



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

Universitat Autònoma de Barcelona



Departament de Psicologia Bàsica,

Evolutiva i de l'Educació

Factores de riesgo en la conducta suicida en la adolescencia

TESIS DOCTORAL

Autor:

Francisco Villar Cabeza

Directores:

Tomás Blasco Blasco

Carmina Castellano Tejedor

Memoria presentada para optar al título de Doctor en Psicología por la
Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Bellaterra.
Programa de doctorado en Psicologia de la Salut i de l'Esport

Barcelona, 2018

Universitat Autònoma de Barcelona



Departament de Psicologia Bàsica,

Evolutiva i de l'Educació

Factores de riesgo en la conducta suicida en la adolescencia

TESIS DOCTORAL

Autor:

Francisco Villar Cabeza

Directores:

Tomás Blasco Blasco

Carmina Castellano Tejedor

Memoria presentada para optar al título de Doctor en Psicología por la
Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Bellaterra.
Programa de doctorado en Psicologia de la Salut i de l'Esport

Barcelona, 2018

INDICE

1. Agradecimientos.....	7
2. Prólogo.....	9
3. Conceptualización de la conducta suicida antes del Siglo XX.....	11
3.1. El suicidio como salida digna.....	11
3.2. El suicidio como acto de honor o protesta.....	12
3.3. El suicidio como acto reprobable.....	14
4. Conceptualización de la conducta suicida en los Siglos XX-XXI.....	16
4.1. Suicidio y salud mental.....	16
4.2. Enfoque teórico actual: de la ideación a la acción.....	18
4.3. Problemas para consensuar una definición y delimitación del suicidio.	20
4.4. Propuesta de definición para la tesis.....	23
5. Epidemiología de la conducta suicida.....	25
5.1. Epidemiología del suicidio consumado.....	25
5.2. Epidemiología de la conducta suicida sin resultado mortal.....	28
6. Características específicas del suicidio en adolescentes.....	29
7. Abordaje terapéutico del suicidio como problema de salud pública.....	32
8. Planteamiento y Objetivos	37
8.1. Artículo 1.....	38
8.2. Artículo 2.....	53
8.3. Artículo 3.....	55
9. Discusión general.....	57
10. Limitaciones.....	65

11. Implicaciones.....	67
11.1. Implicaciones para la práctica clínica.....	67
11.2. Líneas futuras de investigación.....	68
12. Conclusiones.....	71
13. Referencias bibliográficas.....	73

1. AGRADECIMIENTOS

Quería dedicar este trabajo a las personas más importantes de mi vida, mis hijos Sofía, Marc y a ti que me muero de ganas de conocerte. Vosotros me habéis enseñado lo importantes que son los hijos para los padres dando mayor sentido e importancia a mi trabajo.

Quiero agradecer muy especialmente el apoyo de Cecilia, mi compañera, mi esposa, mi cómplice, la madre de nuestros hijos, la persona a la que más admiro, por tu apoyo y por tu paciencia conmigo, no sólo con el trabajo, gracias mi amor.

A mis padres Eulogio e Isabel y a mis hermanos Raquel y Rafa, que también en habéis sido los mejores compañeros de camino, gracias por la compañía eterna, por el apoyo y por estar siempre allanando el camino, no ha sido fácil pero aquí estamos.

Al resto de mi familia, que me han enseñado todo lo que sé, que me han educado, que me han formado como persona, que me han tenido una paciencia infinita.

A todo aquel que me ha acompañado en algún momento de mi camino, especialmente a los que no creyeron en mí, a los que no esperaban nada, me disteis la libertad, me quitasteis la presión y con ella todos los frenos que podían entorpecer mi camino, los creados por uno mismo.

A mis directores de tesis, Carmina y Tomás, por vuestra paciencia y entusiasmo, por vuestra capacidad de trabajo, por vuestro ejemplo, por vuestra vocación pública de dedicación al otro, por vuestra ética y valores, y muy especialmente por todo lo que no ha sido ciencia.

A los adolescentes y familias que han colaborado generosamente, compartiendo su experiencia para ayudar al otro, por permitirme acompañarlos en su dolor, por compartir planes de ayuda, por enseñarme a valorar lo importante de verdad.

A mis compañeros de trabajo Mar, Mireia, Enrique, Tania, Lola, Marta por hacer posible el programa de conducta suicida del adolescente. Y a mis jefes Bernardo, Pep, Montse y Luís por darme alas y confiar en mí proyectos tan importantes.

2. PRÓLOGO

El fenómeno del suicidio entraña un sufrimiento físico y psicológico muy elevado, tanto para la persona que realiza la tentativa, como para sus allegados y los profesionales que deben abordar la situación (Nock et al., 2008). Esto se traduce en la pérdida de muchos años potenciales de vida y, además, conlleva costes emocionales y económicos importantes para la sociedad (Law, Yip, & Chen, 2011).

El presente trabajo de tesis se enmarca en el servicio de hospitalización del *Hospital materno-infantil Sant Joan de Déu* de Barcelona. Precisamente es fruto de la creación de un programa específico y especializado de atención a la problemática de la conducta suicida en el menor.

El *Hospital Sant Joan de Déu* de Barcelona es un hospital de referencia a nivel de pediatría, que cuenta con un servicio de urgencias de psiquiatría infanto-juvenil. Tiene un área de influencia de 1.300.000 habitantes y recibe alrededor de 100.000 visitas anuales en el servicio de urgencias pediátricas.

El año 2013, después de más de 20 años dedicados a la atención de la conducta suicida en el menor, la jefatura del servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica del *Hospital Sant Joan de Déu* observa un incremento de la demanda de adolescentes que presentan conducta suicida como motivo de consulta. Deciden, en consecuencia, impulsar la creación de un programa específico de atención a esta problemática. Los objetivos eran actualizar los protocolos de actuación e incrementar el conocimiento de una problemática que genera un enorme malestar, tanto en los menores implicados como en familiares y profesionales.

El programa está dotado con un psicólogo clínico y un psiquiatra, con soporte de trabajo social y la implicación de los equipos de medicina, enfermería, voluntarios y cuidadores de los distintos dispositivos implicados en la atención de la conducta suicida al menor. Estos dispositivos están configurados por los diferentes equipos médicos que se encargan de la estabilización orgánica de las posibles consecuencias del intento, los equipos de enfermería de las plantas de pediatría que realizan los cuidados, y el equipo de voluntarios del hospital que realiza funciones de acompañamiento de los menores para que, por ejemplo, los padres puedan comer, ir a ducharse o realizar alguna gestión durante el acompañamiento del menor. De forma más específica, el programa cuenta con tres camas en hospitalización de agudos de

psiquiatría, con tres plazas en hospital de día de psiquiatría y tres consultas externas semanales, tanto de psiquiatría como de psicología.

Con la creación de este programa específico, se inició un enriquecedor y apasionante proyecto en el que me vi implicado como receptor de la demanda; un apasionante camino que coordino y que he co-liderado desde su inicio hasta la actualidad con diferentes profesionales.

Por tanto, el proyecto en el que se enmarca la tesis sobrepasa por mucho la propia tesis, y a su vez dota de sentido a los contenidos que en ella se abordan, y que pretenden ayudar a entender mejor la problemática que nos ocupa, a fin de mejorar la práctica clínica y la toma de decisiones.

3. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA ANTES DEL SIGLO XX

A lo largo de la historia, en diferentes civilizaciones y culturas, la consideración del suicidio o del hecho de darse muerte ha sido muy variada. Así, el suicidio ha sido aceptado como salida digna, reprobado, considerado como un acto heroico o como un delito, siendo pocas veces visto de forma unánime. Tampoco ha mantenido una evolución lineal, variando las consideraciones según la evolución histórica. No obstante, podemos considerar que, hasta finales del siglo XIX, han existido tres grandes formas de entender el acto suicida: 1) el suicidio como salida digna; 2) el suicidio como acto de honor o protesta; y 3) el suicidio como acto reprobable. Como veremos a continuación, en ciertos momentos históricos y culturas ha prevalecido más un enfoque que otro, pero también se ha producido, en mayor o menor grado, una coexistencia de todos ellos. Estas tres orientaciones impregnan también el siglo XX y XXI pero en los albores del primero, aparece una nueva conceptualización a partir de una visión psicológica, biológica, psicopatológica y sociológica que, a grandes rasgos, es la predominante en nuestra sociedad actual y que comentaremos en un apartado posterior.

3.1. EL SUICIDIO COMO SALIDA DIGNA

En el antiguo Egipto no había deshonor asociado al acto mismo del suicidio. En Grecia, también era tolerado bajo ciertos motivos (Andrés, 2015; Mesones-Peral, 2014); De hecho la antigüedad grecorromana no reprobó el suicidio y llegó incluso a recomendarlo cuando el alma estaba corrompida por una perversión, por el desamparo o por lo que hoy en día recibiría el nombre de una psicosis (Cyrulnik, 2014). En pueblos bárbaros contemporáneos, el suicidio tampoco parece haber sido un fenómeno extraño. Así, entre los celtas era una conducta honorable, y los pobladores de la península Ibérica son a menudo descritos como despreciadores de la vida, dispuestos a morir antes que a dejarse capturar como ocurrió en Numancia y Sagunto (Mesones-Peral, 2014). En la Biblia no existe ni apología ni condena de la muerte voluntaria, los primeros cristianos eran tolerantes con el acto suicida como caso extremo, además llegó a considerarse un acto digno para los mártires perseguidos durante el cristianismo, pues en aquella época el martirio era una forma rápida de lograr la salvación eterna (Andrés, 2015; Mesones-Peral, 2014). De hecho la reprobación explícita por parte de la iglesia llegó a partir de los siglos IV y V (Andrés, 2015), como veremos a continuación.

Consideraciones posteriores no se conformaron con no reprochar o aceptar el suicidio como una salida digna, sino que lo defendieron y argumentaron a su favor. Es el caso del Estoicismo tal como lo plantea Séneca. Éste pensador entiende el suicidio y su consumación como la

puesta en práctica de la libertad que posee el ser humano para abandonar una vida que considera ya indigna e impropia de su razón. Desde esa perspectiva, el suicidio es un acto moral y valiente, nunca de desesperación ni cobardía (Bonete-Perales, 2004; Critchley, 2016). Esta línea vuelve a resurgir al retomarse el debate del suicidio en el Siglo de las Luces, Jean-Jaques Rousseau defiende el derecho a librarse de la propia vida (Cyrulnik, 2014) y este planteamiento tiene su continuación en la época romántica, cuando el suicidio por envenenamiento del poeta Inglés Thomas Chatterton (1752-1770) a sus 17 años, fue tomado como modelo de muerte prematura en una época en la que entre los jóvenes, la muerte y la poesía iban unidas y estaban altamente valoradas (Mesones-Peral, 2014). Desde la filosofía, Hume aporta argumentos para la justificación del suicidio, plantando cara a la concepción cristiana al señalar que el suicidio no es un pecado ni una ofensa a Dios (Bonete-Perales, 2004; Critchley, 2016). Por su parte, Schopenhauer justifica el acto suicida de una forma radical y un tanto provocadora, pues afirma que quien comete un suicidio busca con ahínco desesperado liberarse de males y dolores antes que acabar con su vida. El suicida ama la vida; lo único que le pasa es que no acepta las condiciones en que ésta se le ofrece. Esta aproximación al acto suicida es retomada posteriormente por Nietzsche (1844-1900) al apuntar argumentos a favor de la eutanasia voluntaria y del suicidio asistido (Bonete-Perales, 2004). En la misma línea, Karl Jaspers, psiquiatra y filósofo ha argumentado la legitimidad de la *mors voluntaria* (Andrés, 2015).

