.000 personas logran llevarlo a cabo (OMS, 2018). Además, en España, según las estadísticas más recientes, se calcula que más de 3.600 personas se suicidan cada año, de las cuales, alrededor del 75% representan al colectivo masculino (Instituto Nacional de Estadística, 2018). Es importante destacar que este número duplica al de víctimas mortales en carreteras y que, sin embargo, no se designan tantos recursos a intentar prevenir estas muertes. Esto se atribuye, sobre todo, a su estigmatización en muchas sociedades y, por tanto, la reticencia de muchos a “examinarlo abiertamente”. (OMS, 2018).

La importancia de intentar prevenir el suicidio se debe, además, a que, tiene irrefutables repercusiones a nivel familiar y social. Esto se ilustra en un estudio, que reivindica que aproximadamente 115 personas se ven impactadas al ser expuestas al suicidio de un prójimo (Cerel et al. 2016), dado, en parte, por su carácter inesperado y repentino (Pompili et al. 2013), lo cual, también, puede estar asociado al estigma que rodea hablar del suicidio.

En concreto, varios estudios están de acuerdo en que el proceso de duelo es particularmente difícil cuando se trata de la muerte de un familiar (Osterweis, Solomon y Green, 1989). Esto se debe a las reacciones de culpabilidad, rechazo y enfado, que dificultan el transcurso del duelo (Cain, 1972), siendo la cercanía con el fallecido también un factor a tener en cuenta (McNiel, Hatcher y Reubin, 1988). Además, se debe poner énfasis sobre el hecho de que el conflicto de muchos familiares de víctimas de suicidio se basa en un impedimento para entender la motivación del comportamiento del fallecido. Esto dicho, la dificultad que supone entrevistar a estos supervivientes puede afectar a la fiabilidad de los resultados (Lindqvist, Johansson y Karlsson, 2008).

Además de proporcionar asistencia dentro del núcleo social del sujeto, se debe acentuar el hecho de que, tanto, los amigos cercanos, como los miembros más distantes dentro de una comunidad, pueden verse afectados por la muerte de un individuo (Tal Young et al. 2012). Esto se debe a que la consideración del suicidio como una muerte auto-inducida y, por tanto, “evitable”, implica que el duelo sea más difícil de llevar a cabo. De nuevo, la estigmatización del suicidio, y consecuente resistencia a dialogar sobre ello, obstaculiza aún más la elaboración del duelo.

Por otro lado, para resaltar la importancia de prevenir el suicidio, a menudo se exponen los chocantes y elevados costes económicos que suponen lidiar con ello (Yang y Lester, 2007), teniendo en cuenta todos los recursos invertidos en administrar la muerte de un individuo. Esto se debe a que, para cada suicidio, se han de pagar los costes de los servicios sanitarios, la policía y el equipo forense, además del equipo de apoyo para los conocidos de la víctima (Doran y Kinchin, 2017). Esta ayuda proporcionada a los supervivientes del suicidio se denomina *postvención*, término que hace referencia a la gran importancia, tras un suicidio, de prevenir que la conducta suicida se reproduzca.

Este efecto de reproducción suicida, designado *copycat*, se ha observado tras los suicidios de personas célebres, como Marilyn Monroe en 1962 y Kurt Cobain en 1994 (Hamilton, 2016). No obstante, se demostró, por primera vez, después de la publicación, en 1774, de la obra *Las Penas del Joven Werther* de Goethe, a la que se le atribuye la pandemia de suicidios que hubo en Estados Unidos durante el mes siguiente (Philips, 2010). Además, este fenómeno se ha hecho aparente con la génesis y utilización masiva de internet, donde la disponibilidad de una multitud de recursos, puede facilitar la muerte en las tentativas

de suicidio, haciéndolo un elemento contribuidor al aumento del índice de muertes auto-inducidas (Biddle, Donovan, Hawton, Kapur y Gunnell, 2008).

Para evitar estas consecuencias tan aversivas para la sociedad y para cada uno de sus miembros individualmente, es imprescindible conocer los distintos tipos de suicidio y así, poder deducir la forma en la que se puede proceder a intervenir en el caso de cada uno. Asimismo, resulta importante evaluar la fase en la que se encuentra el individuo en la trayectoria al suicidio, e indagar sobre los factores que interactúan para llevar a ello, para poder intervenir adecuadamente en la conducta.

CONOCIMIENTOS ACTUALES

LA CONDUCTA SUICIDA

Aunque los intentos de suicidio pueden, en ocasión, ocurrir impulsivamente, se considera que la cantidad de planificación es un componente relacionado directamente con el riesgo suicida (Jacobs et al. 2010). Esto se debe a que en la conceptualización del suicidio como un continuo, la ideación suicida se considera la forma menos severa, seguida por la autolesión, las crisis suicidas y las tentativas de suicidio, realizándose la planificación, sobre todo, en la fase de crisis.

En concreto, la ideación suicida se define como tener deseos sobre suicidarse, sin haber realizado un intento (Beck, Kovacs y Weissman, 1979). A pesar de ser de gran importancia a la hora de poder identificar la volición autolítica de forma anticipada, es un concepto poco investigado (Casey et al. 2008), quizás por su carácter clandestino, o por la dificultad que supone estudiarlo (Klonsky, May y Saffer, 2016). Sin embargo, algunos autores consideran que la ideación suicida puede aparecer en cualquier individuo si se dan los factores de riesgo indicados (Horowitz et al. 2014; O'Reilly, Kiyimba y Karim, 2016), por lo que sería de interés realizar más investigaciones al respecto, para poder determinar el riesgo de cada individuo.

A su vez, existe la autolesión que, también, tiene una escasa bibliografía, y que puede tener implicaciones y necesidades de intervención distintas en función de la presencia o ausencia de intencionalidad suicida (Klonsky, 2007). Esto se debe a que es común la autolesión sin propósitos autolíticos, y es importante diferenciarla de la que pudiera progresar a intentos más arriesgados. Esta conducta tampoco suele reportarse por causa

del estigma afiliado, por lo que es difícil distinguir entre las personas que desarrollan la *autolesión no-suicida*, en la cual no existe ideación o intencionalidad suicida, y los que llevan a cabo conductas suicidas intencionales (Klonsky, Victor y Saffer, 2014). En el segundo caso, la conducta puede ser seguida por una crisis suicida, en la que se elabora un plan para llevar a cabo el suicidio. Esta fase es mucho más severa que las anteriores, por lo que resulta esencial tomar las medidas oportunas para que no se ejecute (Rocamora Bonilla, 2012).

Según un estudio de Isometsä y Lönnqvist (1998), el 56% de las primeras tentativas de suicidio, ya sean, con o sin planificación anterior, resultan en la muerte, sin embargo, muchas personas hacen más intentos, incluso llevando a cambiar de método para llevar al suicidio completado. Por esto, resulta imprescindible intervenir rápidamente si se observa otra conducta suicida anteriormente.

FACTORES DE RIESGO

El suicidio es un fenómeno multifactorial que, según el modelo de estrés-diátesis de Rubinstein (1986) está causado por la interacción de dos tipos de factores que influyen en la probabilidad de que una persona decida suicidarse. Los distales operan de forma indirecta, predisponiendo al individuo a realizar este comportamiento, y los proximales, interactúan de forma directa con el sujeto. Podemos destacar, por un lado, el énfasis que tienen la genética, las características personales, las circunstancias prenatales y perinatales, las experiencias traumáticas tempranas, y las alteraciones neurobiológicas sobre la diátesis de un individuo, y por otro, el efecto más adyacente de los estresores como, trastornos físicos y psiquiátricos, crisis psicosociales, la exposición a modelos y la disponibilidad de medios, sobre el hecho de que un individuo decida, finalmente, llevar a cabo esta conducta (Hawton y van Heeringen, 2009).

FACTORES DISTALES

PESO GENÉTICO

En un auge de interés por las bases genéticas, se han desarrollado múltiples estudios, tanto de familia, como de gemelos y de adopción, con el objetivo de descubrir la fisiopatología del suicidio (Zai et al. 2012). Los estudios de familia se diseñan para explorar la forma en la que el suicidio se impregna en una familia, comparando las familias afectadas por

suicidio con las que no lo han sido. En concreto, existen dos tipos de estudios: de arriba a abajo, que evalúan a los padres y hermanos del sujeto, y de abajo a arriba, valorando a los hijos del sujeto para ver si ocurre una transmisión familiar (Brent, 1996).

