
IDEACIÓN AUTOLESIVA Y SUICIDA: ASPECTOS PSICOLÓGICOS

José M. Bertolín-Guillén

Doctor y Licenciado en Medicina y Cirugía; Médico Especialista en Psiquiatría;
Licenciado en Psicología.
jmbertolin@comv.es

Jefe de Servicio por oposición (retirado); Servicio de Psiquiatría y Salud Mental;
Departamento de Salud Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria.
Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública, Generalidad Valenciana, Valencia,
España, EU

Resumen

Las ideas y actos autoagresivos tienen carácter multifactorial y complejo. Hacemos a continuación una revisión bibliográfica, todo lo exhaustiva y crítica posible respecto a los pensamientos autolesivos y suicidas, con o sin psicopatología concomitante. **Material y método:** Desde una perspectiva principalmente psicologista se ha buscado la mejor información publicada científica de calidad, más reciente y recogida en las principales bases bibliográficas internacionales sobre: 1) La prevención de las autoagresiones; 2) Los factores emocionales y sexuales influyentes; 3) La morbilidad psicopatológica asociada con más frecuencia; y 4) Las estrategias de intervención de eficacia probada. El conjunto, limitado por el autor, de publicaciones relevantes seleccionadas es $n=75$. **Resultados:** En los últimos años han surgido distintos indicadores médicos y psicológicos prometedores al respecto. La ideación autolesiva es

frecuente en la adolescencia y se asocia con mayor malestar subjetivo y problemas emocionales o conductuales. En la vejez el suicidio es un asunto relevante de salud pública. Probablemente más de un tercio de las personas que manifiestan ideas suicidas y más de la mitad de las que intentan suicidarse hayan recibido tratamiento psiquiátrico. La calidad de las evidencias que apoyan el beneficio de las intervenciones psicoterapéuticas específicas adicionadas al tratamiento psiquiátrico habitual, empero, son de calidad moderada o baja. **Conclusiones:** Las variables psicológicas influyentes son importantes, aunque no determinantes. Resulta evidente la responsabilidad profesional, deontológica y legal para la mejor prevención suicida en las personas que puedan, sean, o deban ser identificadas sanitariamente como más vulnerables.

Palabras clave: Comportamiento autoagresivo; Ideación suicida; Psicología; Psicoterapia; Suicidio; Trastorno del estado de ánimo

SELF-INJURIOUS AND SUICIDAL IDEATION: PSYCHOLOGICAL ASPECTS

Abstract

Self-aggressive ideas and acts have a complex and multifactorial character. In this work, we make a bibliographic review (as critical and exhaustive as possible) regarding self-injurious and suicidal thoughts, either with or without concomitant psychopathology. **Material and method:** From a mainly psychological perspective, we have searched for the best, most recent, high quality published scientific information that is gathered up in the main international bibliographic databases about: 1) prevention of self-aggressions; 2) emotional and sexual influencing factors; 3) psychopathological morbidity which is most frequently associated; and 4) proven-effectiveness intervention strategies. The amount of relevant publications limited and selected by the author was $n = 75$. **Results:** Several promising psychological and medical indicators in that regard have appeared in the last years. Self-injurious ideation is frequent in adolescence and is associated with greater subjective unease and emotional or behavioural problems. In old age, suicide is a relevant public health issue. More than one third of people manifesting suicidal ideas and more than the half of people attempting suicide have probably received psychiatric treatment. Nevertheless, the quality of evidence supporting the benefit of specific psychotherapeutic interventions added to habitual psychiatric treatment are of poor or moderate quality. **Conclusions:** Influencing psychological variables are important, although they are not determining. Legal,

deontological and professional responsibility for the best suicide prevention in those people who are, may be or must be sanitary identified as more vulnerable is clear.

Keywords: Mood disorders; Psychology; Psychotherapy; Self-injurious behavior; Suicidal ideation; Suicide

Introducción

Los comportamientos autolesivos usualmente podrán serlo con capacidad letal, simulados, libres, explícitos o encubiertos. Tanto las ideas como los actos suicidas tienen carácter multifactorial, complejo y heterogéneo. La presencia de ideación suicida es un signo importante de angustia significativa y de riesgo de otras acciones autoagresivas, pero la proporción de suicidios consumados no se conoce con seguridad por las limitaciones y variabilidad de los estudios publicados (1). Desde la perspectiva de la teoría sociológica racional de la acción, el suicidio solo puede ser un acto soberano, de modo que quien esté privado de voluntad no podrá ser propiamente suicida (2).

Sabemos que sectores etarios como la adolescencia y primera edad adulta son épocas vitales de mayor riesgo y que los suicidios consumados son tres veces más comunes en hombres que en mujeres, mientras que para solo los intentos suele darse la razón inversa. También, que los países con leyes que penalizan el suicidio se asocian con mayores tasas nacionales y más aún en población femenina si además fueran territorios con bajo índice de desarrollo humano según el *"United Nations Development Programme"* (3), establecido en 1966 por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

El perfil de riesgo suicida se superpone al de sufrir homicidio y hasta al de tener accidentes. Desde la perspectiva clínico-psicopatológica la ideación suicida se relaciona principalmente con las depresiones, los trastornos de la conducta alimentaria, psicosis y consumo de sustancias tóxicas. En cualquier caso, la evaluación de la ideación suicida deberá ser prioritaria en los sujetos afectos de un trastorno mental y del comportamiento que pueda conllevar mayor riesgo (4). Ahora bien, contra la arraigada tendencia a la naturalización biomédica de cualquier suicidio, a veces las ideas suicidas, entendidas como pensamientos de acciones perjudiciales voluntarias autoinfligidas con intención destructiva, son consecuencia de criterios racionales no derivados de trastornos psíquicos.