3.2. EL SUICIDIO COMO ACTO DE HONOR O PROTESTA

En *Masada*, los centenares de judíos que cerraron el paso al inmenso ejército romano se suicidaron en grupo para significar que nada podía someterlos, todavía hoy se les considera héroes y se usan como un mito destinado a los jóvenes soldados israelitas (Cyrulnik, 2014).

En Japón, la vergüenza o el deshonor eran motivos suficientes para quitarse la vida. El suicidio se concebía como un comportamiento incluso ritualizado, tal es el caso del *seppuku* o *harakiri*; método de suicidio ritual japonés que formaba parte del Bushido, código de los guerreros samurái (Mesones-Peral, 2014).

Los mayas, según refiere la historia, veneraban a *Ixtab*, diosa del suicidio, esposa del dios de la muerte, *Chamer*. En la tradición Maya se consideraba el suicidio como una manera extremadamente honorable de morir. Asimismo, entre los indígenas americanos en ocasiones se ha propuesto el suicidio como medio de protesta y de ejercer presión ante injerencias en sus territorios (Mesones-Peral, 2014).

En India, desde el Brahmanismo, la creación del universo es atribuida al auto-sacrificio de Prajapati. El hinduismo lo rechaza, pero acepta ciertos casos de suicidio, como aquellos practicados en rituales o los cometidos por mujeres viudas para expiar los pecados del marido y recuperar el honor para sus hijos. Existían dos tipos de suicidios rituales: el *jauhar* y el *sati*, habiendo permanecido este último en vigor hasta finales del siglo XX (Mesones-Peral, 2014).

El Budismo no reconoce un alma independiente, sino un alma-cuerpo interdependiente. Todo se rige por la ley del Karma y, por tanto, todo es consecuencia del Karma pasado. El objetivo es alcanzar el Nirvana o estado mental de paz completa. Desde esta corriente budista, el suicidio es rechazado puesto que el tiempo de sufrimiento en la tierra no debe de ser modificado ya que es consecuencia de los actos malignos cometidos en una vida anterior. A pesar de ello, y de la aparente contradicción, el budismo acepta el acto de protesta de “quemarse a lo bonzo” (Mesones-Peral, 2014).

En China no existe tabú social o religioso que proscriba el suicidio. En su cultura, quitarse la vida se ha considerado una forma de expresión en sí misma, “una protesta en silencio”, mientras se desprecia la exteriorización de las emociones. Desde la china feudal hasta la moderna, la mujer se ha suicidado por lealtad a su esposo cuando éste moría. Otra razón esgrimida para cometer el acto suicida ha sido la protección del buen nombre y la decencia de la familia, en el caso de que la mujer hubiese sido violada o mantenido una relación prematrimonial. Muchas veces la viuda recurría al suicidio si se veía en la necesidad de romper las reglas de la decencia para sobrevivir, como podría ser iniciar una nueva relación por motivos económicos. Los hombres rutinariamente mataban a sus esposas e hijos antes de matarse ellos, ya que estaba muy mal visto dejar atrás a las esposas y los hijos. También en china el suicidio fue (y es) una herramienta para la protesta (Mesones-Peral, 2014).

Quizás estas muertes podrían equipararse a las de los mártires de las primeras épocas del cristianismo, consideradas como actos premiados con la protección a la familia del mártir y con la salvación eterna de éste. De hecho esta distinción ya se recogía en diferentes legislaciones de occidente, según las cuales morir por causas que incumben al bien social no es delito, aceptando que quienes mueren por una causa patriótica o religiosa no deben ser llamados suicidas (Andrés, 2015). La misma situación nos encontramos al considerar el suicidio como un acto de protesta, o a un acto heroico de sacrificio personal por un bien a los otros.

Ciertamente en la consideración del suicidio tal y como lo entendemos en la actualidad, el valorar que la propia muerte va a mejorar la vida de los demás está muy presente en la subjetividad de la persona que se suicida, pues el suicida no considera únicamente que su vida no la quiere en las condiciones que se le presenta, sino que también piensa que es una carga para los demás y que todos estarían mejor sin él, identificándose de este modo a sí mismo, como una fuente de problemas.

3.3. EL SUICIDIO COMO ACTO REPROBABLE

Como en la defensa o aceptación del suicidio, los primeros planteamientos en este apartado vienen de la mano de la filosofía, pero en este caso, los planteamientos más duros en cuanto a la condena vienen de la mano de la religión. De hecho hay quien sostiene que la práctica de la filosofía empieza con un suicidio. Filosofar es aprender a morir, sostiene Sócrates en *El Fedón*, mientras cuenta a sus discípulos historias sobre la inmortalidad del alma (Critchley, 2016).

En la Grecia clásica el suicidio estaba considerado como algo indigno y vergonzoso, y en cierta manera perseguido (Mesones-Peral, 2014). Platón consideraba el suicidio una deshonra y Aristóteles lo rechaza considerando a la persona suicida como una persona cobarde que no sabe afrontar las dificultades y las tesituras de la vida.

Focalizando en las conceptualizaciones del suicidio desde la religión, observamos que en el mundo cristiano, en su origen, ni la Biblia Hebrea ni el Nuevo Testamento condenan ni aprueban el suicidio (Mesones-Peral, 2014). Sin embargo, en el Corán se condena abiertamente el suicidio (Barraclough, 1992). Por su parte, el hinduismo lo considera como un acto enteramente inútil, pues sólo consigue destruir la envoltura exterior del ser y no el ser mismo (Ceverino, 2002). El taoísmo oscila entre considerarlo un acto heroico y condenarlo, en tanto que acelera la llegada de la muerte que debería ser acatada por el hombre como mera fatalidad del destino en el que no debe intervenir (Ceverino, 2002).

Volviendo al cristianismo, en el siglo IV la iglesia cambió su postura respecto al acto suicida sustentándola en los planteamientos de San Agustín de Hipona, el cual toma la falta de referencia al suicidio en las Escrituras para destacar que la religión cristiana no lo permite en ningún caso, y extiende el mandato de Dios “no matarás” ampliándolo a uno mismo, con lo que equipara el suicidio al homicidio y, por tanto, lo hace contrario a la Ley Natural (Bonete-Perales, 2004; Mesones-Peral, 2014). Tras el Concilio de Arlés en el año 452 d.c., la iglesia condenó el suicidio oficialmente y, en el posterior Concilio de Toledo, se decreta excomunión

para los suicidas y se les niega la aplicación de los rituales ordinarios de la iglesia tras su muerte. Precisamente esta fue la principal postura del cristianismo frente al suicidio durante la Alta Edad Media (Mesones-Peral, 2014). Así, durante la Edad Media el suicidio fue rechazado, las legislaciones medievales ordenaban la confiscación de todas las propiedades del suicida, se les negaba la sepultura en tierra sagrada y el cadáver sufría todo tipo de humillaciones (Andrés, 2015; Mesones-Peral, 2014).

Tomás de Aquino (1225-1274) estableció el argumento más poderoso contra el suicidio al señalar que nuestra vida no nos pertenece. La vida, según Tomás de Aquino nos la da Dios, y la libertad de finalizarla no nos corresponde a nosotros. Para Tomás de Aquino suicidarse conlleva un gran mal, el no tener tiempo para una penitencia que pueda expiar “tan horrendo” pecado contra Dios, la polis y uno mismo (Bonete-Perales, 2004). Siglos más tarde, Kant afirmó que el suicidio atenta contra la dignidad del ser humano, en una línea de pensamiento muy similar a la idea cristiana del suicidio (Bonete-Perales, 2004; Mesones-Peral, 2014).

Ya en el siglo XX Jean Paul Sartre considera el suicidio un acto de “mala fe”, en el sentido de ser un acto deshonesto, una acción que intenta evadirse de la necesidad de encontrarle sentido a la existencia. Eso queda patente en el caso de suicidas que fallan su tentativa de autodestrucción, donde la continuidad de su vida termina por demostrar la plausibilidad de otras soluciones vitales. De esta forma el suicidio se constituye como un absurdo, al ser un acto que, pretendiendo dar sentido a la vida, la sumerge en la absurdidad, violentándola (Mesones-Peral, 2014).

4. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN LOS SIGLOS XX-XXI

4.1. SUICIDIO Y SALUD MENTAL

La óptica cristiana empieza a resquebrajarse en el siglo XVII con el auge de la ciencia y de la concepción materialista de la naturaleza. El fin de la represión del suicidio coincide con la aparición de las ciencias sociales, que nacen con el capitalismo y la sociedad industrial. Así, el suicidio se empieza a considerar como un problema social junto con la pobreza o el alcoholismo, por ejemplo (Mesones-Peral, 2014), lo que llevará a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considere el suicidio como un problema de salud pública (World Health Organization, 2014).

Tras la Revolución francesa (1789 – 1799), cuando se restableció de nuevo el orden y la cultura impuso el conformismo Burgués del siglo XIX y XX, toda desviación se convirtió en prueba de locura. Los sociólogos, inspirados por Durkheim, hablaban de “suicidios egoístas” y explicaban que sólo las personas “no integradas” se suicidaban. Ponían de ejemplo a los solteros, los viudos, los divorciados, los rentistas, los oficiales de colonias o los prisioneros (Cyrulnik, 2014).

A Freud se le atribuye la defensa del cambio de perspectiva sobre el suicidio, desde un fenómeno moral, legal, filosófico o espiritual hasta una preocupación clínica por la cual una persona debe recibir ayuda, y no un juicio moral (Ellis, 2001). Pero son muchos los autores que hicieron aportaciones en este sentido antes que él. Pinel consideró el suicidio como un síntoma de la melancolía, y señaló que éste presentaba todas las características de la alineación mental, pudiendo ser un síntoma de ésta. Esquirol planteó que el suicidio era casi siempre un síntoma de locura, debido a una enfermedad o a un delirio agudo, si bien aceptó el papel que, en ocasiones, podían jugar los acontecimientos adversos de la vida en la decisión del suicida, así como que el suicidio no era una enfermedad mental *per se* (Andrés, 2015; Mesones-Peral, 2014). Por su parte, Étoc-Demazy planteó su concepto de *aberration morbide pasagere* en relación con la conducta suicida y discrepó de la idea de que todos los suicidas fueran enfermos mentales (Mesones-Peral, 2014).