Varios estudios han demostrado que el comportamiento suicida es más frecuente en los familiares de individuos que se han suicidado (Brent, 1996; Johnson, Brent, Bridge y Connolly, 2010), sin embargo, se debe comprobar si esto se debe a un factor genético que puedan poseer los dos, o si uno o varios aspectos familiares pueden haber causado este comportamiento. Para hacer esto, se desarrollan estudios de gemelos y de adopción para poder discernir la forma en la que afecta el medioambiente a la elaboración de conductas suicida.

Los estudios de gemelos valoran la medida en la que los factores genéticos y medioambientales pueden influir sobre un fenotipo. En este caso, investigan el riesgo de que un individuo realice conductas suicidas en el caso de que su gemelo se haya suicidado. Para calcular el peso genético y medioambiental, se utilizan tanto gemelos monocigóticos, quienes tienen el mismo perfil genético, como dicigóticos, quienes comparten el 50% de su ADN, teniendo en cuenta que el entorno es similar para ambos gemelos (Zai et al. 2012). Según un estudio de McGuffin et al. (2010), la diferencia entre los monocigóticos y los dicigóticos respecto a la conducta suicida es significativa, fundado en que la heredabilidad de este comportamiento se ha conjeturado como equivalente al 43%.

Por último, los estudios de adopción pretenden demostrar el efecto del entorno sobre la conducta suicida. Sin embargo, dado el estigma que existe alrededor de esta conducta, es muy difícil encontrar individuos y familiares, tanto adoptivos, como biológicos, que quieran participar en estos estudios, y esto resulta en que el número de estudios de adopción sobre el suicidio sea muy reducido (Zai et al. 2012). De las investigaciones que se han realizado, podemos destacar un estudio de Schulsinger, Kety, Rosenthal y Wender (1979), donde se compararon 57 sujetos adoptados que se habían suicidado con 57 que no tenían ningún historial de conducta suicida. Indagando sobre 269 familiares biológicos de los primeros, podemos ver que 12 de ellos se habían suicidado, cuando en sus familias adoptivas, ningún individuo había sido llevado a cabo esta conducta. Además, únicamente 2 de los familiares del grupo control se habían suicidado. Estos resultados aluden a que existe un componente genético en el suicidio, sin embargo, dado que los

estudios al respecto son escasos, habría que investigar más a fondo para comprobar que los resultados son fiables.

CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Para valorar el efecto que tiene la personalidad sobre la posibilidad de desarrollar una conducta suicida, se han empleado varios modelos de personalidad que disciernen entre distintas características personales. Un estudio reciente empleó el Modelo de los Cinco Grandes con el objetivo de comprobar si las variables de personalidad (extraversión, neuroticismo, apertura a la experiencia, responsabilidad y afabilidad) son factores incitadores de la mortalidad suicida (Batty et al. 2018). Según este estudio, la impulsividad y la hostilidad, características de personas neuróticas, están asociadas a un mayor riesgo suicida, mientras que las personas más empáticas y cooperativas, con puntuaciones altas en afabilidad, generalmente tienen un menor riesgo.

Sin embargo, otros estudios no apoyan estos argumentos. Por ejemplo, una publicación de McCann (2010) expone que los rasgos de afabilidad y neuroticismo están asociados a un menor riesgo de suicidio, mientras que Blüml et al. (2013), indican que, de estos factores, los más efectivos para prevenir el suicidio son la extraversión y la responsabilidad. La falta de unanimidad, en general, en estos estudios nos dificulta la capacidad para ver qué rasgos influyen realmente en la predisposición de un individuo, si es que los hay.

CIRCUNSTANCIAS PRENATALES Y PERINATALES

A diferencia del factor anterior, varios estudios están de acuerdo en que las circunstancias pre y perinatales, que hacen referencia a las condiciones antes y durante el nacimiento de un individuo, tienen un efecto sobre la tendencia al suicidio. Estos estudios asocian los factores perinatales, como un peso de nacimiento reducido, una edad maternal más joven y un orden de nacimiento más alto, a un riesgo de suicidio más alto (Jokinen, 2014; Riordan, Selvaraj, Stark, y Gilbert, 2006). A su vez, existen pruebas de que el estrés maternal prenatal puede afectar el desarrollo psicológico de un individuo (Glover y O'Connor, 2002), lo cual podría influir en su predisposición a suicidarse.

EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS TEMPRANAS

Ilustrando de forma adicional el importante efecto que tiene la infancia sobre la diátesis de un individuo, las experiencias traumáticas tempranas, también han sido demostradas como factores de riesgo para el suicidio. Greenwald (2007) define el trauma como “un evento horrible que va más allá del alcance de la experiencia humana normal”. Dentro de esta categoría, podemos encontrar acontecimientos como la negligencia, el abuso sexual y físico, la violencia, el terrorismo, y los desastres naturales, entre otros.

Múltiples estudios han hecho referencia a la significativa relación entre la presencia de un acontecimiento desfavorable durante la infancia y la existencia de la conducta suicida posteriormente (Dube, Anda, Felitti, Chapman y Giles, 2001; Bruffaerts, Demyttenaere, Borges, et al. 2010). En concreto, los abusos físicos y sexuales, durante esta época, aumentan considerablemente el riesgo de que, no solo aparezca el comportamiento, sino que se consolide (Bahk, Jang, Choi y Lee, 2017). Esto se debe, sobre todo, por las secuelas psicológicas asociadas al trauma (Neumann, Houskamp, Pollock y Briere, 1996). Además, un estudio demostró que la ansiedad causada por la experiencia traumática actúa de intermediario causante de la conducta suicida (Bahk, Jang, Choi y Lee, 2017).

ALTERACIONES NEUROBIOLÓGICAS

Se han desarrollado varios estudios con el objetivo de descifrar si existen diferencias cerebrales a nivel neurobiológico entre los individuos que llevan a cabo conductas suicidas y los que no (Cox Lippard, Johnston y Blumberg, 2014). Las resonancias nos permiten obtener una primera imagen de estas diferencias (Dajas, 2016). Un estudio reciente logró demostrar discrepancias en el volumen del área ventromedial de la corteza prefrontal entre individuos que habían tenido tentativas previas, pacientes con depresión, y controles (Ding et al. 2015). Sin embargo, aún se han de realizar más estudios para comprobar si existen otras diferencias entre las estructuras cerebrales de los individuos con predisposición suicida y los que no.

Además, con respecto a la neurotransmisión cerebral, varios estudios demuestran que las alteraciones en los sistemas serotoninérgico, noradrenérgico y dopaminérgico tienen un gran efecto sobre una plétora de dimensiones psicológicas (Cox Lippard, Johnston y Blumberg, 2014; Dajas, 2016), lo cual puede influir en la predisposición del individuo al suicidio.

FACTORES PROXIMALES

TRASTORNOS FÍSICOS

Los estudios sobre la relación de los trastornos físicos y el suicidio demuestran una gran cantidad de trastornos asociados de forma significativa a la conducta suicida. Entre estos, podemos destacar el daño cerebral traumático y el SIDA como trastornos que aumentan la probabilidad del suicidio de forma significativa (Ahmedani et al. 2017). Además, según un estudio, donde los trastornos psiquiátricos son causantes de uno de cada tres suicidios, un suicidio de cada cinco se debe a un trastorno físico (Fegg, Kraus, Graw y Bausewein, 2016). Se destacan el cáncer, la epilepsia, el dolor crónico, y las enfermedades del corazón y los pulmones (Webb et al. 2012).

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

De forma semejante a los trastornos físicos, se ha mostrado una alta asociación entre los trastornos psiquiátricos y la conducta suicida. Debemos destacar que, aproximadamente, el 90% de las personas que mueren por suicidio “cumplen el criterio para ser diagnosticados con algún tipo de trastorno psiquiátrico, al menos durante sus últimos 6 meses de vida” (Arsenault-Lapierre, Kim y Turecki, 2004). Los trastornos que más se asocian a esta conducta son los trastornos del estado del ánimo, seguidos por los de abuso de sustancias, y la esquizofrenia. Además, se calcula que más de la mitad de los individuos que mueren por suicidio padecen de depresión (Cavanagh, Carson, Sharpe y Lawrie, 2003). La disminución del interés y de la capacidad para el placer, y los pensamientos recurrentes de muerte, son algunos de los criterios del trastorno de depresión mayor que más se asocian al riesgo suicida (American Psychiatric Association, 2013).