Material y método

Para la presente aportación nos interesan las aproximaciones más psicologistas a la comprensión, patogénesis y tratamiento en particular de los trastornos depresivos (códigos 6A70-6A7Z de la vigente «Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.^a edición», CIE-11). Desde posicionamientos más filosóficos que empírico-analítico científicos con cierta frecuencia hay autores, principalmente del extenso ámbito de la psicología no especializada en clínica que, en esencia, consideran equivocado tipificar a los trastornos mentales como clases naturales o conjuntos divisorios reales. Con semejante posicionamiento se enfatiza *a priori* la condición falible de cualquier teoría científica y se cuestionan las afirmaciones categóricas pretendidamente más verdaderas.

A pesar de lo recién comentado y empleando el método científico en exclusiva,

los estudios escrutados para la presente contribución lo han sido por su título, resumen y textos completos según los criterios de inclusión y exclusión que se especifican seguidamente. Para fortalecer su calidad académica se han incluido investigaciones primarias importantes, cualitativas, cuantitativas y de métodos mixtos relacionadas con la ideación suicida. Se han excluido principalmente las publicaciones paracientíficas, solo de opinión, metodológicamente cuestionables, demasiado antiguas o realizadas sobre etnias o grupos muy limitados.

Se han revisado de manera no sistemática, principal pero no exclusivamente, las bases de datos bibliográficas internacionales y nacionales siguientes: PUBMED, US; SCILIT Indexing; PSYCINFO JOURNAL; e ÍNDICES CSIC. En total, el conjunto de publicaciones seleccionadas para esta revisión bibliográfica específica, todo lo exhaustiva, estructurada y crítica posible, es n= 75. Se ha buscado la mejor información publicada científica de calidad y más reciente, sobre: 1) La prevención de las autolesiones y el suicidio; 2) Los factores psíquicos, emocionales y sexuales más influyentes; 3) La morbilidad psicopatológica frecuentemente asociada; y 4) Las estrategias de intervención preventiva, guías y psicoterapias utilizadas de eficacia probada.

Resultados

Prevención del suicidio

Respecto a la prevención volveremos a referirnos en el último subapartado sobre las estrategias de intervención, guías y psicoterapias. Desde 2012 tiene que realizarse formalmente en toda España por parte del equipo de atención primaria de salud, cuando sea pertinente, la «Evaluación y Manejo de la Ideación y Conducta Suicida» contemplada en la «Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida», del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, del mismo año y que todavía sigue pendiente de actualizarse (5).

Evidencias de moderada certeza sugieren que las intervenciones en la educación escolar, en particular, previenen bien la ideación y los intentos de suicidio a corto y posiblemente a largo plazo, y parece que la psicoterapia conductual-dialéctica de Marsha M. Linehan y la grupal son tan efectivas como el tratamiento habitual, aunque no más (6). El sistema educativo escolar, en efecto, tiene un papel importante en la lucha contra el suicidio y se han propuesto talleres específicos informativos (7).

La precariedad laboral, aislamiento social y soledad son indudables factores influyentes en el riesgo de mortalidad por suicidio. El control conductual autopercebido, en lugar de la intencionalidad, parece ser el mejor predictor de las conductas alternativas al suicidio (8-10), pero asumiendo que las herramientas de predicción que existen son subóptimas (11). También parece bastante probado el valor de las evaluaciones profesionales breves para identificar a los jóvenes con riesgo elevado de autolesionarse o

cometer suicidio, así como la eficacia de algunas intervenciones psicoterapéuticas preventivas como la conductual-dialéctica (6,12).

En cualquier caso, suelen haber sido comunes las señales de advertencia en los fallecidos por suicidio, independientemente de su sexo y que eran más frecuentes entre los suicidados que estaban diagnosticados de trastornos mentales, en especial de depresiones (13). Desde un punto de vista más biológico, la hiporreactividad electrodérmica se ha propuesto como marcador del riesgo suicida, pero con resultados experimentales pobres (14). En cambio, el sistema serotoninérgico, la inflamación, el eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal, los lípidos y los endocannabinoides han surgido en los últimos años como los biomarcadores e indicadores predictivos diagnósticos y terapéuticos más prometedores (15).

El uso de las tecnologías de la información y comunicación para la prevención del suicidio crece continuamente. Se necesitan, sin embargo, estudios de evaluación a gran escala para examinar a fondo la eficacia, seguridad y aspectos éticos relacionados con esas técnicas (16). Para la prevención anti-suicida con inteligencia artificial podría ser de interés adicionar los llamados «agentes conversacionales incorporados» de baja tecnología en la interacción paciente-computadora, como una forma complementaria de interfaz inteligente (17).

La religiosidad y en particular las redes sociales, que son enormemente influyentes en las vidas de los jóvenes y adolescentes, pueden significar una manera de buscar ayuda, apoyo y reducir las muertes por suicidio (18). La industria de los medios de comunicación también influye positiva o negativamente en la búsqueda imitativa de métodos suicidas (19,20).

Suicidio: factores emocionales y sexuales más influyentes

Las emociones influyen tanto en las enfermedades y trastornos físicos como en los mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo. La desregulación y reactividad emocionales, las dificultades en la expresión emocional y la impulsividad representan mecanismos que contribuyen al suicidio. Para su mejor prevención se ha sugerido la conveniencia de promocionar la expresividad natural de las emociones positivas (21).

La teoría interpersonal del suicidio postula que, desde el punto de vista de la motivación, el deseo suicida surge cuando los individuos experimentan sentimientos terminantes de constituir una sobrecarga y de pertenencia sociofamiliar frustrada (22-25). Por relaciones interpersonales se entienden las asociaciones de cualquier tipo entre dos o más personas.

De otra parte, por comunicación relacionada con el propósito suicida del informador se entiende la transmisión a otras personas de ideas o comportamientos proclives. Las niñas suelen mostrar un debut más temprano de estos mensajes. También, en comparación con los varones, las niñas manifiestan una frecuencia más alta de que la información sea explícita y dirigida a diversos destinatarios. De igual modo, en las niñas parece que semejantes advertencias estén más centradas en sobrellevar el estrés y lograr el apoyo de los demás (26,27).