El final del siglo XIX y el principio del siglo XX marcan el comienzo de la época moderna en el estudio del suicidio. Este nuevo periodo despertó un interés creciente en esta problemática, que acabó traducéndose en un auge de modelos explicativos provenientes de diferentes disciplinas. Si viene a ser cierto que se desarrolla un importante esfuerzo teórico, la mayoría de estos planteamientos contaban con escaso respaldo empírico por aquel entonces (ver Tabla 1).

Tabla 1.

Selección de los principales modelos sobre conducta suicida en los siglos XX y XXI.

Modelos	Autor/es (año)	Premisa básica
Sociológicos	Durkheim, 1951	Destaca el fenómeno del aislamiento social.
Psicoanalíticos	Freud, 1922	Pulsión de muerte (<i>Thanatos</i>) y pulsión de vida (<i>Eros</i>) en continuo conflicto.
	Menninger, 1938	<i>El hombre contra sí mismo</i> . Deseo de matar, deseo de ser muerto y deseo de morir. Suicidios crónicos y suicidios localizados.
Psicológicos	Shneidman, 1998	Modelo cúbico del suicidio: estrés + dolor (<i>psychache</i>) + perturbación = explica el suicidio.
	Baumeister, 1990	Suicidio como un escape a un estado mental aversivo.
	Beck et al., 1985	Destacan el rol de la desesperanza para explicar el suicidio.
	Schotte & Clum, 1987	Modelo de diátesis-estrés-desesperanza del comportamiento suicida.
	Rudd, Joiner, & Rajab, 2003	Modelo cognitivo-conductual de suicidio.
	Williams & Williams, 2002	<i>“Arrested flight model”</i> . Sentimiento de derrota + sentirse atrapado (<i>Cry of Pain model</i>)
	Wenzel & Beck, 2008	Realizan propuesta de un modelo cognitivo de la conducta suicida.
	Williams et al., 2008	Teoría de activación diferencial de la capacidad de suicidio. El modelo de red asociativa.
Mixtos	Johnson et al., 2010	<i>“Schematic Appraisal Model of suicide” (SAMS)</i>
	Kraepelin, 1856-1926	Conducta suicida como una de las categorías de la melancolía (melancolía con ideas de suicidio).
	Mann et al., 1999	Modelo clínico de conducta suicida, modelo diátesis-estrés.
Biológicos	Plutchik, van Praag, & Conte, 1989	Modelo de fuerzas “contrabalanceadas” de la conducta suicida y violenta.
	Linnoila & Virkkunen, 1992	Modelo patogenético de la impulsividad. Existencia de un síndrome de hipofunción serotoninérgica central.
	Fawcett et al., 1997	Modelo clínico-bioquímico de 4 vías.

La cantidad de modelos presentados son un claro reflejo del interés que a lo largo del siglo XX despierta la problemática que abordamos y la complejidad de ésta. Cada una de estas aproximaciones ha permitido entender mejor la conducta suicida, y ha ofrecido las primeras respuestas que han llevado a plantear nuevas preguntas. Sin embargo, todos estos modelos siguen siendo insuficientes para ofrecer conclusiones satisfactorias a las múltiples incógnitas que siguen existiendo alrededor de la conducta suicida. Una de las más relevantes y poco abordada es el hecho de que no todas las personas que piensan en el suicidio acaban deseando suicidarse, ni tampoco todas las personas que desean suicidarse lo acaban intentando, ni, por supuesto, todas las personas que lo intentan acaban muriendo por suicidio. La OMS estima que se dan alrededor de 20 intentos de suicidio por cada suicidio consumado (World Health Organization, 2014). Kessler y colaboradores (Kessler, Borges, & Walters, 1999) observan y cuantifican las transiciones entre la ideación suicida, la planificación, y la conducta suicida. Según sus estudios, el 90% de los intentos no planificados y el 60% de los planificados ocurren en el primer año tras la aparición de la ideación suicida (Kessler et al., 1999). Sin embargo, ninguno de los modelos presentados tiene éxito a la hora de diferenciar los pensamientos suicidas de los actos suicidas (O'Connor, Platt, & Gordon, 2011), y ninguno acaba haciendo un planteamiento de cómo una persona transita desde la ideación de muerte, hasta el suicidio consumado.

Una posible solución a este problema puede fundamentarse en la aportación de Joiner (2005), quien, con el planteamiento de su *Teoría interpersonal del suicidio* da origen al actual marco teórico que ha venido a denominarse “de la ideación a la acción” y que postula que el desarrollo de la ideación suicida y la progresión de esta ideación a los intentos de suicidio deberían ser vistos como procesos diferentes, con diferentes predictores y explicaciones. Este planteamiento, que desarrollaremos en el apartado siguiente, debería guiar la nueva generación de investigación, teoría y prevención del suicidio (Klonsky & May, 2014; Klonsky, May, & Saffer, 2016).

4.2. ENFOQUE TEÓRICO ACTUAL: DE LA IDEACIÓN A LA ACCIÓN

El enfoque teórico actual del suicidio que cuenta con mayor respaldo es la *Teoría de los tres Pasos* (*The three-step theory*; 3ST) de David Klonsky y Alexis M. May (Klonsky & May, 2015); desarrollada a partir de aportaciones de otras teorías como el *Modelo integral Motivacional-Volitivo de Conducta Suicida* y la *Teoría interpersonal del suicidio*. Describiremos brevemente

aquí los principales planteamientos de estas últimas, para pasar a detallar las características principales de la Teoría de los tres pasos.

La *Teoría interpersonal de suicidio (Interpersonal theory of suicide)* de Thomas Joiner (2005), plantea tres constructos que permiten explicar el proceso de suicidio: 1) La falta de sensación de pertenencia, 2) la sensación de ser una carga para los otros y 3) la capacidad de suicidio, al que incorpora posteriormente la desesperanza (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). Los dos primeros, de forma individual, son causas proximales y suficientes para la ideación suicida. Cuando esa falta de sensación de pertenencia y esa sensación de ser una carga para los otros coexisten y, además, son percibidos con desesperanza (es decir, como algo estable e inalterable), esta combinación determina la aparición del deseo suicida. Finalmente, si este deseo va acompañado de una disminución del miedo a la muerte (incremento de la capacidad de suicidio), se transita hasta el intento de suicidio. Así pues, un comportamiento suicida grave (intentos de suicidio mortales o casi mortales) es más probable cuando aparecen al mismo tiempo los cuatro constructos descritos y se acompañan de un incremento de la tolerancia al dolor (Van Orden et al., 2010). Este enfoque ha recibido contrastación empírica, ya que los constructos “Falta de sensación de pertenencia” y “Sensación de ser una carga para los otros” han sido validados con la creación del Cuestionario de necesidades interpersonales (*Interpersonal needs questionnaire*), desarrollado por el mismo grupo de Van Orden y colaboradores (Van Orden, Cukrowicz, Witte, & Joiner, 2012). Recientemente, también ha sido validado el constructo “Capacidad de suicidio” (Ribeiro et al., 2014). Finalmente, se han realizado estudios que confirman la existencia de esos factores en población clínica adolescente (Horton et al., 2016) y, asimismo, se ha puesto de manifiesto la relación entre los constructos definidos por Joiner y la disregulación emocional (Anestis, Bagge, Tull, & Joiner, 2011).

El Modelo integral Motivacional-Volitivo de Conducta Suicida (*The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour; IMV*) propone que el comportamiento suicida es resultado de una compleja interacción de factores, cuyo predictor proximal es “la intención de uno de involucrarse en un comportamiento suicida” (O’Connor et al., 2011). Este modelo ofrece un marco teórico explicativo del proceso completo, desde la fase motivacional hasta la conducta suicida. También aporta diferentes elementos que pueden utilizarse como focos de intervención que permitan reducir el riesgo de que la experiencia de angustia emocional se manifieste como ideación y comportamiento suicida (O’Connor et al., 2011). Los planteamientos de este modelo respecto a la conducta suicida resultan muy interesantes ya

que incorporan muchos de los conocimientos y elementos de teoría previas, que abarcan otras conductas y no solamente el suicidio.

Por último, la *Teoría de los tres Pasos (The three-step theory; 3ST)* de David Klonsky y Alexis M. May (Klonsky & May, 2015), postula que la ideación suicida resulta de la combinación de “dolor y desesperanza”, junto a una “falta de conexión o vinculación a otras personas”, la “ausencia de un trabajo o proyecto vital significativo” y la propia “capacidad de suicidio”. Precisamente, de la conjunción de estos factores se explica el paso de la ideación a la acción (Klonsky & May, 2015). Así, la existencia de dolor (entendido no tanto como dolor físico, sino como sufrimiento) y desesperanza provocaría la aparición de la ideación suicida (Paso 1), la cual, si va acompañada de falta de conexión o vinculación a otras personas, daría lugar al deseo de suicidio (Paso 2). Finalmente, el deseo suicida, acompañado de la capacidad de suicidio, da lugar a la realización de tentativas autolíticas (Paso 3). La teoría aporta como elemento diferencial respecto al modelo de Joiner el destacar que la conexión (*connectedness*) es un factor protector ante la escalada de ideación de muerte. Asimismo, tiene en cuenta otros factores de riesgo identificados en relación con la conducta suicida pero los explica en términos de su contribución a los diferentes constructos (*pain, hopelessness, connectedness, suicide capacity*); (Klonsky & May, 2015; Klonsky et al., 2016). Otro aspecto interesante es que el modelo permite la posibilidad de plantear objetivos concretos de intervención: reducir el dolor, incrementar la esperanza, mejorar la conexión y/o reducir la capacidad de suicidio (Klonsky & May, 2015).