CRISIS PSICOSOCIALES

Otro posible estresor es la crisis psicosocial, que se define como una situación grave causada por el ambiente social del individuo. Dado que, en ocasiones, actúan en conjunto con los trastornos psiquiátricos, es muy difícil diferenciar su impacto (van Heeringen, 2012). A pesar de esta relación, hay que tener en cuenta este factor a la hora de valorar el riesgo de suicidio, puesto que puede influir en que se lleve a cabo y no siempre actúan de forma sincrónica (Gould, Fisher, Parides, Flory y Shaffer, 1996). Se calcula que, sobre todo, las situaciones que más afectan son los problemas escolares, los problemas de

comunicación con los padres, los sucesos vitales estresantes y una historia familiar de conducta suicida.

EXPOSICIÓN A MODELOS

En las últimas dos décadas se ha recalcado el hecho de que la historia familiar de conducta suicida puede influir en su propagación en individuos vulnerables, ya que proporciona la posibilidad de imitación o modelado (Burke et al. 2010). A medida que se intenta dialogar sobre el suicidio, para intentar abarcarlo, se destaca la necesidad de intentar determinar quiénes son susceptibles a la conducta suicida y cómo la exposición a modelos afecta a los que lo experimentan (Cerel et al. 2016). Podemos acentuar, por ejemplo, la existencia de los llamados *clusters* suicidas, donde en un tiempo o ubicación determinado, hay un alto número de suicidios (Mercy et al. 2001), por el hecho de que las personas que realizan estas conductas se conocen entre ellos, o tienen conocimiento de la conducta por pertenecer a la misma comunidad. Antón-San-Martín et al. (2013) destacan además que la historia de suicidios en la familia es uno de los indicadores más importantes de su propagación.

DISPONIBILIDAD DE MEDIOS

Relacionado a esto está la disponibilidad de medios letales, el cual es un factor de riesgo significativo a la hora de llevar la ideación suicida a realización. Según una multitud de estudios, la fácil accesibilidad a instrumentos que permiten quitarse la vida, ya sean pistolas, drogas, explosivos u otros, implican que sea más probable que esta conducta se lleve a cabo (Ajdacic-Gross et al. 2008; Miller y Hemenway, 2008; Sarchiapone, Mandelli, Iosue, Andrisano, y Roy, 2011). Por ejemplo, en países como Estados Unidos, donde es legal portar armas, los suicidios pueden consumarse más fácilmente, ya que el acceso fácil a pistolas y el aumentado riesgo de fatalidad cuando se utiliza este medio implica que “rara vez ofrece una segunda oportunidad” (Miller y Hemenway, 2008).

FACTORES DE PROTECCIÓN

FACTORES INTERNOS

APOYO PERCIBIDO

Varios autores ponen de manifiesto el efecto directo que tienen los sucesos vitales estresantes sobre la depresión (Barrón López de Roda y Chacón Fuertes, 1990). No obstante, el apoyo social percibido, un constructo formado por la existencia de redes sociales y el tipo de apoyo ofrecido (Dean, 1986), contribuye a reducir este malestar psicológico, disminuyendo su posibilidad de desarrollar ideación suicida dado el dolor que causa este malestar (Kleiman y Liu, 2013).

GESTIONABILIDAD DE CONFLICTOS

De forma semejante, una buena habilidad para gestionar conflictos puede dotar a un individuo de la capacidad para reducir su propio malestar. En concreto, las personas ponen en marcha estrategias de afrontamiento con el objetivo de hacer frente a estas situaciones (Amarís Macías, Madariaga Orozco, Valle Amarís y Zambrano, 2013). Lazarus y Folkman (1986) delinear dos estilos de afrontamiento, centrados en el problema o centrados en la emoción. Sin embargo, la adaptabilidad del tipo de afrontamiento elegido y consiguiente efecto positivo o negativo sobre el conflicto depende de las circunstancias de la situación. Una incapacidad para gestionar el propio malestar, independiente del estilo utilizado, puede llevar a un mayor riesgo para padecer trastornos mentales, los cuales están vinculados con la conducta suicida.

AUTOESTIMA

La autoestima es un constructo psicológico que tiene una correlación indirecta con la ideación suicida (Molina Gámez, Gutiérrez Gámez y Oviedo Noreña, 2011), lo que quiere decir que, a más elevada la autoestima de un individuo, menor es el riesgo que desarrolle conductas autolíticas. Además, otro estudio clasifica la autoestima como un factor protector contra la depresión, haciendo poco factible que las personas con una autoestima superior desarrollen depresión y, consiguientemente, ideas suicidas (Augusto Ceballos-Ospino et al. 2014).

FACTORES EXTERNOS

RECURSOS DE SALUD MENTAL

Dado el vínculo entre los trastornos mentales y la conducta suicida, se destaca la importancia de los recursos de salud mental para tratar los trastornos que pueden llevar a ello. Además de reducir el dolor de las personas con trastornos mentales, al prevenir la conducta suicida, es beneficioso a nivel económico, ya que resulta más fácil prevenir que la conducta se lleva a cabo, que intervenir cuando la persona ya tiene intenciones autolíticas (OMS, 2003).

FAMILIA

La cohesión y la adaptabilidad familiar son dos factores que disminuyen el riesgo de que un miembro de la familia realice conductas suicidas (Compton, Thompson y Kaslow, 2005). Esto puede estar relacionado con el hecho de que las familias de este tipo suelen proporcionar más apoyo a sus miembros (Rodick, Henggeler y Hanson, 1986), lo cual está relacionado con el apoyo percibido por un individuo, otro factor de protección para el suicidio.

RESULTADOS

TRAYECTORIA AL SUICIDIO

En la mayoría de los casos, tras la ideación inicial, existe un período de acrecimiento en la fuerza de estos pensamientos hasta llegar a la tentativa de suicidio, que puede ser, o no, consumada. Este proceso se expone en la *Teoría de los Tres Pasos* (Klonsky y May, 2015), que postula que la conducta suicida se debe concebir como una trayectoria de ideación a acción, donde una serie de sucesos concurren para causar el suicidio. Según esta teoría, el dolor y la desesperanza inducen al individuo a concebir una ideación suicida, la falta de conectividad a que este deseo aumente, y la capacidad suicida suele ser la que decreta si la persona lleva a cabo, o no, una tentativa de suicidio (Joiner, 2005). No obstante, el hecho de que el índice de suicidios sea reducido en comparación con los individuos que experimentan ideación nos señala que no toda persona con deseos de suicidarse sigue la trayectoria hasta la muerte auto-inducida (Hawton, Saunders y O'Connor, 2012).

Al inicio, la existencia de dolor, ya sea dolor físico (Ratcliffe et al. 2008), aislamiento social (Durkheim, 1897), autopercepción negativa (Baumeister, 1990) u otra experiencia que sobrepase el umbral de sufrimiento subjetivo de la persona, combinada con la desesperación, o el pensamiento de que este dolor persistirá para siempre, puede conducir a la aparición de la ideación suicida. A su vez, en el segundo paso de la teoría, el incremento en la severidad de la ideación del sujeto, pasando de ideación moderada a ideación fuerte, se rige por un sentimiento de conectividad, donde cuanto más desconectado se siente el sujeto, más fuerte es su ideación suicida (Klonsky y May, 2015).

Por último, las tentativas de suicidio van a ser guiadas por la capacidad para actuar. Según Joiner (2005), “los seres humanos están hechos para evitar el dolor, las lesiones y la muerte, por lo que incluso a un individuo con una fuerte ideación suicida le va a resultar muy difícil intentarlo”. Klonsky y May (2015) ampliaron sobre esto, dictando que los factores de riesgo que predisponen a un individuo a suicidarse contribuyen en este componente, facilitando que el sujeto disponga de la capacidad para llevar a cabo el suicidio.

Las diferentes fases y diversos factores predisponentes, de orígenes psicológicos, sociales o ambientales (Schwartz-Lifshitz, Zalsman, Giner y Oquendo, 2012) hacen que el tratamiento de la conducta suicida sea complejo y que, aunque una intervención en crisis suicida sea beneficiosa para un individuo, pueda no serlo para otro.