En una muestra reducida de estudiantes, la calidad del sueño exacerbó específicamente la asociación entre la rumiación reflexiva y el riesgo general de suicidio o de su ideación (28). Por cavilar o rumiar mentalmente se entiende la tendencia a concentrarse en pensamientos negativos relacionados con uno mismo y, como es bien conocido, es un

síntoma cardinal de los trastornos depresivos. Asimismo, se ha constatado cierta relación entre personalidades perfeccionistas y autolesiones no suicidas (29). La autolesión no suicida se considera un mecanismo de afrontamiento cuyo objetivo principal es el alivio del sufrimiento emocional y la lesión física conforma su manifestación.

Ciertos rasgos caracteriales y estilos cognitivos pueden tener impacto significativo en el riesgo de ideación suicida durante la adolescencia, con independencia de que coexistan diagnósticos clínicos, sobre todo depresivos. El déficit atencional del sujeto ha sido el predictor más robusto (30,31). La ideación suicida es relativamente frecuente en la población adolescente y se asocia con peor bienestar emocional propio y mayores problemas anímicos y comportamentales (32).

En estudiantes de educación secundaria, cuanto más fuerte se experimentaba la emocionalidad triste, la ideación suicida era mayor, y cuanto más fuerte era la positiva, más débiles los pensamientos suicidas (33). Si las ideas suicidas son claras o explícitas, los sesgos negativos hacia los estímulos neutros y el deterioro cognitivo asociado a las depresiones clínicas usualmente serán importantes factores de riesgo añadidos (34).

En niños y adolescentes, las respuestas parentales que sean más emotivas ante las emociones negativas expresadas por aquellos, y las que se centren en los problemas y el fomento de la expresividad emocional predicen negativamente la ideación suicida. Las respuestas punitivas y de angustia parental lo hacen, en cambio, positivamente (35). Se ha observado además que el suicidio infantil suele estar precedido por un evento adverso precipitante (36). En numerosos lugares la ideación y el intento de suicidio, así como la angustia psíquica, son comunes en los estudiantes universitarios,

aunque sus tasas varían según el contexto sociocultural (37).

El suicidio en cualquier edad sigue siendo un tema tabú y particularmente en la vejez es asimismo un problema importante de salud pública. Pero la asistencia médica para morir, recientemente legalizada en muchos países, incluyendo España, no deja de constituir una hipotética solución al sufrimiento mórbido insoportable e inevitable que puede suceder más particularmente en la llamada tercera edad (38). Habrá que considerar cuidadosamente, empero, las emociones y actitudes favorables al respecto que hayan sido inducidas de manera clara o subliminal por las preferencias ambientales, sociofamiliares, económicas o políticas del momento socio-histórico y cultural dado.

De otra parte, el modelo conceptual «salutogénico», como contrapuesto al patogénico, quiere designar y promocionar los principios o fundamentos de la salud en general (39,40) y, en especial, prevenir o contribuir a mejorar la salud mental. Para este constructo de modelo caracterial, generalmente estable, es esencial el llamado sentido de coherencia. Los sentidos de coherencia y el de conexión emocional pueden mitigar tanto las vulnerabilidades preexistentes como el impacto presente de la angustia vital (41). La conexión emocional se refiere y fundamenta en las experiencias compartidas entre los miembros de una comunidad.

Por lo que atañe a las posibles diferencias en las ideas suicidas según el sexo, para los jóvenes varones haber recibido a menudo castigos parece tener un significativo impacto positivo en la intensidad de tal ideación. Para las mujeres, el estrés académico, pérdidas personales, relaciones interpersonales y adaptaciones diversas han sido los mayores predictores positivos de la ideación suicida (42).

La violencia sexual y las peleas físicas son factores de riesgo independientes para las conductas suicidas entre adolescentes. Si ya manifestaran ideas suicidas previas se asocia significativamente con mayor riesgo de presentar intentonas (43). Por otra parte, la vinculación negligente o sin control de los afectos, el apego inseguro y los eventos vitales estresantes han revelado igualmente ser factores de riesgo significativos (44).

Autolesión y suicidio: morbilidad psicopatológica asociada

Es importante avanzar que suelen ser muy distintas las muestras o subconjuntos clínicos y comunitarios considerados en los estudios epidemiológicos al respecto. La soledad, a la que nos referíamos en el subapartado de la prevención del suicidio (8,9) y sufrir un trastorno de la personalidad comparten factores intra e interpersonales de riesgo. Además de lo también referido antes sobre la rumiación mental (28), el apego filio-parental inseguro puede ser un factor de riesgo de ideación suicida en adolescentes clínicamente deprimidos (45).

Parece replicarse bastante que, al menos en la atención primaria de salud, la mayoría de los pacientes con ideación suicida ostentan un estilo de apego inseguro (46). En el apego inseguro el vínculo está contaminando por el miedo, que principalmente se expresa como retraimiento de la relación con otros y en emociones confusas, de dependencia o rechazo. Como es bien conocido, el apego es un vínculo afectivo principal que se establece desde el principio de la vida.

Los trastornos de ansiedad forman el grupo más común de trastornos mentales y generalmente comienzan antes o al principio de la adultez. A menudo son comórbidos

entre sí y con otros trastornos mentales, en especial la depresión, así como con enfermedades somáticas. Sin embargo, en exclusiva la ansiedad y sus trastornos son predictores relativamente débiles de los pensamientos y comportamientos suicidas (47). Para otros autores, en cambio, las personas con antecedentes de trastorno de ansiedad generalizada siguen siendo vulnerables por largo tiempo a la ideación suicida (48).

De modo muy concreto, los niños con trastornos del espectro autista suelen presentar de modo asociado ansiedad y miedos persistentes, intensos y difíciles de manejar, y parece confirmarse que tanto en niños como en adultos con esas patologías se dan tasas muy altas de autolesiones y tendencias suicidas (49,50). Igualmente, los comportamientos autolesivos son comunes a medio y largo plazo en personas con síndrome X frágil (51).