4.3. PROBLEMAS PARA CONSENSUAR UNA DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL SUICIDIO

Etimológicamente, suicidio proviene del latín “*sui*” (de sí mismo) “*caedere*” (matar) y es un neologismo aparecido en Inglaterra, atribuido por algunos al abate francés Pierre François Guyot Desfontaines (1685-1745) para designar el acto mediante el cual una persona se quita voluntariamente la vida (Mesones-Peral, 2014), y por otros a Thomas Browne en su tratado *Religio medici* en 1642 (Andrés, 2015). Es interesante destacar dos hechos: el primero que el término suicidio, como tal, se acuñó hace más de trescientos años, y, sin embargo, podemos remontarnos más de 2000 años para hablar conductas que consideramos suicidios. En el mundo antiguo se dieron muy variadas expresiones a la hora de definir este hecho radical, definido usualmente con la perífrasis griega de *autocheir* (*autos*, ‘uno mismo’, y *cheír*, ‘mano’) que venía a significar actuar por la propia mano (Andrés, 2015). Darse muerte, acabar con la vida, poseer la muerte, fueron circunloquios comunes. Otra opción era aludir directamente a la

acción con su correspondiente verbo: despeñarse, ahogarse, ahorcarse (Andrés, 2015). El segundo, que siendo que hace más de 2000 años que se escribe y reflexiona acerca del suicidio, y pese a la existencia de modelos teóricos consistentes como los descritos en el apartado anterior, todavía hoy en día no hay una taxonomía acordada que abarque todo el espectro de lo que a menudo se define clínicamente como comportamientos relacionados con el suicidio, con sus consecuencias en cuanto a la generalización de los conocimientos o las comparaciones entre estudios (Silverman & De Leo, 2016). Así pues, existe un amplio acuerdo en aceptar tanto la falta como la necesidad de una terminología acordada internacionalmente. La Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) ha creado un grupo de trabajo específico para abordar este problema que aspira a generar una nomenclatura estandarizada internacional en todos los términos dentro del área de suicidología, incluidos los deseos de muerte, el suicidio asistido y el duelo, con el objetivo de lograr la comparabilidad entre diferentes estudios nacionales e internacionales (IASP, 1960).

Mientras esta carencia siga presente, y a fin de poder presentar un marco de referencia desde el que plantear la presente investigación, ofreceremos nuestra propia propuesta de definición de conducta suicida, clarificando los diferentes términos que engloban y forman parte de la misma.

Deben hacerse antes dos consideraciones: la primera es que para poder hablar de conducta suicida es necesaria una conciencia o una comprensión del concepto de muerte por parte del sujeto. La segunda, es que es imprescindible una intencionalidad de acabar con la propia vida tras un proceso decisional. Por tanto, mientras que el concepto de muerte es imprescindible para la determinación de la conducta suicida, el proceso decisional de llevar a cabo o no el acto suicida sería el elemento principal desde el que planteamos nuestro enfoque.

Dicho esto, debemos señalar que la terminología ha evolucionado desde un concepto general, a una proliferación de términos que hacen referencia a un amplio registro de comportamientos, no solo relacionados con la conducta suicida, sino de conceptos nuevos que algunos autores han identificado como relacionados con ella. Este sería el caso del parasuicidio propuesto por Kreitman, un término demasiado inclusivo que hace referencia a todas aquellas conductas que no tienen un desenlace fatal (Kreitman, Philip, Greer, & Bagley, 1969).

Esta evolución se desarrolla a partir de otra problemática importante, la dificultad de diferenciar entre la conducta suicida y la no suicida. Silverman y Berman (2014) apuntan

algunas consideraciones a este respecto como el hecho de que dichas conductas son multidimensionales y no siempre ocurre de una forma dicotómica (presencia/ausencia), y que la información proviene de la propia persona, con la posible variabilidad de percepción del intento y la posible tendencia a la minimización o la exageración de la conducta (Silverman & Berman, 2014).

Dados los problemas de diferenciación, los primeros modelos de clasificación de términos optaban por una inclusividad casi total, ofreciendo modelos de clasificación relevantes por su sencillez y claridad pero con un excesivo abanico de conceptos. Por destacar los más relevantes, señalamos la propuesta de O'Carroll et al. (1996), en la que amplían los conceptos hasta "pensamientos y conductas de riesgo" -como el paracaidismo, el *puenting*, fumar o la promiscuidad sexual- y pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio -desde autolesiones sin intención suicida hasta intentos de suicidio- (O'Carroll et al., 1996).

Posteriormente Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll y Joiner (2007), presentan una propuesta de clasificación, que quizás es la que más consenso ha generado. Plantean que los comportamientos relacionados con el suicidio engloban la ideación, la comunicación y los comportamientos suicidas (Silverman et al., 2007), aspecto con el que estaríamos de acuerdo, pero no incluyen de manera explícita la intención de matarse. Estos autores hablan de "comportamientos relacionados con el suicidio". Este concepto todavía incluía en su definición comportamientos que comportaran la presencia de un daño físico, independientemente de la intencionalidad de dicho comportamiento. Posteriormente, en la evolución de las definiciones se ha acabado desestimando, de modo que el factor fundamental de la conducta suicida es la presencia de cierto grado de intención de morir, y este es el único factor imprescindible para poder hablar de conducta suicida, independientemente de la presencia o no de daño físico.

Hay otras clasificaciones internacionales muy interesantes (Brenner et al., 2011; De Leo et al., 2006), pero desearíamos destacar la *Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment* (C-CASA) de Posner y colaboradores (Posner, Oquendo, Gould, Stanley, & Davies, 2007), ya que, además de aportar una definición muy clara de los términos, ofrece unos ejemplos que permiten entender mejor las definiciones planteadas. Asimismo, debe destacarse de esta propuesta de clasificación los dos aspectos destacados anteriormente en la definición de tentativa autolítica, como son la necesidad de la presencia de "algún grado" de intención de acabar con la propia vida y la no necesidad de presencia de "daño físico".

En la misma línea, la entrevista de pensamientos y comportamientos autodestructivos (*The Self-Injurious Thoughts and Behaviours Interview; SITBI*) de Nock y colaboradores (Nock, Holmberg, Photos, & Michel, 2007) utiliza una pregunta muy concreta para identificar tentativas autolíticas: *¿Has hecho alguna vez un intento de suicidio en el que tuvieras al menos cierta intención morir?* (“*Have you ever made an actual attempt to kill yourself in which you had at least some intent to die?*”). Como hemos ido resaltando, esos aspectos de la definición “cierto grado de intención” y la “no necesidad de presencia de daño físico”, nos parecen fundamentales especialmente en el trabajo con adolescentes.

Antes de pasar a nuestra propuesta, la Tabla 2 muestra algunos ejemplos con la intención de clarificar más detalladamente los retos de la definición:

Tabla 2.

Ejemplos de casos reales para ilustrar las dificultades de la delimitación conceptual del suicidio.

Primer ejemplo. Un adolescente de 17 años que fallece tras defenestrarse de un 4º piso sólo lo consideraremos un suicidio si su intención era quitarse la vida, ya que si su intención era llegar a la piscina, como habían hecho previamente sus compañeros de habitación, lo podremos considerar como una imprudencia, pero nunca como un suicidio. En el primer caso el adolescente tiene claro el concepto de muerte, y sabe que lo más probable es que la secuencia de conductas acabe provocando su muerte. El segundo caso conoce exactamente igual que el primero el concepto de muerte, conoce los riesgos y las consecuencias de la secuencia de conductas, pero su intención es evitar lo probable y quizás conseguir el aplauso de sus iguales. Mientras el primero busca morir, el segundo busca evitar la muerte. El primero es un adolescente con conducta suicida; el segundo, un adolescente imprudente que subestima el riesgo o sobrevalora sus habilidades.

Segundo ejemplo. Un adolescente que realiza una sobreingesta medicamentosa de valerianas pensando que la medicación que está tomando acabará con su vida, es un adolescente con conducta suicida.

Tercer ejemplo. Un adolescente que realiza una sobreingesta medicamentosa de paracetamol con intención de relajarse, no es un adolescente con conducta suicida. A pesar de los efectos hepatotóxicos del paracetamol, probablemente desconocidos por el adolescente, es una consecuencia desafortunada dada la accesibilidad de dicho fármaco en nuestro ámbito sociocultural.

4.4. PROPUESTA DE DEFINICIÓN PARA LA TESIS

A partir de las diferentes opciones, y siempre con el objetivo de delimitar una estructura que guíe la teoría, la investigación, y la intervención en torno al fenómeno del suicidio,

consideramos que lo adecuado es, más que dar una definición precisa de suicidio, establecer una gradación de comportamientos que, de menor a mayor intensidad, evidencian la presencia de dicho fenómeno. La aparición de esos comportamientos determinará, pues, el perfil de gravedad y peligrosidad del comportamiento del individuo y permitirá en su caso, asentar los modelos teóricos y de intervención a partir de una estructura conceptual que facilite la comprensión de la situación. Esta gradación, que será la que se seguirá en la parte empírica del presente trabajo de tesis doctoral, incluye cinco niveles:

- 1. La ideación suicida:** Esta idea engloba desde ideas pasivas acerca del deseo de morir hasta pensamientos activos de matarse, llegando en un extremo a la planificación de la tentativa como tal. Existe amplio consenso en considerar que la planificación del suicidio identifica a la persona con alto riesgo de suicidio. Joiner (2005) diferencia en sus planteamientos dos tipos de personas: 1) personas con ideas pasivas de muerte y 2) personas con deseo de morir o ideas activas de suicidio. En el presente trabajo cuando hablamos de ideación suicida, nos referimos a este segundo grupo de pacientes con ideas activas de suicidio, deseo de muerte y, por tanto, con alto riesgo de pasar al acto. Este “alto riesgo” es valorado por un psiquiatra o psicólogo, ya sea de dispositivos ambulatorios o de urgencias del hospital.
- 2. Las amenazas suicidas:** Las entendemos como la verbalización de estos pensamientos y, por tanto, como indicadores de alto riesgo, pese a que no son tenidas en cuenta por ciertas clasificaciones que anteriormente hemos señalado como de referencia, por ejemplo la C-CASA.
- 3. El gesto suicida:** Lo consideramos como todos los actos preparatorios previos al inicio de la tentativa autolítica, sin que ésta se inicie. Sabemos que es un gesto suicida cuando entendemos lo que está pasando sin necesidad de que la persona nos informe verbalmente de lo que está haciendo.
- 4. La tentativa autolítica:** Se considera una secuencia de acciones iniciadas por una persona que espera acabar con su vida como resultado final de dichas acciones.
- 5. El suicidio consumado:** Se trata de la tentativa que acaba con el fallecimiento de la persona.

5. EPIDEMIOLOGÍA DE LA CONDUCTA SUICIDA

Los estudios realizados indican que los adolescentes que se suicidan y los que realizan tentativas autolíticas conforman, en términos generales, dos poblaciones superpuestas (Haukka, Suominen, Partonen, & Lönnqvist, 2008). Pero como veremos a continuación, las prevalencias de los dos grupos son muy diferentes.