IDEACIÓN SUICIDA

Dado que la ideación suicida puede aparecer en cualquier individuo cuando se dan las circunstancias procedentes, es importante dirigir la intervención a la población general. Se da especial importancia a la educación para concienciar a las personas acerca de los factores de riesgo y las causas que pueden llevar al suicidio, con la esperanza de que no se considere como un fenómeno inevitable o un medio para solucionar los problemas vitales (Mann et al. 2005).

También, se destaca el beneficio de los médicos de atención primaria y guardianes de la comunidad (Mann et al. 2005). En el caso de los primeros, es imprescindible que los médicos estén entrenados para reconocer síntomas suicidas y para evaluar el riesgo suicida en sus pacientes. Esto se puede realizar a través de un *cribado*, ya que permite identificar a los individuos que están en riesgo, para consiguientemente, tratar sus

síntomas. A su vez, los *guardianes de la comunidad* tienen una gran capacidad para reconocer a estos individuos, ya que, dentro de una determinada comunidad, tienen contacto con muchas personas. Cuando observan a un individuo que posee esta sintomatología, su trabajo consiste en derivarla al tratamiento adecuado (Burnette, Ramchand y Ayer, 2015).

A la hora de evaluar el componente inicial de la teoría de Klonsky y May (2015), es conveniente emplear la Escala de Ideación Suicida de Beck (Beck, Kovacs y Weissman, 1979), la cual dispone de 19 ítems, a valorar de forma clínica, y mide la intensidad, duración y especificidad de la conducta suicida (Grimholt, Jacobsen, Haavet y Ekeberg, 2017).

Según Beck, la desesperanza es una serie de esquemas cognitivos sobre expectativas negativas del futuro, y estos ítems se dirigen, además, a varias nociones y actitudes acerca del suicidio, como las ganas de vivir, el control sobre el deseo de morir y la capacidad para llevar a cabo el suicidio. Se puede diferenciar a los individuos con deseo suicida activo de los que tienen una ideación pasiva, puesto que los primeros ya tienen intenciones y un plan específico para morir (May, Overholser, Ridley y Raymond, 2015). Por ello, la escala dicta que, si se valora que el deseo suicida está activo en el individuo, no se le debe preguntar sobre sus actitudes y planes específicos (Grimholt, Jacobsen, Haavet y Ekeberg, 2017).

Después de analizar la ideación del sujeto y en función del grado de severidad de la ideación, Rocamora Bonilla (2012) indica que se debe intervenir lo antes posible, por la rapidez y ambigüedad con la que la ideación puede convertirse en acción y para evitar que esta conducta desencadene comportamientos más graves.

Cuando la ideación aparece como síntoma de un trastorno psiquiátrico, conviene proceder con el tratamiento psicofarmacológico procedente. Esta conducta se destaca sobre todo en los trastornos de ansiedad (Bomyea et al. 2015), en los trastornos del estado de ánimo (Fagiolini et al. 2004; Siabato Macías, Forero Mendoza y Salamanca Camargo, 2017), en la esquizofrenia (Hacaoglu y Babuc, 2009), y en el alcoholismo (Rocamora Bonilla, 2012), por lo que es importante administrar el medicamento adecuado en cada caso, en función del trastorno concreto y de la gravedad de los síntomas. Asimismo, dada la volatilidad de esta conducta, es imprescindible que la dosificación del medicamento sea

adecuada y que el profesional de la salud que lo prescribe se asegure periódicamente de que haya una adherencia al tratamiento (Bruce et al. 2004). Además, se debe intentar trabajar las ideas suicidas, intentando buscar alternativas a la actuación sobre ellas (Rocamora Bonilla, 2012).

AUTOLESIONES

Como se ha mencionado con anterioridad, las autolesiones no siempre tienen el propósito de la autolisis, soliendo ser la intención, en lugar de esto, obtener algo a cambio, como aliviar una situación difícil, o comunicar que se necesita ayuda o apoyo (Hjelmeland et al. 2002). A parte de la intencionalidad, las autolesiones, que tienen una subyacente ideación suicida, difieren de las que no en que el método y el daño producido es más letal, y el nivel de dolor emocional que lleva a esta conducta es mucho mayor, mientras que la conducta ocurre de forma menos frecuente. Además, en individuos con intenciones suicidas, la alta intensidad de constricción cognitiva implica que sólo sean capaces de pensar “en blanco y negro”, de forma rígida, lo cual afecta a su percepción de la realidad (Whitlock, Minton, Babington y Ernhout, 2015).

Es conveniente proporcionar apoyo terapéutico en el caso de las autolesiones, haya intencionalidad suicida o no, para prevenir que la letalidad de la conducta aumente y para tratar el dolor que sustenta esta conducta.

A su vez, conviene combinar el tratamiento psicofarmacológico con el psicoterapéutico en los casos de personas con enfermedades mentales asociadas. Por ejemplo, en el caso del trastorno límite de personalidad, que incorpora la conducta suicida como uno de sus criterios de diagnóstico (American Psychiatric Association, 2013), se subraya la eficacia (Burgal Juanmartí y Pérez Lizeretti, 2017) de la terapia dialéctica conductual, que sirve, en especial, para tratar los síntomas de impulsividad e inestabilidad (De la Vega y Sánchez Quintero, 2013) que causa la enfermedad, y la terapia basada en la mentalización, que ayuda al sujeto a entender tanto a los demás como a sí mismo (Sánchez Quintero y De la Vega, 2013).

Dado el carácter furtivo de estas conductas y la resultante dificultad para identificarlas antes de que ocurran, es importante promover la búsqueda de apoyo terapéutico. Mientras que unos consideran que desestigmatizar el suicidio puede llevar a que se hable más abiertamente de ello y a que las personas que experimentan ideación suicida sean más

proclives a solicitar asistencia psicológica y social (Mann et al. 2005; Schomerus y Angermeyer, 2008), otros plantean que, aunque se debería intentar reducir el estigma de las enfermedades mentales, esto no debería ocurrir con respecto a la conducta suicida, ya que puede llevar a que se normalice (Shaffer, 2004, como se citó en Sudak, Maxim y Carpenter, 2008).

A diferencia de estos, Golberstein, Elsenberg y Gollust (2008) mantienen que lo que realmente influye en la inclinación de un individuo a buscar ayuda para resolver problemas con carácter de salud mental no es el estigma público percibido, sino el estigma personal del sujeto en cuestión, lo cual se espera que ocurrirá con la normalización en nuestra sociedad del tratamiento psicoterapéutico.

CRISIS SUICIDAS

La crisis suicida se entiende como un evento, limitado en el tiempo, que señala un riesgo inmediato de suicidio (Hendin, Maltzberger, Lipschitz, Haas y Kyle, 2001), por lo que es imprescindible actuar con urgencia para prevenir que este acto se lleve a cabo. Ya sea en pacientes internos como en individuos que no acuden a tratamiento psicológico, es muy importante reconocer esta manifestación de intención suicida. Cuando un sujeto se encuentra en estas circunstancias, se plantean tres objetivos: evitar la muerte, restablecer el equilibrio anterior y tras confirmar que ya no supone un peligro para sí mismo, realizar un seguimiento mediante un tratamiento psicoterapéutico. Para prevenir que los planes se lleven a cabo, se puede intervenir, por ejemplo, mediante un internamiento, un compromiso familiar de control, o un tratamiento farmacológico (Rocamora Bonilla, 2012).

TENTATIVAS DE SUICIDIO

Cuando los planes de suicidio se llevan a cabo, pueden resultar en un suicidio consumado o en una tentativa de suicidio, también denominada suicidio frustrado. En el caso del segundo, el suicidio no se logra llevar a cabo por la inexperiencia del sujeto con el método elegido, por la rapidez de intervención de terceros, o sencillamente, por azar (Spirito y Donaldson, 1998).

Dada la cantidad de información disponible en internet que permite aprender sobre los diferentes medios existentes para llevar a cabo un suicidio, no es de extrañar que el índice

de muertes autolíticas haya aumentado en los últimos años (Marchant et al. 2018), pudiendo estos conocimientos incrementar la probabilidad de que una tentativa sea exitosa.