Aproximadamente el 20% de los fallecidos por suicidio habrá tenido contacto con algún profesional de los servicios de salud mental el mes anterior a su muerte (52). En los Países Bajos alrededor del 40% de los suicidios ocurrieron en pacientes tratados específicamente en esos servicios (53). En otro estudio transversal, en una muestra de adolescentes con historia de tratamientos psiquiátricos más de dos tercios informó de episodios previos de autolesiones no suicidas y casi la mitad de actos autolesivos actuales (54). En una evaluación de casi 12.000 niños de entre 9 y 10 años residentes en EE. UU., más de un tercio de los que expresaron ideas suicidas y más de la mitad de los que intentaron suicidarse había recibido tratamiento psiquiátrico (55).

Según la encuesta de una amplia muestra internacional auspiciada por la OMS hay una considerable necesidad insatisfecha de tratamiento de los trastornos mentales,

pensamientos y comportamientos suicidas entre los estudiantes universitarios (56). Es sabido que los antecedentes psicopatológicos y los diagnósticos múltiples se han asociado con reintentos de suicidio en ambos sexos (57). La intervención psicobiológica psiquiátrica temprana, dentro de la semana posterior a un intento, se asocia con disminución del riesgo de volver a repetirlo (58).

Resumiendo, para la prevención del suicidio será muy importante evaluar adecuadamente la historia psicopatológica anterior, la época, el método de los intentos previos, el sexo, la edad, el diagnóstico clínico especializado y correcto y, por supuesto, la estrategia de intervención profiláctica elegida profesionalmente. Los mayores riesgos para consumir suicidio después de haber protagonizado autolesiones han sido: sexo masculino, adultos de mediana edad seguido de ancianos, enfermedades físicas coetáneas, frecuencia de intentos anteriores y tratamientos recibidos (59).

Desde un punto de vista más sociológico, si bien la urbanización se asocia con mayor riesgo de psicopatología, se han informado tasas de suicidio más altas en las zonas rurales. Se ha hallado una relación inversa consistente y estable entre la densidad de población y el suicidio en poblaciones masculinas, pero no femeninas (60). Otros han hallado en EE. UU. que los modos y métodos del suicidio femenino varían según el grado de urbanización y que esta variación difiere por regiones geográficas (61).

Algunos autores han sugerido incluso que no es la densidad de población sino la calidad de las características socioeconómicas, físicas y sociales del barrio residencial comunitario lo que se asocia con la presencia y gravedad de los trastornos afectivos (62), tan vinculados generalmente a las conductas suicidas. En Italia, Unión Europea (EU),

desde 1981 a 2016 se identificaron 11 649 suicidios entre los jóvenes de 10 a 25 años de edad. Las tasas generales de suicidio se mantuvieron estables para los varones y mostraron una pequeña disminución para las féminas. El suicidio en los niños varones fue más común en áreas rurales y para las niñas en las metropolitanas (63).

Suicidio: estrategias de intervención, guías y psicoterapias

Se han propuesto interesantes pautas preventivas, de evaluación y tratamiento en la guía *“Treatment for Suicidal Ideation, Self-Harm, and Suicide Attempts Among Youths”*, del U.S. Department of Health & Human Services, de 2020. En Europa, con financiación de la EU, en *“Optimizing Suicide Prevention Programmes and Their Implementation in Europe”* de 2013. Y en concreto en España, en la «Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida» del Sistema Nacional de Salud, del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, editada en 2012 y revisada en 2020.

También en España contamos específicamente al respecto con la línea estratégica n.º 3 de la «Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, periodo 2022-2026». En l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona se desarrolló en 2005 un programa de prevención de conductas suicidas, precedente de la implementación en 2015 del protocolo *«Codi Risc Suicidi Catalunya»* (64) y que se activó en los dos años siguientes para varios cientos de personas. En la Comunidad Valenciana se dispone del vigente «Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida», editado por la Generalitat Valenciana en 2017, y de la creación del «Observatorio del Suicidio».

Durante la intervención específicamente psicoterápica (65) la desesperanza, neuroticismo y baja autoeficacia usual parecen ser los predictores más fuertes de ideación suicida (66). Para los adultos, estar casado, informar de mayor apoyo social percibido y tener menos problemas interpersonales predijeron en promedio, cuando fuera el caso, una depresión clínica menos grave transcurridos seis meses (67).

En adultos que se autolesionan la psicoterapia cognitivo-conductual puede dar lugar a que menos individuos reincidan en esa conducta. Sin embargo, la calidad de esta evidencia, evaluada mediante los criterios de *“Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation”*, GRADE, publicados en 2004 y 2005, es de moderada a baja. Las intervenciones de manejo de casos y contacto remoto no parecen tener ningún beneficio en términos de reducción de la repetición de las autolesiones (68).

En niños y adolescentes, la psicoterapia cognitivo-conductual individual debe desarrollarse y evaluarse más, porque la calidad de las evidencias científicas favorables es también bastante baja (12,69). Lo mismo sucede con las prescripciones exclusivamente farmacológicas y que usualmente serán realizadas por facultativos que no sean psiquiatras, para las que también hay evidencias inciertas de su eficacia (70).

En los tratamientos habituales psicobiológicos psiquiátricos habrá normalmente, en cambio, una psicoterapia inherente de apoyo o informal, o bien separada y reglada, simultánea con la prescripción medicamentosa. Así que ambos tipos de intervenciones constituirán de modo usual abordajes terapéuticos combinados del mismo psiquiatra (71). Lo que resulta enteramente acorde con el desarrollo de la «neurociencia social», novedosa rama de las que podrían denominarse

neurociencias cognitivas y psicofisiológicas, que enfatizan la interconexión entre cognición, comportamiento, biología, herencia y ambiente (72).