5.1. EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO CONSUMADO

El suicidio es un grave problema de salud pública y, en términos generales, la primera causa externa de mortalidad. En 2012, 804.000 personas fallecieron en todo el mundo por suicidio (World Health Organization, 2014). En España, el suicidio en menores de 19 años representa alrededor del 2% de la mortalidad global por suicidio. Aunque el porcentaje pueda parecer bajo, la realidad es que el suicidio, a lo largo de los últimos años de registro, se ha ido situando entre la segunda y tercera causa de entre todas las causas de mortandad, siendo algunos años (p.e. 2014) la primera causa externa de muerte (INE, 2018).

La prevalencia del suicidio es muy variable en los diferentes países, tanto a nivel mundial (ver Figura 1), como a nivel Europeo (ver Figura 2). Esta realidad es cierta tanto para adolescentes como para adultos. En suicidio, por tanto, no podemos hablar de una prevalencia uniforme como ocurre con otras enfermedades como el aceptado 1% para la esquizofrenia. Las tasas de suicidio varían según los países, y tampoco son homogéneas dentro de un mismo país.

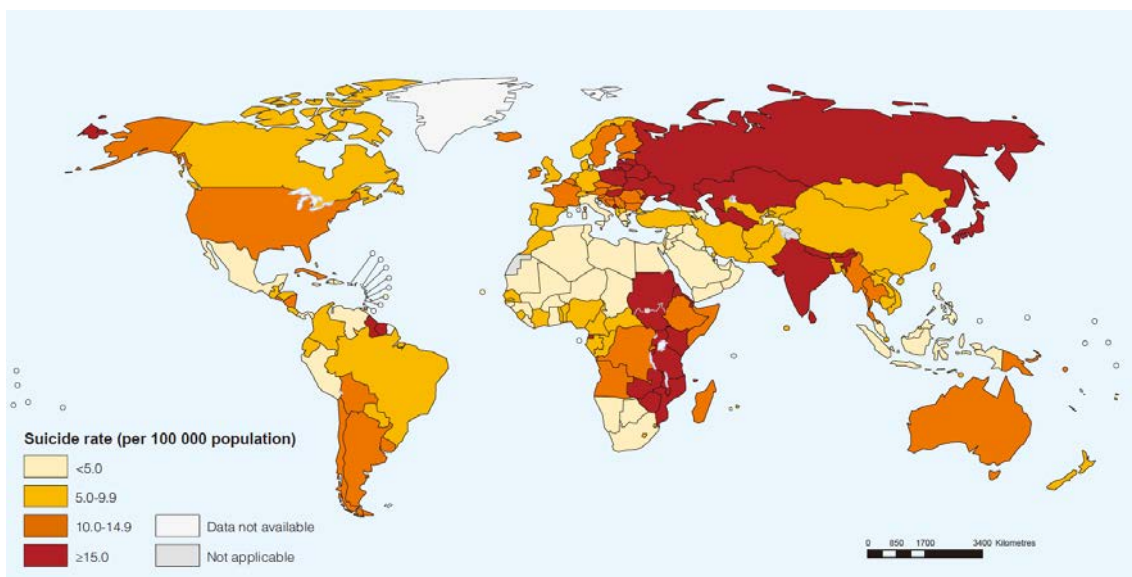


Figura 1.

Tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes, año 2012 (extraído de WHO, 2014).

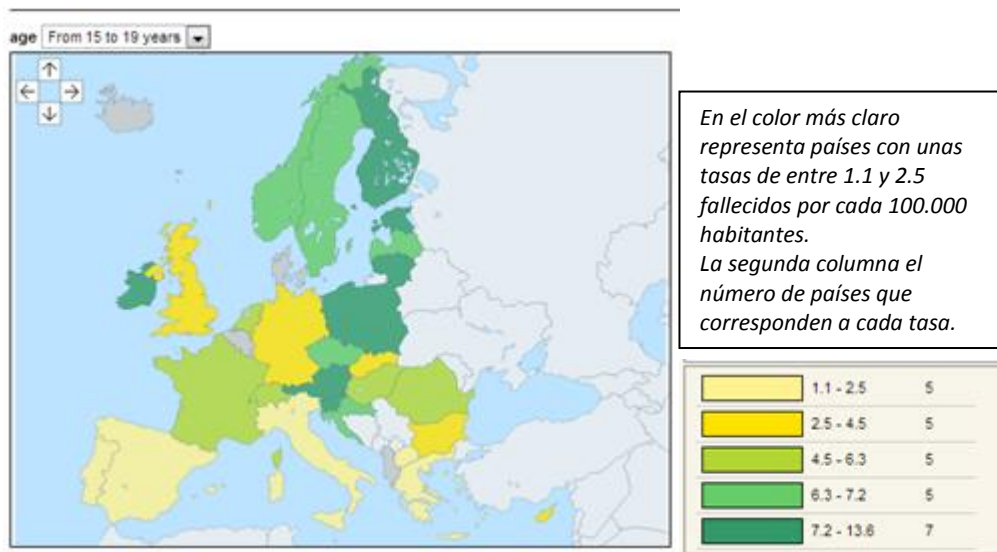


Figura 2.

Distribución de la tasa de suicidios consumados en menores y jóvenes de entre 15 y 19 años, año 2012 (gráfico generado mediante bases de datos de Google data).

Por ejemplo en Cataluña, en 2016, el suicidio significó la segunda causa externa de mortalidad, por detrás de los accidentes de tráfico, en menores y adultos jóvenes de entre 15 y 29 años. Sin embargo, a nivel provincial, en Lleida y Tarragona el suicidio, las muertes de tráfico y los tumores generaron los mismos porcentajes absolutos de mortandad. No es el caso de Barcelona, donde el suicidio es la primera causa de mortalidad en esta franja de edad, por encima de tumores y accidentes de tráfico. Por último, en Girona, los accidentes de tráfico triplicaron las muertes por suicidio en ese mismo año (INE, 2018).

Las muertes por suicidio, tampoco mantienen grandes variaciones temporales. Así, en España la mortalidad por suicidio oscila entre 3.500 y 4.000 personas al año. Algo similar ocurre con las oscilaciones de estas muertes para el caso de menores de edad (<18 años), que también muestran una estabilidad relativa en torno a 60 fallecimientos anuales (ver Figura 3). Por debajo de los 14 años, las variaciones son mayores aunque afortunadamente las muertes se mantienen relativamente bajas; entre 2 y 12 niños al año (ver Figura 4).

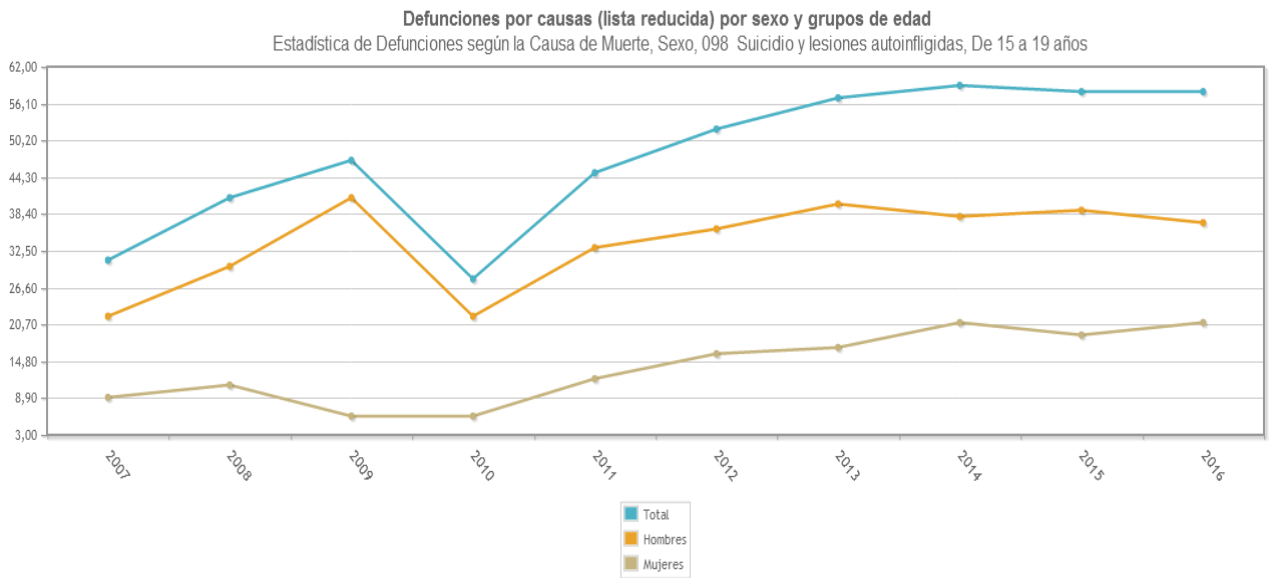


Figura 3.

Estadística de defunciones según la causa de muerte por sexo y grupos de edad. De 15 a 19 años. INE (2018).

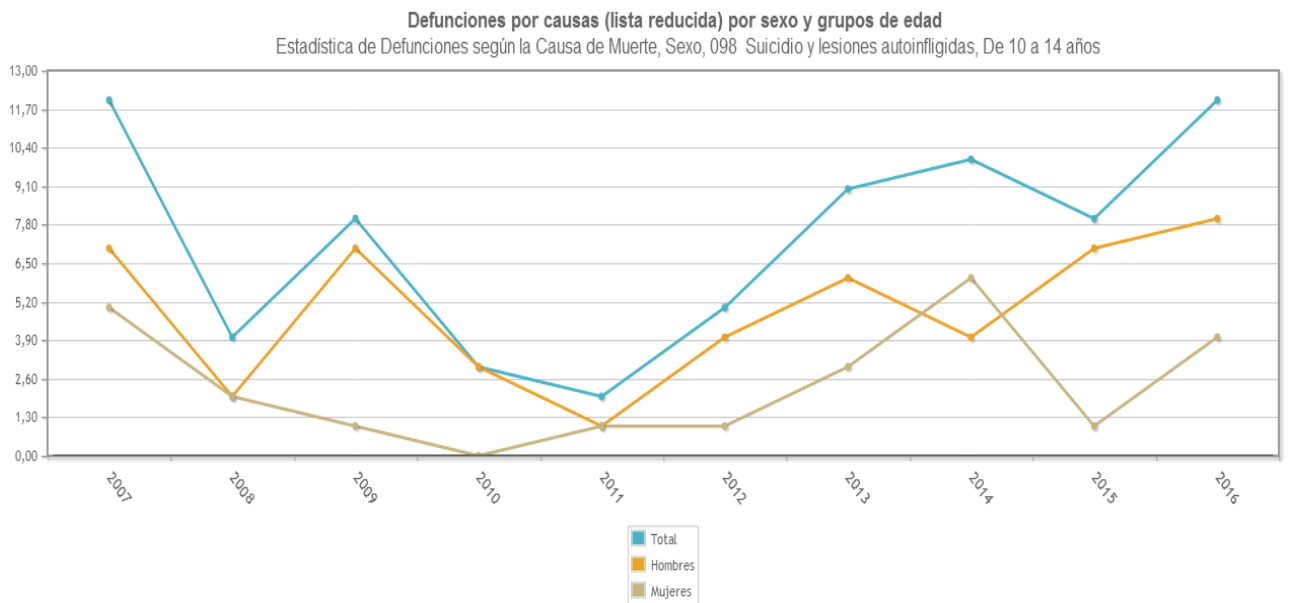


Figura 4.