Además, la dificultad asociada a identificar sujetos con intenciones suicidas, por la reticencia de algunos de buscar ayuda, implica que el abordaje, en parte, se realice enfocada a la sociedad en general. Podemos destacar la restricción de medios, para cambiar el contexto del posible suicidio, y no acceder a que se utilice un medio de alto riesgo suicida. Por ejemplo, en algunos países, se retira el monóxido de carbono del gas doméstico o se prohíbe la venta de pesticidas letales en el mercado (Yip et al. 2012).

La prevención *secundaria* busca reducir el riesgo de un intento suicida (Ganz, Braquehais y Sher, 2010), siendo esencial, además de prevenir el intento determinado, lograr que el sujeto en cuestión reciba el tratamiento adecuado, para prevenir que el suicidio se logre consumir en intentos posteriores. Para esto, es importante potenciar los factores de protección, mediante una intervención terapéutica que le permita aprender a gestionar sus conflictos, sentirse apoyado y manejar el dolor, desesperanza y falta de conectividad que le lleva a querer atentar contra su vida.

En términos psicofarmacológicos, se puede destacar la administración del litio, pudiéndose ver su efecto especialmente en personas con trastorno bipolar o depresión (Saunders y Hawton, 2009), no sólo por su efecto estabilizante del humor, sino también porque posee un efecto protector contra las tentativas de suicidio incluso cuando la estabilización de humor no se produce (Lewitzka et al. 2015). Sin embargo, hay que tener especial cuidado puesto que tiene un margen terapéutico muy estrecho, lo que implica que una sobredosis de litio pueda ser letal, por lo que se podría estar potenciando el suicidio en estos sujetos (Domínguez Ortega, Medina Ortiz y Cabrera García-Armenter, 2006). Como los trastornos psiquiátricos son un factor común en la conducta suicida (Lee y Kim, 2010), resulta imprescindible combinar este tratamiento con uno psicoterapéutico para prevenir la conducta suicida a largo plazo (Mann et al. 2005).

Asimismo, la terapia electroconvulsiva se valora en las situaciones en las que el sujeto no responde a otros tratamientos, por lo que hay un riesgo elevado de que el suicidio se lleve a cabo, ya que, a diferencia del tratamiento farmacológico, la respuesta a este tratamiento suele ser rápida (Ayuso-Mateos et al. 2012).

SUICIDIO CONSUMADO

POSTVENCIÓN

Según Edwin Shneidman (1975), el fundador de la suicidología americana, la *postvención* es la forma directa de prevenir suicidios futuros. Esta actuación es imprescindible en el caso de haber experimentado la muerte de una persona del entorno, independientemente de su proximidad al fallecido (Tal Young et al. 2012), aunque podemos destacar, sobre todo, el riesgo que sufren los familiares, los amigos, y en menor medida, los profesionales de atención primaria a la hora de reproducir la conducta (Rocamora Bonilla, 2012).

Una de las formas en las que se puede contagiar la conducta suicida es mediante un contacto directo con la víctima, sin embargo, con la existencia de los medios de comunicación, se debe tener en cuenta que la muerte de un individuo puede influir en la repetición de estas conductas en individuos de cualquier parte del mundo (Gould, 2001). Por este motivo, se han establecido pautas para guiar el reportaje de las muertes autolíticas, como mediante una modificación del contenido y la cantidad de información que se transmite sobre una determinada conducta suicida (Gould y Lake, 2013).

SUPERVIVIENTES

Por causa de las emociones ambivalentes que pueden experimentar los prójimos de una persona que muere por suicidio, es importante ayudar al sujeto a abordar el duelo y a abarcar los sentimientos que pudieran volverse patológicos, de los cuales, Rocamora Bonilla (2012) destaca tres.

La culpa se describe como una emoción que puede aparecer cuando un sujeto se retribuye el no haber podido impedir la muerte de la víctima. Se enfatiza que puede ser considerado sano en el caso de que “[pueda] favorecer el perdón”, mientras que cuando no permite al sujeto reivindicar la sensación de malestar que le provoca la muerte, la calificamos como patológica.

También puede estar presente la vergüenza, cuando el prójimo siente que ha fracasado en algo, o que los demás pueden ver sus fallos. Bradshaw (como se citó en Rocamora Bonilla, 2012) contrasta entre vergüenza sana, que se fundamenta en aceptar que no se puede hacer todo y que es posible equivocarse, y vergüenza patológica, en la que el

sentimiento de fracaso y resentimiento invalida al individuo, incapacitándole para aceptar las circunstancias de la muerte de la víctima.

Además, dado que la muerte suele ser inesperada, puede aparecer un sentimiento de abandono, en el que el superviviente culpa a la víctima por haberle dejado atrás, y se siente frustrado por la falta de respuestas a las preguntas que le ocasiona la muerte del allegado (Rocamora Bonilla, 2012).

Muchos autores también hacen referencia al estigma que rodea a la conducta suicida (Mann et al. 2005; Rocamora Bonilla, 2012; Schomerus y Angermeyer, 2008), el cual puede estar asociado a estas tres emociones. Esto se debe a que el discurso abierto sobre el suicidio podría ayudar a que los individuos que experimentan conductas suicidas vayan en busca de apoyo social o terapéutico para reducir su incidencia, y que sus allegados puedan entender mejor las motivaciones del sujeto para así, evitar estos sentimientos nocivos, que pueden llevar a que se contagie la autolisis.

ÉTICA DE PREVENIR EL SUICIDIO

Como se ha planteado anteriormente, el 90% de los suicidios se llevan a cabo en personas con trastornos psiquiátricos (Arsenault-Lapierre, Kim y Turecki, 2004), lo cual nos lleva a preguntarnos sobre la proporción restante. Cuando la persona que se quiere suicidar no tiene ninguna patología subyacente, que le incapacitaría para tomar decisiones autónomas sobre su vida, o, padezca una enfermedad, pero no se le valora como incapaz para autogobernarse, ¿sería ético prevenir su muerte?

A pesar de la polémica que suscita hablar acerca de la consumación del suicidio, por la creencia de que es imprescindible preservar la vida humana, algunos autores consideran que es importante reflexionar sobre varios aspectos antes de decidir si se debería prevenir el suicidio. (Lester y Leenaars, 1996). De acuerdo con la norma deontológica de fidelidad, dada nuestra relación fiduciaria con el cliente, deberíamos velar por sus mejores intereses, por lo que el debate se centra en determinar si esto se efectuaría mediante la intervención o no intervención en la conducta suicida.

Por un lado, se pone de manifiesto el principio ético de autonomía, que decreta que el psicólogo tiene la obligación de respetar las decisiones del paciente sin limitar su libertad para efectuarlas (Beauchamp, 1993). En caso de no cumplir este principio, se estaría

realizando una intervención paternalista, por estar infringiendo sobre la independencia de un individuo “por su propio bien” (Dworking, 1972, como se citó en Kelly y Dale, 2011). Aquí podemos diferenciar entre el paternalismo débil, que sería legitimado cuando se trata de una persona incapacitada para autogobernarse, y el paternalismo fuerte, que respondería a un incumplimiento del principio de no maleficencia, uno de los principios hipocráticos a los que nos aferramos los psicólogos. En este caso, dado que la persona no parece tener un impedimento en esta capacidad, se podría decir que se trata del segundo.

Relacionado con esta idea, según Mill (1959, como se citó en Kelly y Dale, 2011), estamos justificados en intervenir en la conducta suicida, únicamente, cuando el sujeto actúa con una incomprensión de las consecuencias de sus actos. Por este motivo se establece que, ante las primeras conductas suicida, al igual que en situaciones de prevención en las primeras etapas de la trayectoria al suicidio, se debe intervenir temporalmente para cerciorarse de las motivaciones del individuo y para asegurarse de que no hay alternativas, pero que, para Mill, “la independencia es absoluta” y se debe remitir siempre a esto.

A pesar de los principios éticos que respaldan la no intervención en individuos capacitados, hay autores que destacan la importancia del respeto a la vida. Según esta idea, la vida es un valor intrínseco que se debe proteger, y el suicidio sería semejante a “cometer una atrocidad” contra este valor (Beauchamp, 1993). Asimismo, se explica que la necesidad de prevenir los suicidios remite a que “cada suicidio representa tanto una tragedia individual, como una pérdida para la sociedad” (Department of Health, 2002, como se citó en Kelly y Dale, 2011) por lo que sería necesario hacer todo lo posible para disuadir a la persona que decide realizarlo.