Para el complejo asunto concreto del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (códigos 6D10.Z, 6D11.5 y MB28.A de la CIE-11), cuyos afectados típicamente reflejan un alto grado de sufrimiento y carga de enfermedad, se han publicado, con pruebas asimismo de baja calidad, efectos beneficiosos sobre su gravedad, clínicamente significativos, a favor de la psicoterapia especialmente adaptada, en comparación con la habitual (73,74). Ejemplo de esa psicoterapia optimizada es la basada en la mentalización, de Anthony Bateman y Peter Fonagy. La mentalización es el proceso mediante el que entendemos a los otros y a nosotros mismos en términos de estados subjetivos de deseos, pensamientos y sentimientos.

Los trastornos mentales graves, en general, suelen tenerse en cuenta para poder considerar el denominado y muy polémico «suicidio médicamente asistido», llamado en España «prestación de ayuda para morir» (25,38). En el suicidio asistido es la persona que desea morir quien pone fin a su vida, habitualmente mediante la ingesta de un fármaco que sea letal. En este caso, la tarea del médico que esté de acuerdo será dispensar o prescribir la receta del medicamento en cuestión.

Pero cuando tal cuestión afecta a los trastornos de la personalidad podría verse involucrada, seguramente, una comprensión profesional inadecuada de la psicopatología y falta de conocimiento de los tratamientos basados en la literatura científica de calidad (75). En cuanto a la eutanasia, recordemos, por último, que Holanda y Bélgica fueron los primeros países del mundo en legalizarla en

2002, y en España tanto la eutanasia como la prestación de ayuda para morir son ya legales desde junio de 2021.

Conclusiones

La ideación suicida puede prevenirse razonablemente desde la educación oficial temprana. Especialmente importante será detectar con evaluaciones breves, por ejemplo por parte de los propios maestros o psicólogos escolares, el aislamiento y soledad inadecuados, así como propiciar de modo general el autocontrol conductual. En el específico ámbito sanitario, las primeras intervenciones resolutivas implicarán a las asistencias pediátrica y primaria de salud, dada la elevada frecuencia de este tipo de consultas médicas por quienes luego han consumado suicidio.

En niños y adolescentes han de considerarse convenientemente los indicadores de salud predictivos diagnósticos y terapéuticos, así como los sociofamiliares y ambientales o situacionales. En ellos, los problemas de desregulación, reactividad y expresión emocionales, así como la impulsividad, representan los mecanismos psíquicos que más contribuyen al suicidio. La importancia de las respuestas parentales, educacionales y sanitarias resultarán cruciales. Por supuesto, en los adolescentes la violencia física y específicamente sexual son factores de riesgo importantes e independientes. También parecen relevantes ciertos factores sociológicos.

De otra parte, el suicidio en la vejez es igualmente un asunto de marcado interés para la salud pública. Además de la atención primaria de salud, la especializada en salud mental con frecuencia representa el primer contacto de los sujetos, sean ancia-

nos, adultos o menores de edad que después consumarán suicidio. Los antecedentes psicopatológicos y los diagnósticos múltiples se han asociado singularmente con reintentos de suicidio en ambos sexos.

Se han elaborado estrategias, guías y tratamientos específicos de prevención suicida en sujetos afectados de trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo. Para el conjunto de intervenciones exclusivamente psicológicas la calidad de las evidencias científicas acerca de su eficacia es más bien baja. Esto afecta también a las psicoterapias especialmente adaptadas a la ideación suicida frente a la habitual en esos pacientes. Las intervenciones psiquiátricas, es decir, psicobiológicas, son de eficacia probada más moderada. Resulta compleja al respecto y en especial la intervención psicoterápica en personas afectas de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

En resumen y para terminar, es muy importante la sensibilidad y receptividad de cualquier observador con el objeto de reconocer las frecuentes advertencias, grupos humanos y situaciones de mayor riesgo suicida. Esto será, además, obligado si los observadores implicados son profesionales de la salud, más si lo son del ámbito específico de la salud mental y aún más si son facultativos especialistas psiquiatras o psicólogos clínicos. Como resulta obvio, la responsabilidad no es solo sanitaria, sino también deontológica y legal para todos cuantos estén involucrados del modo que sea.

Referencias bibliográficas

1. McHugh CM, Corderoy A, Ryan CJ, Hickie IB, Large MM. Association between suicidal ideation and suicide: Meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value. *BJPsych Open*. 2019; 5(2):e18. doi: 10.1192/bjo.2018.88 Fe de erratas en: *BJPsych Open*. 2019; 5(2):e24.
2. Neira H. Suicidio soberano y suicidio patológico. *Ideas Valores*. 2017; 66(164):151–79. doi: 10.15446/ideasyvalores.v66n164.45177
3. Wu KC, Cai Z, Chang Q, Chang SS, Yip PSF, Chen YY. Criminalisation of suicide and suicide rates: An ecological study of 171 countries in the world. *BMJ Open*. 2022; 12(2):e049425. doi: 10.1136/bmjopen-2021-049425
4. Hubers AAM, Moaddine S, Peersmann SHM, Stijnen T, van-Duijn E, van-de-Mast RC, et al. Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: A meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018; 27(2):186–98. doi: 10.1017/S2045796016001049
5. Bertolín-Guillén JM. Actualización del «Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida», de la Generalitat. En: Bertolín-Guillén JM, dir., ed. *Seminarios del servicio de psiquiatría y salud mental del departamento de salud Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria. Presentaciones docentes y resúmenes del año 2019*. Valencia: F. Morillo; 2020. p. 45–6. Libro con Pen Drive. https://www.researchgate.net/publication/347688763_Libro_2020_Seminarios_2019