Estadística de defunciones según la causa de muerte por sexo y grupos de edad. De 10 a 14 años. INE (2018).

5.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA CONDUCTA SUICIDA SIN RESULTADO MORTAL

Las tentativas autolíticas son mucho más frecuentes que los suicidios consumados, siendo la tentativa autolítica uno de los principales predictores del suicidio consumado (Nock et al., 2008; Tidemalm, Langstrom, Lichtenstein, & Runeson, 2008; World Health Organization, 2014). Por lo tanto, mientras la prevalencia de suicidio consumado en población general es muy baja, la conducta suicida en todos sus comportamientos es muy prevalente. Así, las muertes por suicidio consumado en España en 2013, fueron un total de 3.870, lo que significó una tasa de 8,2 fallecidos por cada 100.000 habitantes. Vemos que los menores de 19 años solo fueron el 1,7% de todas esas muertes por suicidio. Esos datos, contrastan fuertemente con los datos publicados por Nock y colaboradores ese mismo año, con una muestra importante de adolescentes (N = 6.483) de entre 13 y 18 años, en los que encuentra hasta un 12% de prevalencia de ideación suicida, un 4% de planificación y un 4,1% de intentos de suicidio en población no clínica (Nock et al., 2013). En la misma línea, Soler y colaboradores (Soler, Segura, Kirchner, & Forns, 2013) realizaron un estudio con menores de edad llevado a cabo en ocho colegios catalanes, y describen una prevalencia del 14% del fenómeno suicida (sin diferenciarlo por conductas concretas). Por los datos aportados por el propio Nock en 2008, esta elevada prevalencia de estos comportamientos, no sólo es real en diferentes países, sino que parece estar incrementando (Nock et al., 2008).

En población adolescente, la problemática de las tentativas se agrava. Esta población es considerada de mayor riesgo ya que se calcula que hasta un 8% de jóvenes han realizado una tentativa de suicidio a lo largo de su vida (Evans, Hawton, Rodham, Psychol, & Deeks, 2005). Estas tasas resultan totalmente desproporcionadas si se comparan con las de la edad adulta, que representan un 0,5% anual de tentativas (Crosby, Han, Ortega, Parks, & Gfroerer, 2011). Además, existen grupos de jóvenes que presentan mayor vulnerabilidad. Así, se ha evidenciado que entre un 20% y un 47% de la población adolescente psiquiátrica, realizará una tentativa autolítica antes de los 18 años (Bursztein & Apter, 2009). Algunos autores han descrito que las poblaciones con más riesgo, no sólo de suicidio sino de presentar mayor cantidad de diagnósticos de salud mental, son los adolescentes jóvenes reincidentes múltiples (Miranda et al., 2008). Además, se estima que hasta el 36–42% de adolescentes que realizan una tentativa vuelven a reincidir en los siguientes dos años (Bridge, Goldstein, & Brent, 2006; Lewinsohn, Rohde, Seeley, & Baldwin, 2001). Siendo los adolescentes reincidentes múltiples los que acumulan mayor número de diagnósticos y mayor riesgo de suicidio (Miranda et al., 2008).

6. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

El estudio específico del adolescente que presenta conducta suicida conlleva tener en cuenta las particularidades propias de esta etapa vital, por lo que la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) ha promovido un grupo de interés específico para el estudio del “adolescente suicida”(IASP, 1960).

Tal y como hemos indicado en el apartado 4, para hablar de conducta suicida precisamos que exista algún grado de intención de morir, y para ello es imprescindible tener adquirido el concepto de muerte. La adquisición de dicho concepto requiere de un determinado desarrollo madurativo de la persona. Este es el primer factor a valorar y a tener en cuenta cuando hablamos de aparición de la conducta suicida en el menor de edad. La palabra “Muerte” se vuelve “adulta” entre los 6 y los 9 años de edad, dependiendo del contexto familiar y cultural. Antes de los 8 años la muerte no es más que una cesación, una separación, una ausencia provisional, temporal y reversible (Cyrulnik, 2014). Es importante tener en cuenta la adquisición evolutiva del concepto de muerte, tanto para orientar correctamente a los familiares como para trabajar con el niño o el adolescente. Por ejemplo, a la hora de elaborar el plan de intervención es necesario considerar las limitaciones de razonamiento, con preadolescentes y adolescentes jóvenes tanto en los abordajes terapéuticos como en el foco de la intervención, que deberá estar más orientado a situaciones presentes en lugar de a futuros más lejanos, difíciles de plantear y considerar por esta población en comparación con adolescentes mayores y con adultos.

En la Figura 5 observamos la distribución de la conducta suicida en las diferentes edades en más de 900 episodios registrados en nuestro propio servicio entre los años 2013 y 2017. Tal y como señalan Poltorak y Glazer (Poltorak & Glazer, 2006), a nivel teórico, observamos en nuestros datos que hasta los 12 años, la conducta suicida es un fenómeno muy marginal, especialmente teniendo en cuenta que los pacientes reflejados en la franja de 8 a 11 años no presentaron tentativa autolítica como motivo de consulta, sino que todos fueron atendidos por gestos en forma de cartas de despedida y actos preparatorios o verbalizaciones de deseos de morir. Por tanto, por lo que observamos, la conducta suicida inicia a los 8 años, a partir de la adquisición del concepto de muerte (Cyrulnik, 2014; Poltorak & Glazer, 2006) pero las tentativas no antes de los 12 años, con un incremento importante y un pico entre los 14 y 15 años para posteriormente, decrecer a los 16 y 17 años. Por tanto, observamos en estos datos, que la paradoja de la edad que hace referencia a mayor número de tentativas en la edad

adolescente que en la edad adulta, es también aplicable dentro de la adolescencia, siendo que a los 14 y 15 años se registran mayor número de tentativas que entre los 16 y 17.

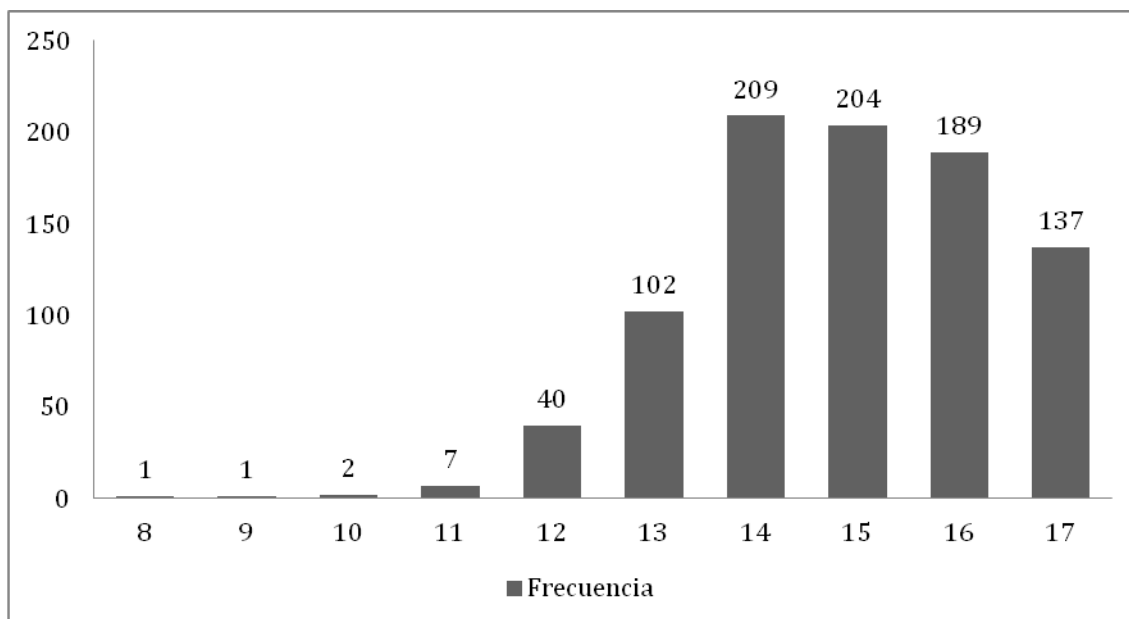


Figura 5.

Frecuencia de tentativas en función de la edad en población adolescente atendida en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

Hawton, Saunders y O'Connor (2012) apuntan que los estresores de tipo psicosocial, especialmente los problemas relacionales, aparecen como factor precipitante con mayor frecuencia en el caso de menores de 14 años, en los que el suicidio habitualmente sucede tras un breve periodo de estrés y no tanto por causa de un trastorno psiquiátrico. En esta edad, a diferencia de lo que sucede en la edad adulta, las cuestiones relacionales tienen una mayor relevancia, por la necesidad de pertenencia al grupo y la intensidad de la vivencia de las relaciones, a lo que se añade una tendencia a una mayor impulsividad y una infravaloración de los riesgos, todo lo cual puede conducir, con mayor probabilidad, a la realización de tentativas autolíticas (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012).

Otro factor diferencial en referencia a los adolescentes son los factores de riesgo que afectan en las diferentes etapas evolutivas de la persona. En la Tabla 3 se indican con un asterisco los específicos durante la adolescencia, entre los que falta uno muy importante como es el acceso a métodos (Hawton, 2007). Así, el factor de riesgo para la realización de la conducta suicida para adolescentes que cuenta con mayor evidencia empírica hasta la fecha es la realización de una tentativa previa (Nock et al., 2008). Otros factores comúnmente descritos y asociados a la conducta suicida son la impulsividad, el pesimismo del adolescente introvertido, el debut de

trastornos psiquiátricos y el inicio de consumo de tóxicos (Amitai & Apter, 2012; Nock et al., 2013; Pelkonen & Marttunen, 2003). Sin embargo, los factores de riesgo que se han identificado, no tienen especificidad suficiente. Es decir, implican altas tasas de falsos positivos que no resultan de utilidad para guiar acciones preventivas eficaces (Oquendo, Currier, & Mann, 2006).

Tabla 3.

Factores de riesgo según el número de estudios. Adaptada de Van Orden et al. (2010).