Dados los principios incompatibles expuestos, hemos de preguntar ¿se ha de prevenir el suicidio en personas con capacidad para autogobernarse y buscar alternativas para disminuir su dolor, o estaríamos incurriendo en un incumplimiento de muchas otras normas deontológicas a las que estamos sujetos?

CONCLUSIÓN

El suicidio constituye una de las conductas más difíciles de abordar en el ámbito de la salud, debido a la multitud de factores que interactúan para causarlo y las distintas

conductas que lo componen. Aunque se hayan destacado las diversas intervenciones posibles para cada una de ellas, se considera imprescindible la desestigmatización de la conducta suicida, para incitar a los individuos que realizan estas conductas a pedir ayuda y para facilitar que estas intervenciones se lleven a cabo. Además, esto podría permitir que la intervención se haga de forma más temprana, accediendo a hacerla en cuanto aparece la ideación suicida, por lo que se podría empezar a actuar y prevenir que evolucione en algo más grave. A su vez, se debería normalizar la búsqueda de ayuda, ya que el estigma que rodea acudir al psicólogo implica que muchos individuos no piden ayuda, a pesar de tener problemas graves y poder beneficiarse de ello.

Tras su fallecimiento, hubo mucha especulación con respecto a las condiciones de la muerte de Hemingway, dado en gran parte por su fama y porque inicialmente, se opinaba que había sido un accidente. Sin embargo, aunque no podremos saber con certeza cuáles fueron todas las motivaciones que le llevaron a hacerlo, se considera que un alto nivel de factores de riesgo, tanto proximales, como distales, pueden haber contribuido a su muerte auto-inducida. Entre estos, podemos destacar, a nivel distal, su carga genética, manifiesta ya que muchos de sus familiares también se habían suicidado o lo hicieron tras su muerte (Roy, 2001); características de personalidad, como los rasgos de personalidad límite y narcisista que le describían; eventos traumáticos tempranos, como el suicidio de su padre (Roy, 1986); y trastornos neurobiológicos, como las lesiones cerebrales traumáticas que había sufrido por causa de varios traumatismos cerebrales severos a lo largo de los años (Reynolds, 1985).

También influyeron los factores proximales, como son, trastornos psiquiátricos, ya que el autor había sido previamente diagnosticado de un trastorno bipolar (Hays, 1995) caracterizado por psicosis (Martin, 2006); trastornos físicos, como, por ejemplo, diabetes, cirrosis del hígado, ictericia, hipertensión e insomnio (Reynolds, 1985), y la hemocromatosis (Beegle, 1990), que le causaba graves problemas de hierro y que había contraído por causa genética. Además, hubo una fácil disponibilidad de medios, como son la pistola que utilizó para cometer el acto, fácilmente obtenida ya que, en Estados Unidos, existe la segunda enmienda de la constitución que protege el derecho a portar armas; y la exposición a modelos, donde podemos recalcar a su padre, quien se suicidó de la misma forma.

Todos estos factores interactúan para crear el dolor y la desesperanza que disminuyen el

deseo de vivir, la falta de conectividad que no accede a un individuo a invertir en seguir vivo, y las condiciones necesarias que facilitan que se lleve a cabo el suicidio (Klonsky y May, 2015).

Aunque es esencial proporcionar apoyo psicológico a toda persona que lo requiere, y es el deber de los psicólogos, como profesionales de la salud, intentar prevenir el dolor y la muerte, de acuerdo con el principio de no maleficencia, también se debería valorar en qué medida estas intervenciones pueden ser iatrogénicas. Según la postura de varios autores sobre la ética de prevenir el suicidio, habría que valorar si el sujeto tiene la capacidad para autogobernarse y tomar la decisión de realizar esta conducta autolítica, o si se podrían haber encontrado alternativas para afrontar los factores de riesgo que, en su conjunto, podrían estar influyendo en el dolor, la desesperanza, la desconectividad y la capacidad suicida, que le llevaban a realizar esta conducta. Acorde con el principio ético de autonomía, en el caso de que la persona sea capaz de autogobernarse, que la autolisis sea racional, y que no quiera recibir tratamiento, se debería valorar si lo mejor para la persona es intervenir.

Cuando Hemingway se da de baja del hospital psiquiátrico en el verano de 1961, podemos establecer su posicionamiento en la fase de la crisis suicida, puesto que demuestra una ideación suicida fuerte, y su muerte pocos días después, nos indica que, posiblemente, ya había establecido un plan. Dados los avances que se han hecho en la suicidología, desde entonces, es posible que nuevas intervenciones podrían haber sido más efectivas a la hora de intentar prevenir su muerte.

Para hacer esto, sería imprescindible tomar conciencia de sus síntomas para intervenir cuanto antes. Esto se habría realizado mediante un internamiento involuntario, que no le habría dado la opción de darse de baja, y una monitorización de los factores de riesgo, que pueden causar que pase de una fase de ideación fuerte a una caracterizada por la tentativa de suicidio. Además, dada su expresa ideación suicida, habría que realizar una valoración de la intensidad, duración y especificidad suicida mediante la escala de Ideación Suicida de Beck, con el objetivo de evaluar la posibilidad de que lleve a cabo esta actuación. Asimismo, con la mejoría de los psicofármacos y el desarrollo de nuevos tratamientos psicoterapéuticos, es posible que se le podría haber ayudado a abordar mejor los factores de riesgo que podrían estar influyendo sobre su decisión de suicidarse.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ajdacic-Gross, V., Weiss, M. G., Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F., y Rössler, W. (2008). Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 726-732.

Ahmedani, B K., Peterson, E. L., Hu, Y., Rossom, R. C., Lynch, F., Lu, C. Y., . . . Simon, G. E. (2017). Major physical health conditions and risk of suicide. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(3), 308–315.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Barcelona: Masson

Antón-San-Martín, José M., Sánchez-Guerrero, Eduardo, Pérez-Costilla, Lucía, Labajos-Manzanares, M^a-Teresa, Diego-Otero, Yolanda de, Benítez-Parejo, Nicolás, Comino-Ballesteros, Raquel, Perea-Milla, Emilio, Ramos-Medina, Valentín, y López-Calvo, Amalia. (2013). Factores de riesgo y protectores en el suicidio: un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de Psicología*, 29(3), 810-815.

Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., y Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 4(1), 37.

Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., . . . Ruiz, J. S. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista De Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 8-23.

Bahk, Y. C., Jang, S. K., Choi, K. H., y Lee, S. H. (2017). The Relationship between Childhood Trauma and Suicidal Ideation: Role of Maltreatment and Potential Mediators. *Psychiatry investigation*, 14(1), 37-43.

Barrón López de Roda, Ana y Fuertes, F.C. (1992) Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*, 7 (1), 53-59.

Batty, G. D., Gale, C. R., Tanji, F., Gunnell, D., Kivimäki, M., Tsuji, I., y Jokela, M. (2018). Personality traits and risk of suicide mortality: findings from a multi-cohort study in the general population. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 17(3), 371-372.

Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90-113.

Beauchamp, T. (1993) Suicide. En *Matters of Life and Death: New Introductory Essays in Moral Philosophy* (eds Regan, T., Beauchamp, T.L., Callicott, J.B. et al): 83–104. McGraw Hill.