6. Morken IS, Dahlgren A, Lunde I, Toven S. The effects of interventions preventing self-harm and suicide in children and adolescents: An overview of systematic reviews. *F1000Res*. 2019; 8:890. doi: 10.12688/f1000research.19506.2
7. Breux P, Boccio DE. Improving schools' readiness for involvement in suicide prevention: An evaluation of the Creating Suicide Safety in Schools (CSSS) Workshop. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(12):2165. doi: 10.3390/ijerph16122165
8. Totura CMW, Labouliere CD, Gryglewicz K, Karver MS. Adolescent decision-making: The value of perceived behavioral control in predicting engagement in suicide prevention behaviors. *J Youth Adolesc*. 2019; 48(9):1784–95. doi: 10.1007/s10964-019-01066-3
9. Motillon-Toudic C, Walter M, Séguin M, Carrier J, Berrouiguet S, Lemey C. Social isolation and suicide risk: Literature review and perspectives. *Eur Psychiatry*. 2022; 65(1):E65. doi:10.1192/j.eurpsy.2022.2320
10. Blomqvist S, Virtanen M, LaMontagne AD, Magnusson Hanson LL. Perceived job insecurity and risk of suicide and suicide attempts: A study of men and women in the Swedish working population. *Scand J Work Environ Health*. 2022; 48(4):293–301. doi: 10.5271/sjweh.4015
11. Kessler RC, Bossarte RM, Luedtke A, Zaslavsky AM, Zubizarreta JR. Suicide prediction models: A critical review of recent research with recommendations for the way forward. *Mol Psychiatry*. 2020; 25(1):168–79. doi: 10.1038/s41380-019-0531-0
12. Asarnow JR, Mehlum L. Practitioner review: Treatment for suicidal and self-harming adolescents - advances in suicide prevention care. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019; 60(10):1046–54. doi: 10.1111/jcpp.13130 Fe de erratas en: *J Child Psychol Psychiatry*. 2019; 60(12):1357.
13. Kim EJ, Kim Y, Lee G, Choi JH, Yook V, Shin MH, Jeon HJ. Comparing warning signs of suicide between suicide decedents with depression and those non-diagnosed psychiatric disorders. *Suicide Life Threat Behav*. 2022; 52(2):178–89. doi: 10.1111/sltb.12739
14. Carli V, Hadlaczky G, Petros NG, Iosue M, Zeppegno P, Gramaglia C, et al. A naturalistic, European multi-center clinical study of electrodermal reactivity and suicide risk among patients with depression. *Front Psychiatry*. 2022; 12:765128. doi: 10.3389/fpsy.2021.765128
15. Johnston JN, Campbell D, Caruncho HJ, Henter ID, Ballard ED, Zarate CA. Suicide biomarkers to predict risk, classify diagnostic subtypes, and identify novel therapeutic targets: 5 years of promising research. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2022; 25(3):197–214. doi: 10.1093/ijnp/pyab083
16. Rassy J, Bardon C, Dargis L, Côté LP, Corthésy-Blondin L, Mörch CM, et al. Information and communication technology use in suicide prevention: Scoping review. *J Med Internet Res*. 2021; 23(5):e25288. doi: 10.2196/25288

17. Provoost S, Lau HM, Ruwaard J, Riper H. Embodied conversational agents in clinical psychology: A scoping review. *J Med Internet Res*. 2017; 19(5):e151. doi: 10.2196/jmir.6553
18. Niederkrotenthaler T, Tran US, Baginski H, Sinyor M, Strauss MJ, Sumner SA, et al. Association of 7 million+ tweets featuring suicide-related content with daily calls to the suicide prevention lifeline and with suicides, United States, 2016-2018. *Aust N Z J Psychiatry*. 2022; 48674221126649. doi: 10.1177/00048674221126649
19. Swedo EA, Beauregard JL, de-Fijter S, Werhan L, Norris K, Montgomery MP, et al. Associations between social media and suicidal behaviors during a youth suicide cluster in Ohio. *J Adolesc Health*. 2021; 68(2):308-16. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.05.049
20. Sánchez-Sánchez N, Cuervas-Mons A, Carrillo-Vázquez A, Sánchez-Martín D. La influencia de los medios de comunicación en el suicidio. *Psiquiatria.com*. 2022; 26:11303. <http://psiqui.com/1-11303>
21. Polanco-Roman L, Moore A, Tsypes A, Jacobson C, Miranda R. Emotion reactivity, comfort expressing emotions, and future suicidal ideation in emerging adults. *J Clin Psychol*. 2018; 74(1):123-35. doi: 10.1002/jclp.22486
22. Chu C, Buchman-Schmitt JM, Stanley IH, Hom MA, Tucker RP, Hagan CR, et al. The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychol Bull*. 2017; 143(12):1313-45. doi: 10.1037/bul0000123
23. Rogers ML, Joiner TE. Exploring the temporal dynamics of the interpersonal theory of suicide constructs: A dynamic systems modeling approach. *J Consult Clin Psychol*. 2019; 87(1):56-66. doi: 10.1037/ccp0000373
24. Espinosa-Salido P, Pérez-Nieto MA, Baca-García E, Provencio-Ortega M. Systematic review of the indirect relationships of thwarted belongingness and perceived burdensomeness in suicide. *Clin Salud*. 2021; 32(1):29-36. doi: 10.5093/clysa2020a27
25. Bertolín-Guillén JM. Homicidio y suicidio: biología y psicopatología. *Psicosom Psiquiatr*. 2022; 21:30-9. doi: 10.34810/PsicosomPsiquiatr-num210501
26. Balt E, Mérelle S, van-Bergen D, Gilissen R, van-der-Post P, Looijmans M, et al. Gender differences in suicide-related communication of young suicide victims. *PLoS One*. 2021; 16(5):e0252028. doi: 10.1371/journal.pone.0252028
27. Astrup H, Myhre MØ, Kildahl AT, Walby FA. Suicide after contact with child and adolescent mental health services-a national registry study. *Front Psychiatry*. 2022; 13:886070. doi: 10.3389/fpsy.2022.886070
28. Holdaway AS, Luebbe AM, Becker SP. Rumination in relation to suicide risk, ideation, and attempts: Exacerbation by poor sleep quality? *J Affect Disord*. 2018; 236:6-13. doi: 10.1016/j.jad.2018.04.087