>de 15 estudios	De 6 a 15 estudios	<5 estudios
Trastorno mental	Historia familia de suicidio*	Agitación/Insomnio
Tentativa previa*	Impulsividad	Abusos en la infancia
Aislamiento social *	Encarcelamiento	Exposición al suicidio*
Enfermedad física	Desesperanza	Falta de hogar
Paro	Variaciones estacionales	Exposición a la guerra
Conflictiva familiar*	Disfunción serotoninérgica	(Baja) Apertura a la experiencia
		Baja autoestima y vergüenza

**Factores de riesgo específicos de la adolescencia.*

7. ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL SUICIDIO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Estamos de acuerdo con la opinión de la OMS, al identificar al suicidio como un problema de salud pública, no considerándolo una enfermedad ni un trastorno mental (World Health Organization, 2014). Ni en la Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), ni en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) encontramos un apartado para referirse a la conducta suicida como un trastorno psiquiátrico específico. En la CIE-10 los intentos de suicidio aparecen en su anexo, incluidos en el título general “Otros procesos del CIE-10 frecuentemente asociados con alteraciones mentales y del comportamiento” y, dentro de él, en un capítulo dedicado a las “Causas externas de morbilidad y mortalidad” (WHO, 2008). El DSM-5 mantiene el mismo criterio que el DSM-IV, y hace referencia al suicidio o a la tentativa como síntoma o complicación de determinadas patologías. Pero el DSM-5 propone para estudio dos trastornos diferenciados: Autolesiones no suicidas y trastorno de conducta suicida (American Psychiatric Association, 2014). En esta propuesta de estudio del DSM-5, se indica que la manifestación esencial de la conducta suicida es la tentativa autolítica con un criterio temporal: durante los 24 meses anteriores el sujeto ha realizado una tentativa autolítica (“actual” si no han transcurrido 12 meses, “en remisión temprana” de los 12 a los 24 meses).

Esta propuesta deja de lado otras conductas suicidas que, como hemos indicado en el apartado 4.4 son fundamentales para el enfoque que hemos adoptado en nuestro trabajo. Recordemos que la conducta suicida abarca el pensamiento de muerte, la amenaza, el gesto, la tentativa y el hecho consumado. A menudo precisan ingreso pacientes que realizan un gesto y mantienen una amenaza de matarse de forma persistente, precisamente con la intención de evitar una tentativa. Nos encontramos por tanto, ante un fenómeno que, al margen de la propuesta que establece el DSM-5, no es considerado como un trastorno de salud mental, y tampoco una enfermedad, para el que aun así seguimos buscando un tratamiento específico, como un antidepresivo para la depresión o un antipsicótico para la psicosis. De hecho, hay pocos tratamientos específicos para el suicidio, pues normalmente encontramos tratamientos orientados a diferentes patologías mentales o dificultades adaptativas de la vida, muchos de ellos con un apartado específico de referencia al suicidio. Podríamos calificar los tratamientos para el suicidio en dos tipos: tratamientos para aliviar el sufrimiento y tratamientos para incrementar las propias habilidades de afrontamiento de situaciones difíciles.

Ougrin et al. (2015) realizan una revisión sistemática y un meta-análisis en el que valoran intervenciones terapéuticas para tentativas suicidas y autolesiones con adolescentes y adultos jóvenes. Los resultados apoyan el valor de las intervenciones terapéuticas para la consideración global del fenómeno autolesivo (en la que toman en consideración tanto la conducta suicida como las autolesiones, sin diferenciación), con un mayor tamaño del efecto para la Terapia dialéctico conductual (*dialectical behavior therapy; DBT*), la Terapia cognitivo-conductual (*cognitive-behavioral therapy; CBT*), y la Terapia basada en la mentalización (*mentalization-based therapy; MBT*). Sin embargo, estos autores se encuentran con una de las dificultades descritas en apartados anteriores. Así, cuando estos autores consideran autolesiones y conducta suicida en conjunto (fenómeno global), los resultados son positivos, pero cuando se analizan por separado, autolesiones por un lado y conducta suicida por otro, los efectos terapéuticos se debilitan significativamente, especialmente en relación a la conducta suicida (Ougrin, Tranah, Stahl, Moran, & Asarnow, 2015).

Al margen de las referenciadas en el estudio de Ougrin y colaboradores (Ougrin et al., 2015), existen otras terapias que han mostrado buenos resultados, como la Terapia focalizada en la solución de problemas (*problem solving theory; PST*); (Rudd et al., 1996), la Terapia psicodinámica interpersonal (*psychodynamic interpersonal therapy; PIT*); (Guthrie et al., 2001), y las terapias de orientación familiar como la Terapia multisistémica (*multisystemic family therapy; MST*) orientada a una intervención familiar para adolescente (Huey et al., 2004), la Intervención en Crisis Orientada a la Familia (*Family-Based Crisis Intervention; FBCI*); (Wharff et al., 2017; Wharff, Ginnis, & Ross, 2012), o la terapia familiar basada en el apego (*Attachment-Based Family Therapy; ABFT*); (Diamond et al., 2013; Diamond et al., 2010).

Pese a todo, la intervención más eficaz para evitar la muerte por suicidio sigue siendo la restricción de acceso a métodos letales (Hawton, 2007; Hawton et al., 2001; World Health Organization, 2014). Si bien lo anterior parece sugerir que el arsenal terapéutico sobre el suicidio ofrece un grado de eficacia satisfactorio, esto no es así a causa de los problemas de adherencia a los tratamientos, que determinan que el seguimiento de los mismos sea insuficiente y, por lo tanto, reduzca la capacidad de dichos tratamientos para reconducir el problema. Desgraciadamente, sólo un tercio de los jóvenes que son dados de alta desde los servicios de emergencia tras una valoración por conducta suicida, atienden a los servicios de salud mental comunitarios (Grupp-Phelan, McGuire, Husky, & Olfson, 2012). Muchos estudios coinciden con estos resultados, indicando que entre un 30% y un 50% de los adolescentes suicidas no se adhieren a las recomendaciones de tratamiento (Asarnow et al., 2011; Spirito,

Boergers, Donaldson, Bishop, & Lewander, 2002). Por otro lado, algunos estudios encuentran que solo el 28,3% de los adolescentes y adultos jóvenes con ideación suicida, planes o tentativas, buscaron ayuda en servicios de salud mental (Hom, Stanley, & Joiner, 2015). Esta baja iniciativa respecto a la demanda de ayuda en adolescentes sumada a la baja vinculación dibuja un escenario complicado. Así, un tratamiento sólo puede ser eficaz si es bien implementado y demandado, por lo que si el adolescente no acude y no cumple con el seguimiento la situación se hace realmente difícil. Buscar formas de vincular a adolescentes con conducta suicida a seguimientos en salud mental es un imperativo, aunque es sólo el primer paso.

Aún más grave que el escenario anterior son los resultados aportados por Nock y colaboradores. Estos autores encuentran que el 80% de los adolescentes suicidas refieren haber recibido algún tipo de tratamiento de salud mental, y el 55% de los casos informan que recibían tratamiento antes del inicio de la conducta suicida, lo que implica que el tratamiento fue ineficaz a la hora de prevenir dicha conducta (Nock et al., 2013). Estos datos son muy reveladores. Dos fenómenos podrían explicar estos resultados; en primer lugar, que quizás no todos los adolescentes que presentan conducta suicida precisen del mismo tipo de tratamiento, aunque dicho tratamiento esté validado, ya que los perfiles del adolescente suicida son muy heterogéneos. En segundo lugar, que la conducta suicida no se explore (y se trate) de forma rutinaria por parte de los profesionales de salud mental, de la misma forma que ocurre con la sexualidad y el uso de sustancias. Ambos aspectos son susceptibles de mejora. En el primer caso, eligiendo bien el tratamiento y mejorando el cumplimiento del paciente con el mismo. En el segundo, corrigiendo la actitud terapéutica del propio profesional, promoviendo que siempre se incluya la valoración de la presencia de ideación suicida, ya que se sabe que preguntar al adolescente acerca de ideas suicidas no incrementa el riesgo suicida, más bien al contrario (Hawton et al., 2012; Silverman & Berman, 2014; World Health Organization, 2014).

Cerramos este apartado con una selección de breves consideraciones que nos parecen fundamentales a la hora de planificar una intervención en adolescentes suicidas:

- El primer paso de una intervención en crisis, ya sea durante un ingreso hospitalario o fuera, es realizar un análisis en cadena del episodio, para ayudar a paciente, terapeuta y familia a entender los desencadenantes o factores proximales de la conducta suicida (Miller, Rathus, & Linehan, 2007; Stanley et al., 2009). Este análisis permite el siguiente

paso, que es conceptualizar el episodio y elaborar el plan de tratamiento (Miller et al., 2007).

- En el plan de tratamiento es imprescindible la implicación de la familia o cuidadores, para identificar y reducir los patrones de interacción que prolonguen la conducta suicida (Miller et al., 2007), así como para elaborar planes de seguridad con el objetivo de disminuir el riesgo de suicidio a través de un incremento de las estrategias de afrontamiento y de crear una red de ayuda, ya sea de personas o entidades donde dirigirse en los momentos de crisis (Stanley & Brown, 2012).
- En ese contexto, es fundamental no confundir un plan de seguridad con un contrato de “no suicidio”. Los contratos de no suicidio no cuentan con evidencia que apoye su efectividad para prevenir la conducta suicida (Garvey, Penn, Campbell, Esposito-Smythers, & Spirito, 2009; Wortzel, Matarazzo, & Homaifar, 2013). Dichos contratos son más efectivos cuando incluyen planes de seguridad que expliciten un compromiso de cumplimiento con el tratamiento (Rudd, Mandrusiak, & Joiner, 2006).
- Para todas estas intervenciones con adolescentes, el escenario ideal es una consulta en urgencias generales, pues es el mejor momento de intervención, representando el mejor *setting* para intervenciones familiares como la mencionada Intervención en crisis basada en la familia (*Family-based crisis intervention*; FBCI); (Wharff et al., 2017, 2012).
- Finalmente, hay que señalar que la intervención inmediata y el seguimiento posterior son dos elementos fundamentales en la prevención del suicidio en todas las edades. Fleischmann y colaboradores presentan sus resultados de efectividad de un tratamiento consistente en una intervención breve (*The WHO BIC*), de 1 hora en el momento del alta y un seguimiento consistente en 9 contactos, telefónicos o presenciales distribuidos de forma semanal y mensual (1, 2, 4, 7 y 11 semanas, y 4, 6, 12 y 18 meses); (Fleischmann et al., 2008). En el último meta-análisis publicado en 2017, identifican la *WHO BIC* como la única intervención que muestra significación estadística en la reducción del suicidio, por encima de la Terapia cognitivo-conductual y de estrategias farmacológicas como el litio (Riblet, Shiner, Young-Xu, & Watts, 2017).