- Beck, A., Kovacs, M., y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343–352.
- Beegle, S. (1990). Hemingway and hemochromatosis. *Hemingway Review*, 10, 57–66.
- Biddle, L., Donovan, J., Hawton, K., Kapur, N., y Gunnell, D. (2008) Suicide & the Internet. *BMJ*, 336(7648), 800-802.
- Blüml, V., Kapusta, N. D., Doering, S., Brähler, E., Wagner, B., y Kersting, A. (2013). Personality Factors and Suicide Risk in a Representative Sample of the German General Population. *PLoS ONE*, 8(10).
- Bomyea, J., Lang, A.J., Craske, M.G., Chavira, D., y Sherbourne, C.D...Stein, M.B. (2015). Ideación suicida y factores de riesgo de suicidio en pacientes de atención primaria con trastornos de ansiedad. *Revista de Toxicomanías*, 74, 13-21.
- Brent, D. A. (1996). Suicidal Behavior Runs in Families. *Archives of General Psychiatry*, 53(12), 1145-1152.
- Bruce, M.L., Have. T.R., Katz, C.F., Schulberg, H.C., Mulsant, B.H., ...Alexopoulos, G.S. (2004). Reducing Suicidal Ideation and Depressive Symptoms in Depressed Older Primary Care Patients. *Jama*, 291(9), 1081.
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J. M., Chiu, W. T., Hwang, I., . . . Nock, M. K. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 197(1), 20-27.
- Burgal Juanmartí, F., y Pérez Lizeretti, N. (2017). Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad: Una revisión. *Papeles Del Psicólogo - Psychologist Papers*, 37(1), 148.
- Burke, A. K., Galfalvy, H., Everett, B., Currier, D., Zelazny, J., Oquendo, M. A., Melhem, N. M., Kolko, D., Harkavy-Friedman, J. M., Birmaher, B., Stanley, B., Mann, J. J., ... Brent, D. A. (2010). Effect of exposure to suicidal behavior on suicide attempt in a high-risk sample of offspring of depressed parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(2), 114-121.
- Burnette, C., Ramchand, R., y Ayer, L. (2015). Gatekeeper Training for Suicide Prevention: A Theoretical Model and Review of the Empirical Literature. *Rand health quarterly*, 5(1), 16.
- Cain, A. C. (Ed.). (1972). *Survivors of suicide*. Springfield, IL: Thomas.
- Casey, P., Dunn, G., Kelly, B. D., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Dowrick, C., y Ayuso-

- Mateos, J. L. (2008). The prevalence of suicidal ideation in the general population: results from the Outcome of Depression International Network (ODIN) study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(4), 299–304.
- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., y Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405.
- Ceballos-Ospino, G. A., Suarez-Colorado, Y., Suescún-Arregocés, J., Gamarra-Vega, L. M., González, K. E., y Sotelo-Manjarres, A. P. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*, 12(1), 15.
- Cerel, J., Maple, M., van de Venne, J., Moore, M., Flaherty, C., y Brown, M. (2016). Exposure to Suicide in the Community: Prevalence and Correlates in One U.S. State. *Public health reports (Washington, D.C.: 1974)*, 131(1), 100-107.
- Compton, M. T., Thompson, N. J., y Kaslow, N. J. (2005). Social environment factors associated with suicide attempt among low-income African Americans: The protective role of family relationships and social support. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(3), 175-185.
- Cox Lippard, E.T., Johnston, J.A.Y., y Blumberg, H.P. (2014). Neurobiological Risk Factors for Suicide: Insights from Brain Imaging. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(32), 152-162.
- Dajas, F. (2016). Psicobiología del suicidio y las ideas suicidas. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 80(2), 83-110.
- Dean, A. (1986). Social support, epidemiological perspective. En N. Lin (Ed.), *Social Support, Life Events and Depression*. Nueva York, Academic Press.
- De la Vega, I. y Sánchez Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, 10(1), 45-56.
- Ding, Y., Lawrence, N., Olié, E., Cyprien, F., le Bars, E., Bonafé, A., ... Jollant, F. (2015). Prefrontal cortex markers of suicidal vulnerability in mood disorders: a model-based structural neuroimaging study with a translational perspective. *Translational psychiatry*, 5(2), 1-8.
- Domínguez Ortega, L., Medina Ortiz, O., y Cabrera García-Armenter, S. (2006). Intoxicación con litio. *Anales de Medicina Interna*, 23(9), 441-445.
- Doran, C.M., y Kinchin, I. (2017). A review of the economic impact of mental illness. *Australian Health Review*, 43(1), 43-48.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., y Giles, W.

H. (2001). Childhood Abuse, Household Dysfunction, and the Risk of Attempted Suicide Throughout the Life Span. *Jama*, 286(24), 3089.

Durkheim, E. (1897). *Suicide: A study in sociology*. New York: The Free Press.

Fagiolini, A., Kupfer, D.J., Rucci, P., Scott, J.A., Novick, D.M., y Frank, E. (2004). Suicide attempts and ideation in patients with bipolar I disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(4), 509-514.

Fegg, M., Kraus, S., Graw, M., y Bausewein, C. (2016). Physical compared to mental diseases as reasons for committing suicide: a retrospective study. *BMC palliative care*, 15(14) 1-6.

Ganz, D., Braquehais, M. D., y Sher, L. (2010). Secondary prevention of suicide. *PLoS medicine*, 7(6).

Glover, V., y O'Connor, T. G. (2002). Effects of antenatal stress and anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 180(5), 389-391.

Golberstein, E., Elsenberg, D., y Gollust, S. (2008). Perceived stigma and mental health care seeking. *Psychiatric Services*, 59(4), 392-399.

Gould, M. S. (2006). Suicide and the Media. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932(1), 200-224.

Gould, M. S., Fisher, P., Parides, M., Flory, M., y Shaffer, D. (1996). Psychosocial Risk Factors of Child and Adolescent Completed Suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53(12), 1155.

Gould, M.S., y Lake, M.S. (2013). *Contagion of Violence*. Washington (DC): National Academies Press

Greenwald, R. (2007). *The Haworth press: Maltreatment trauma, and interpersonal aggression. EMDR within a phase model of trauma-informed treatment*. New York, NY, US: Haworth Press.

Grimholt, T. K., Jacobsen, D., Haavet, O. R., y Ekeberg, Ø. (2017). Lower suicide intention in patients with personality disorders admitted for deliberate self-poisoning than in patients with other diagnoses. *Annals of general psychiatry*, 16, 21.

Hacaoglu, C., y Babuc, Z.T. (2009). Suicidal ideation in patients with schizophrenia. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46(3), 195-203.

Hamilton, A. J. (2016). Four famous suicides in history and lessons learned: A narrative review. *Mental Health & Prevention*, 4(3-4), 138-145.

- Hawton, K., y van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet*, 373(9672), 1372-1381.
- Hawton, K., Saunders, K. E., y O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382.
- Hays, P. L. (1995). Hemingway's clinical depression: a speculation. *The Hemingway Review*, 14(2), 50–63.
- Hendin, H., Maltzberger, J. T., Lipschitz, A., Haas, A. P., y Kyle, J. (2001). Recognizing and Responding to a Suicide Crisis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(2), 115-128.
- Hjelmeland, H., Hawton, K., Nordvik, H., et al. (2002). Why people engage in parasuicide: a cross-cultural study of intentions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(4), 380-393.
- Horowitz, L. M., Bridge, J.A., Teach, S.T., Ballard, E., Klima, J.,...Pao, M. (2014). Ask suicide-screening questions: Feasibility and perspectives on ED screening. *PsycEXTRA Dataset*, 166(12), 1170-1176.
- INE. (2018). Suicidios por edad y sexo. España: Instituto Nacional de Estadística.
- Isometsä, E. T., y Lönnqvist, J. K. (1998). Suicide attempts preceding completed suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 173(6), 531-535.
- Jacobs, D. G., Baldessarini, R.S., Conwell, Y., Fawcett, J.A., Horton, L., Meltzer, H., Pfeffer, C.R., y Simon, R.I. (2010). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Johnson, B.A., Brent, D.A., Bridge, J., y Connolly, J. (2010). The familial aggregation of adolescent suicide attempts. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(1), 18-24.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA, US: Harvard University Press.
- Jokinen, J. (2014). Early antecedents of suicide: The role of prenatal and childhood risk factors. *Evidence Based Mental Health*, 18(1), 11.
- Kelly, C., y Dale, E. (2011). Ethical perspectives on suicide and suicide prevention. *Advances in Psychiatric Treatment*, 17(3), 214-219.
- Kleiman, E. M., y Liu, R. T. (2013). Social support as a protective factor in suicide: findings from two nationally representative samples. *Journal of affective disorders*, 150(2), 540–545.