29. Gyori D, Balazs J. Nonsuicidal self-injury and perfectionism: A systematic review. *Front Psychiatry*. 2021; 12:691147. doi: 10.3389/fpsy.2021.691147
30. Sarkisian KL, van-Hulle CA, Goldsmith HH. Brooding, inattention, and impulsivity as predictors of adolescent suicidal ideation. *J Abnorm Child Psychol*. 2019; 47(2):333–44. doi: 10.1007/s10802-018-0435-5
31. Sarkisian KL, van-Hulle C, Goldsmith HH. Persistence during childhood problem-solving as a predictor of active suicidal ideation during adolescence. *Res Child Adolesc Psychopathol*. 2021; 49(4):533–43. doi: 10.1007/s10802-020-00726-4
32. Fonseca-Pedrero E, Inchausti F, Pérez-Gutiérrez L, Aritio-Solana R, Ortuño-Sierra, Sánchez-García MA, et al. Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018; 11(2):76–85. doi: 10.1016/j.rpsm.2017.07.004
33. Lee CY, Chiang YC, Li A, Li X, Wu YT, Lin YJ, et al. Influence of humor expression on suicidal ideation among adolescents: Mediating effects of depressive emotion and positive emotion. *BMC Psychiatry*. 2020; 20(1):421. doi: 10.1186/s12888-020-02814-7
34. Hu S, Mo D, Guo P, Zheng H, Jiang X, Zhong H. Correlation between suicidal ideation and emotional memory in adolescents with depressive disorder. *Sci Rep*. 2022; 12(1):5470. doi: 10.1038/s41598-022-09459-4
35. Ding R, Wu N, Tang S, Liu T, Li W, Ni S. Relations between parental response to children's negative emotions and suicidal ideation in chinese adolescents: Internalizing problems, emotion regulation, and perceived relationship quality with parents as mediators. *J Affect Disord*. 2022; 301:205–16. doi: 10.1016/j.jad.2022.01.043
36. Ruch DA, Heck KM, Sheftall AH, Fontanella CA, Stevens J, Zhu M, et al. Characteristics and precipitating circumstances of suicide among children aged 5 to 11 years in the United States, 2013-2017. *JAMA Netw Open*. 2021; 4(7):e2115683. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.15683
37. Eskin M, Sun JM, Abuidhail J, Yoshimasu K, Kujan O, Janghorbani M, et al. Suicidal behavior and psychological distress in university students: A 12-nation study. *Arch Suicide Res*. 2016; 20(3):369–88. doi: 10.1080/13811118.2015.1054055
38. Bertolín-Guillén JM. Eutanasia, suicidio asistido y psiquiatría. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2021; 41(140):51–67. doi: 10.4321/S0211-57352021000200003
39. Antonovsky A. Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Soc Sci Med*. 1993; 37:969–81. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953693904276>
40. Lindström B, Eriksson M. Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59(6):440–2. doi: 10.1136/jech.2005.034777

41. Drum DJ, Brownson C, Hess EA, Burton-Denmark A, Talley AE. College students' sense of coherence and connectedness as predictors of suicidal thoughts and behaviors. *Arch Suicide Res.* 2017; 21(1):169–84. doi: 10.1080/13811118.2016.1166088
42. Xin M, Petrovic J, Zhang L, Böke BN, Yang X, Xue Y. Various types of negative life events among youth predict suicidal ideation: A cross-sectional study based on gender perspective. *Am J Mens Health.* 2022; 16(4):15579883221110352. doi: 10.1177/15579883221110352
43. Li X, Xiang ST, Dong J. The concurrence of sexual violence and physical fighting among adolescent suicide ideators and the risk of attempted suicide. *Sci Rep.* 2022; 12(1):5290. doi: 10.1038/s41598-022-09387-3
44. Alvarez-Subiela X, Castellano-Tejedor C, Villar-Cabeza F, Vila-Grifoll M, Palao-Vidal D. Family factors related to suicidal behavior in adolescents. *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 19(16):9892. doi: 10.3390/ijerph19169892
45. Waraan L, Mehlum L, Rognli EW, Czajkowski NO, Aalberg M. Associations between insecure attachment styles to parents and suicidal ideation in adolescents with depression. *Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol.* 2021; 9:41–51. doi: 10.21307/sjcapp-2021-006
46. Rückert-Eheberg IM, Lukaschek K, Brenk-Franz K, Strauß B, Gensichen J. Association of adult attachment and suicidal ideation in primary care patients with multiple chronic conditions. *J Affect Disord.* 2019; 246:121–5. doi: 10.1016/j.jad.2018.12.029
47. Bentley KH, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Fox KR, Nock MK. Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2016; 43:30–46. doi: 10.1016/j.cpr.2015.11.008
48. de-Beurs D, ten-Have M, Cuijpers P, de-Graaf R. The longitudinal association between lifetime mental disorders and first onset or recurrent suicide ideation. *BMC Psychiatry.* 2019; 19(1):345. doi: 10.1186/s12888-019-2328-8
49. Steinfeldt-Kristensen C, Jones CA, Richards C. The prevalence of self-injurious behaviour in autism: A meta-analytic study. *J Autism Dev Disord.* 2020; 50(11):3857–73. doi: 10.1007/s10803-020-04443-1
50. Blanchard A, Chihuri S, DiGiuseppi CG, Li G. Risk of self-harm in children and adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2021; 4(10):e2130272. doi: 10.1001/jama-networkopen.2021.30272
51. Crawford H, Karakatsani E, Singla G, Oliver C. The persistence of self-injurious and aggressive behavior in males with fragile X syndrome over 8 years: A longitudinal study of prevalence and predictive risk markers. *J Autism Dev Disord.* 2019; 49(7):2913–22. doi: 10.1007/s10803-019-04002-3

52. Roush JF, Brown SL, Jahn DR, Mitchell SM, Taylor NJ, Quinnett P, et al. Mental health professionals' suicide risk assessment and management practices. *Crisis*. 2018; 39(1):55–64. doi: 10.1027/0227-5910/a000478
53. Mokkenstorm J, Franx G, Gilissen R, Kerkhof A, Smit JH. Suicide prevention guideline implementation in specialist mental healthcare institutions in The Netherlands. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15(5):910. doi: 10.3390/ijerph15050910
54. Reinhardt M, Rice KG, Horváth Z. Non-suicidal self-injury motivations in the light of self-harm severity indicators and psychopathology in a clinical adolescent sample. *Front Psychiatry*. 2022; 13:1046576. doi: 10.3389/fpsyt.2022.1046576
55. Lawrence HR, Burke TA, Sheehan AE, Pastro B, Levin RY, Walsh RFL, et al. Prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts in preadolescent children: A US population-based study. *Transl Psychiatry*. 2021; 11(1):489. doi: 10.1038/s41398-021-01593-3
56. Bruffaerts R, Mortier P, Auerbach RP, Alonso J, Hermosillo-Torre AE, Cuijpers P, et al. Lifetime and 12-month treatment for mental disorders and suicidal thoughts and behaviors among first year college students. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2019; 28(2):e1764. doi: 10.1002/mpr.1764
57. Sawa M, Koishikawa H, Osaki Y. Risk factors of a suicide reattempt by seasonality and the method of a previous suicide attempt: A cohort study in a Japanese primary care hospital. *Suicide Life Threat Behav*. 2017; 47(6):688–95. doi: 10.1111/sltb.12326
58. Kim H, Kim Y, Shin MH, Park YJ, Park HE, Fava M, et al. Early psychiatric referral after attempted suicide helps prevent suicide reattempts: A longitudinal national cohort study in South Korea. *Front Psychiatry*. 2022; 13:607892. doi: 10.3389/fpsyt.2022.607892
59. Liu BP, Jia CX, Qin P, Zhang YY, Yu YK, Luo X, et al. Associating factors of suicide and repetition following self-harm: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *EclinicalMedicine*. 2022; 49:101461. doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101461
60. Vichi M, Vitiello B, Ghirini S, Pompili M. Does population density moderate suicide risk? An Italian population study over the last 30 years. *Eur Psychiatry*. 2020; 63(1):e70. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.69
61. Wulz AR, Miller GF, Kegler SR, Yard EE, Wolkin AF. Assessing female suicide from a health equity viewpoint, U.S. 2004–2018. *Am J Prev Med*. 2022; 63(4):486–95. doi: 10.1016/j.amepre.2022.04.012
62. Generaal E, Timmermans EJ, Dekkers JEC, Smit JH, Penninx BWJH. Not urbanization level but socioeconomic, physical and social neighbourhood characteristics are associated with presence and severity of depressive and anxiety disorders. *Psychol Med*. 2019; 49(1):149–61. doi: 10.1017/S0033291718000612

63. Forte A, Vichi M, Ghirini S, Orri M, Pompili M. Trends and ecological results in suicides among Italian youth aged 10-25 years: A nationwide register study. *J Affect Disord.* 2021; 282:165-72. doi: 10.1016/j.jad.2020.12.142
64. Gayete S, Giné A, Marcos S, Vidal MA, Ventura C, Ochoa S. Perfil sociodemográfico y clínico de las personas atendidas en el programa "Código Riesgo Suicidio de Cataluña". *Actas Esp Psiquiatr* 2022; 50(2):114-9. <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/25/136/ESP/25-136-ESP-114-119-809514.pdf>
65. Wolberg LR. The techniques of psychotherapy. 4th ed. Lanham, Maryland (US): Jason Aronson, Inc.; 2013 [1988].
66. Alexopoulos GS, Raue PJ, Banerjee S, Mauer E, Marino P, Soliman M, et al. Modifiable predictors of suicidal ideation during psychotherapy for late-life major depression. A machine learning approach. *Transl Psychiatry.* 2021; 11(1):536. doi: 10.1038/s41398-021-01656-5
67. Woods A, Solomonov N, Liles B, Guilloid A, Kales HC, Sirey JA. Perceived social support and interpersonal functioning as predictors of treatment response among depressed older adults. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2021; 29(8):843-52. doi: 10.1016/j.jagp.2020.12.021
68. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Taylor-Salisbury TL, Townsend E, et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021; 4(4):CD013668. doi: 10.1002/14651858.CD013668.pub2
69. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Taylor-Salisbury TL, Townsend E, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021; 3(3):CD013667. doi: 10.1002/14651858.CD013667
70. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Taylor-Salisbury TL, Townsend E, et al. Pharmacological interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021; 1(1):CD013669. doi: 10.1002/14651858.CD013669
71. Hadjipavlou G, Hernandez CA, Ogrodniczuk JS. Psychotherapy in contemporary psychiatric practice. *Can J Psychiatry.* 2015; 60(6):294-300. doi: 10.1177/070674371506000609
72. Krendl AC, Betzel RF. Social cognitive network neuroscience. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2022; 17(5):510-29. doi: 10.1093/scan/nsac020
73. Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Kongerslev MT, Mattivi JT, Jørgensen MS, et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020; 5(5):CD012955. doi: 10.1002/14651858.CD012955.pub2
74. Stoffers-Winterling JM, Storebø OJ, Simonsen E, Sedoc-Jørgensen M, Pereira-Ribeiro J, Kongerslev MT, et al. Perspectives on dialectical behavior therapy and mentalization-based therapy for borderline personality disorder: Same, different, complementary? *Psychol Res Behav Manag.* 2022; 15:3179-89. doi: 10.2147/PRBM.S342257

75. Mehlum L, Schmahl C, Berens A, Doering S, Hutsebaut J, Kaera A, et al. Euthanasia and assisted suicide in patients with personality disorders: A review of current practice and challenges. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2020; 7:15. doi: 10.1186/s40479-020-00131-9