- Klonsky, E.D. (2007). Non-suicidal self-injury: An introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1039-1043.
- Klonsky, E. D., y May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129.
- Klonsky, E. D., May, A. M., y Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 307-330.
- Klonsky, E. D., Victor, S. E., y Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal self-injury: what we know, and what we need to know. *Canadian journal of psychiatry*, 59(11), 565-568.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Lester, D., y Leenaars, A. A. (1996). The ethics of suicide and suicide prevention. *Death Studies*, 20(2), 163-184.
- Lewitzka, U., Severus, E., Bauer, R., Ritter, P., Müller-Oerlinghausen, B., y Bauer, M. (2015). The suicide prevention effect of lithium: more than 20 years of evidence—a narrative review. *International journal of bipolar disorders*, 3(1), 32.
- Lindqvist, P., Johansson, L., y Karlsson, U. (2008). In the aftermath of teenage suicide: A qualitative study of the psychosocial consequences for the surviving family members. *BMC Psychiatry*, 8(1), 1-7.
- Macías, M.A., Madariaga Orozco, C., Valle Amarís, M., y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., et al. (2005). Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. *JAMA*, 294(16), 2064–2074.
- Marchant, A., Hawton, K., Stewart, A., Montgomery, P., Singaravelu, V., Lloyd, K., . . . John, A. (2018). Correction: A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behavior in young people: The good, the bad and the unknown. *Plos One*, 13(3).
- Martin, C. D. (2006). Ernest Hemingway: a psychological autopsy of a suicide. *Psychiatry*, 69(4), 351-361.
- May, C. N., Overholser, J. C., Ridley, J., y Raymond, D. (2015). Passive Suicidal Ideation: A Clinically Relevant Risk Factor for Suicide in Treatment-Seeking Veterans. *Illness, Crisis & Loss*, 23(3), 261–277.

McCann, S. J. (2010). Suicide, Big Five Personality Factors, and Depression at the American State Level. *Archives of Suicide Research*, 14(4), 368-374.

McGuffin, P., Perroud, N., Uher, R., Butler, A., Aitchison, K.J., Lewis, C., y Farmer, A. (2010). The genetics of affective disorder and suicide. *Elsevier*, 25(5), 275-277.

McNiel, D.E., Hatcher, C., Reubin, R. (1988). Family Survivors of Suicide and Accidental Death: Consequences for Widows. *The Official Journal of the American Association of Suicidology*, 18(2), 137-148.

Mercy, J.A., Kresnow, M.J., O'Carroll, P.W., Lee, R.K., Powell, K.E., Potter, L.B., Swann, A.C., Frankowski, R.F., y Bayer, T.L. (2001). Is Suicide Contagious? A Study of the Relation between Exposure to the Suicidal Behavior of Others and Nearly Lethal Suicide Attempts. *American Journal of Epidemiology*, 154(2), 120–127.

Miller, M., y Hemenway, D. (2008). Guns and Suicide in the United States. *New England Journal of Medicine*, 359(10), 989-991.

Molina Gámez, J., Gutiérrez Gámez, Y., y Oviedo Noreña, E. (2011). Depresión, autoestima y su relación con la ideación suicida en estudiantes de un colegio privado de la ciudad de Ciénaga- Magdalena (Colombia). *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 8(1), 13-19.

Neumann, D. A., Houskamp, B. M., Pollock, V. E., y Briere, J. (1996). The Long-Term Sequelae of Childhood Sexual Abuse in Women: A Meta-Analytic Review. *Child Maltreatment*, 1(1), 6-16.

O'Reilly, M., Kiyimba, N., y Karim, K. (2016). “This is a question we have to ask everyone”: Asking young people about self-harm and suicide. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(8), 479-488.

Osterweis, M., Solomon, F., y Green, M. (1989). *Bereavement: Reactions, consequences, and care*. Washington, D.C.: National Academy Press.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Suicidio. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

Philips, M. R. (2010). Rethinking the Role of Mental Illness in Suicide. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 731-733.

Pompili, M., Shrivastava, A., Serafini, G., Innamorati, M., Milelli, M., Erbuto, D., Ricci, F., Lamis, D. A., Scocco, P., Amore, M., Lester, D., ... Girardi, P. (2013). Bereavement after the suicide of a significant other. *Indian journal of psychiatry*, 55(3), 256-263.

Ratcliffe, G. E., Enns, M. W., Belik, S., y Sareen, J. (2008). Chronic Pain Conditions and Suicidal Ideation and Suicide Attempts: An Epidemiologic Perspective. *The Clinical*

Journal of Pain, 24(3), 204-210.

Reynolds, M. (1985). Hemingway's Home: Depression and Suicide. *American Literature*, 57(4), 600-610.

Riordan, D., Selvaraj, S., Stark, C., y Gilbert, J. (2006). Perinatal circumstances and risk of offspring suicide: Birth cohort study. *British Journal of Psychiatry*, 189(6), 502-507.

Rocamora Bonilla, A. (2012). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Rodick, J. D., Henggeler, S. W., y Hanson, C. L. (1986). An evaluation of the family adaptability and cohesion evaluation scales and the circumplex model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14(1), 77-87.

Roy, A. (2001). Genetic influences on suicide risk. *Clinical Neuroscience Research*, 1, 324-330.

Roy, A. (1986). Genetics of suicide. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487, 97-105.

Rubinstein, D.H. (1986). A Stress-Diathesis Theory of Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 16(2) 182-197.

Saddock, B. J. (2012). Inevitable suicide: a new paradigm in psychiatry. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(3) 221-224.

Sánchez Quintero, S., y De la Vega, I. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 21-32.

Sarchiapone, M., Mandelli, L., Iosue, M., Andrisano, C., y Roy, A. (2011). Controlling Access to Suicide Means. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(12), 4550-4562.

Saunders, K.E., y Hawton, K. (2009). The role of psychopharmacology in suicide prevention. *Epidemiological Psychiatry Society*, 18(3), 172-178.

Schomerus, G., y Angermeyer, M. C. (2008). Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: What do we know? *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 17(01), 31-37.

Schulsinger, F., Kety, S.S., Rosenthal, D., Wender, P.H. (1979). A family study of suicide. En: Schou M, Stromgren E, editors. *Origin, Prevention and Treatment of Affective Disorders* (pp. 277-287). London: Academic Press.

- Shneidman, E. (1975). Postvention: The care of the bereaved. En R. Pasnau (Ed.), *Consultation in liaison psychiatry*. (pp. 245-256). New York: Grune and Stratton.
- Schwartz-Lifshitz, M., Zalsman, G., Giner, L., y Oquendo, M. A. (2012). Can we really prevent suicide? *Current psychiatry reports*, 14(6), 624–633.
- Sudak, H., Maxim, K., y Carpenter, M. (2008). Suicide and Stigma: A Review of the Literature and Personal Reflections. *Academic Psychiatry*, 32(2), 136-142.
- Siabato Macías, E.F., Forero Mendoza, I.X., y Salamanca Camargo, Y. (2017). Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 51-61.
- Spirito, A. y Donaldson, D. (1998). Suicide and suicide attempts during adolescence. En A.S. Bellack y M. Hersen (eds.). *Comprehensive Clinical Psychology (vol. 5)* (pp. 463-485). Amsterdam: Elsevier.
- Tal Young, I., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., y Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 177-186.
- van Heeringen K. (2012). Stress–Diathesis Model of Suicidal Behavior. En: Dwivedi Y, editor. *The Neurobiological Basis of Suicide*. Chapter 6. Boca Raton (FL): CRC Press/Taylor & Francis.
- Webb, R.T., Kontopantelis, E., Doran, T., et al. (2012). Suicide risk in primary care patients with major physical diseases: a case-control study. *Arch Gen Psychiatry*, 69(3), 256–264.
- Whitlock, J., Minton, R., Babington, P., y Ernhout, C. (2015). *The relationship between non-suicidal self-injury and suicide. The Information Brief Series, Cornell Research Program on Self-Injury and Recovery*. Ithaca, NY: Cornell University.
- World Health Organization. (2003). *Investing in mental health*. Geneva: World Health Organization.
- Yang, B. y Lester, D. (2007). Recalculating the Economic Cost of Suicide. *Death Studies*, 31(4), 351-361.
- Yip, P.S.F., Caine, E., Yousuf, S., Chang, S., Chieng-Chang Wu, K., y Chen, Y. (2012). Means restriction for suicide prevention. *Lancet*. 379(9834), 2393-2399.
- Zai, C.C., De Luca, V., Strauss, J., et al. (2012). Genetic Factors and Suicidal Behavior. En: Dwivedi Y, editor. *The Neurobiological Basis of Suicide*. Capítulo 10. Boca Raton (FL): CRC Press/Taylor & Francis.