Es evidente que, pese a los avances en el estudio de líneas terapéuticas efectivas para el abordaje de la conducta suicida, todavía falta mucho por conocer sobre este fenómeno. En todo caso, un aspecto clave en la intervención es poder determinar la intervención más adecuada para cada caso, a fin de garantizar tanto la mayor eficacia, como la adherencia más alta posible, que hemos visto que es una de las grandes limitaciones que presentan los

tratamientos descritos. Esto justifica la pertinencia de la investigación sobre los aspectos clave de la conducta suicida, así como el estudio de la existencia de una posible tipología del adolescente suicida. Precisamente son estos los elementos sobre los que versará la presente tesis, y que vamos a tratar de justificar y explicitar de forma más precisa en el apartado siguiente, donde definiremos el planteamiento y objetivos propuestos.

8. PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS

Como hemos visto a lo largo de los apartados anteriores, quedan muchos retos pendientes respecto al estudio de la conducta suicida en la adolescencia. La complejidad y la heterogeneidad de esta problemática hacen muy difícil su comprensión, y a esto hay que sumarle la complicación intrínseca que implica la etapa vital de la adolescencia.

Hay muchos aspectos críticos que siguen en debate abierto en la actualidad, y que carecen todavía de consenso. Empezando por la definición de conducta suicida, la valoración de su gravedad, su intencionalidad, la influencia de la impulsividad, las críticas a los factores de riesgo identificados hasta la fecha, la cantidad de falsos positivos de las mediciones del riesgo de suicidio, y siguiendo por las paradojas de género (mayor número de tentativas en mujeres que en hombres, mayor número de suicidios en hombres que en mujeres) y de edad (mayor número de tentativas en la adolescencia, mayor número de suicidios consumados en la adultez).

En este contexto, el objetivo general de la presente tesis es facilitar datos basados en la evidencia que permitan incrementar el conocimiento sobre los factores relacionados con la conducta suicida de los adolescentes, de modo que esto permita a los profesionales realizar un abordaje terapéutico más eficaz. Partimos de la hipótesis de que posiblemente no todos los tratamientos sean apropiados para todos los tipos de pacientes que presentan conductas suicidas, especialmente por la heterogeneidad de los adolescentes que presentan dichas conductas.

Teniendo en cuenta lo anterior, y dada la gran cantidad de elementos que, como se ha descrito, están involucrados en la conducta suicida, la presente investigación se centra en dos objetivos principales:

1. Identificar antecedentes y características de personalidad de los adolescentes que realizan conducta suicida (Artículos 1 y 3).
2. Identificar factores que pronostiquen la recaída de dicha conducta dentro del período de 6 meses posterior al alta hospitalaria (Artículo 2).

Los tres artículos que componen esta investigación se presentan a continuación, precedidos, cada uno de ellos, de una breve descripción. Cada artículo reporta un estudio realizado con una muestra diferente, si bien todas ellas provienen de un mismo centro, el *Hospital Materno-Infantil Sant Joan de Déu* de Barcelona. Además, estas muestras han sido evaluadas una vez

que la conducta suicida ha estado presente, en un contexto asistencial que busca evitar la repetición de esta conducta suicida en cualquiera de las variantes que se han descrito en el apartado 4.4.

El orden en que se presentan estos artículos refleja asimismo el orden en el que se realizaron los estudios. Así pues, el Estudio 3 (Artículo 3) se desarrolló a partir de la información obtenida en los dos anteriores estudios, pues de este modo se pudo acotar un análisis más preciso de las características de personalidad del adolescente que realiza conducta suicida.

ARTÍCULO 1:

Villar, F., Castellano-Tejedor, C., Sánchez-Fernández, B., Verge, M., y Blasco, T. (2017) Perfiles psicológicos del adolescente con conducta suicida. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1, 7-18.

En este estudio se ha pretendido identificar la existencia de tipologías del suicidio que, a su vez, deberían describirnos los diferentes procesos que transitan las diferentes personas para acabar realizando una conducta suicida, de modo que esto posibilite intervenir de forma diferencial en cada uno de ellos para evitar el desenlace fatal. A partir de la propuesta de Fortune y colaboradores (Fortune, Stewart, Yadav, & Hawton, 2007) hemos planteado que pueden existir procesos diferenciados que pueden agruparse en tres categorías y desembocan en una misma conducta: la conducta suicida. Estos procesos son: 1) Grupo I, constituido por adolescentes con problemas vitales y conductuales de largo recorrido, pero sin diagnóstico de enfermedad mental grave; 2) Grupo II, constituido por adolescentes con trastornos de salud mental graves; y 3) Grupo III, constituido por adolescentes para los que el suicidio aparece de forma aguda en respuesta a un evento vital estresante, y en ausencia de criterios para los grupos I y II (Fortune et al., 2007).

Los datos obtenidos indican que las tres tipologías pueden observarse en la muestra de adolescentes de nuestro estudio, y que la mayoría de adolescentes que presentan conducta suicida siguen un proceso de larga evolución de problemas en diferentes áreas (60%, Grupo I), y que sólo un 30% de los pacientes realizan tentativas en el contexto de un cuadro psicopatológico (Grupo II). También, que sólo uno de cada diez adolescentes atendidos por conducta suicida lo realizan de forma inesperada, sin haber dado señales evidentes en su trayectoria vital o sin presencia de un cuadro psicopatológico (10%, Grupo III).

Estos tres procesos pueden ayudar a conceptualizar la conducta suicida, y a proponer intervenciones diferenciadas para cada proceso. No obstante, estos perfiles deben ampliarse con otras variables clínicas y sociodemográficas de interés en esta problemática, sobre todo de cara a predecir factores asociados a un mayor riesgo de recaída. Ése será el objetivo del segundo estudio (Artículo 2), como se describirá más adelante.

Villar-Cabeza F.*/***, Castellano-Tejedor C.**,
Sánchez-Fernández B.*, Verge Muñoz M.*
Blasco-Blasco T.***

*Unidad de Conducta Suicida. Servicio de Psiquiatría
y Psicología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona
(España).

**Departamento de Psiquiatría. Hospital Universitari
Vall d'Hebron. Barcelona (España). CIBERSAM.

***Departamento de Psicología Básica. Universidad
Autónoma de Barcelona. Bellaterra (España)

Correspondencia:

Francisco Villar.

Unidad de Conducta Suicida. Servicio de Psiquiatría
y Psicología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.
Email: fvillar@hsjdbcn.org

Agradecimientos:

Los autores del presente trabajo desean agradecer la inestimable colaboración de todos los adolescentes que han participado voluntaria y desinteresadamente en el presente estudio.

Financiación:

El proyecto de investigación cuenta con la colaboración de la ayuda de IRPF del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de las convocatorias de 2015-2016.

RESUMEN

La necesidad de prevenir muertes evitables y contener el impacto emocional que genera la conducta suicida requiere de estudios que permitan entender mejor el fenómeno, con el fin de incrementar la eficacia de las estrategias preventivas e interventivas. Clasificar la conducta suicida permitiría un mejor abordaje de esta problemática tan heterogénea, con influencias culturales, evolutivas y de género. Este trabajo pretende describir diferentes perfiles psicológicos prototípicos del adolescente con conducta suicida, a partir de una propuesta de clasificación ya existente que se amplía con otras variables clínicas de relevancia. Para ello, se diseñó un estudio transversal descriptivo-correlacional con pacientes de entre 8-17 años, visitados en Urgencias por conducta suicida entre noviembre del 2013 y diciembre del 2014. Los datos se obtuvieron a partir de entrevistas clínicas. La propuesta de clasificación mostró que los

Perfiles psicológicos del adolescente con conducta suicida

Psychological profiles of adolescents with suicidal behavior

adolescentes del grupo I, el más prevalente (60%), se caracterizaron por presentar mayor prevalencia de rasgos desadaptativos de personalidad, trastorno de conducta, más ingresos hospitalarios y autolesiones y la mitad de ellos presentaron antecedentes de conducta suicida. Los del grupo II (30%), presentaron mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo. El grupo III (10%), mostró un alto porcentaje de tentativas autolíticas (>75%) respecto a otras conductas suicidas, identificando los conflictos relacionales como desencadenantes más frecuentes. La obtención de estos perfiles prototípicos y sus correspondientes características clínicas y psicopatológicas, permite sugerir diferentes procesos de tratamiento ajustados a cada uno de los procesos descritos.

Palabras clave: suicidio, adolescencia, estudio descriptivo, perfiles.

ABSTRACT

The need to prevent avoidable deaths and to contain the emotional impact of suicidal behavior requires studies to better understand the phenomenon and to increase the effectiveness of prevention and intervention strategies. Suicidal behavior has a very heterogeneous characterization, which is influenced by cultural, evolutionary, and gender features, and its classification could facilitate a better approach to this problem. This study was intended to describe the different prototypical psychological profiles of the adolescent with suicidal behavior, based on an existing classification proposal that is extended with other relevant clinical variables. A cross-sectional and descriptive design was employed in a sample of patients between 8-17 years old attended in a pediatric emergency unit between November 2013 and December 2014. Data was collected by means of semi-structured interviews. The classification showed that adolescents in group I, the most prevalent (60%), were characterized by a higher prevalence of maladaptive personality traits, behavioral disorders, more mental health hospital admissions, self-harm behaviors, and half of them had a history of previous suicidal behavior. Those in group II (30%) had a higher prevalence of mood disorders. Group III (10%) showed a high percentage of autolysis attempts (>75%) when compared to other type of suicidal behavior, identifying relational conflicts as the most frequent triggers. To obtain these prototypic profiles and their corresponding clinical and psychopathological characteristics in the study sample suggests different treatments tailored to each specific profile.

Keywords: suicide, adolescence, descriptive study, profiles.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un grave problema de salud pública y la primera causa externa de mortalidad (1). En 2012, 804.000 personas fallecieron en todo el mundo por esta problemática (1). En ese mismo año, las muertes por suicidio en adolescentes en España de entre 15 y 19 años fueron de 52, y de 5 en menores de 15 años (2). Durante los siguientes dos años, estos fallecimientos han seguido incrementando sensiblemente hasta los últimos datos publicados de 2014, cuando hubo 59 casos en menores de 19 años y 10 en menores de 15 años (3); doblando, en esta última franja de edad las cifras

de 2012. Aunque el suicidio consumado en menores de 19 años representa únicamente el 1,7 % del total de los suicidios, éste sigue constituyendo la segunda causa de mortalidad en adolescentes de entre 15 y 19 años (3). Ante este problema, son necesarios estudios que mejoren la prevención y la intervención.

Se sabe que los adolescentes que se suicidan y los que realizan tentativas autolíticas conforman dos poblaciones superpuestas (4). Algunos autores han descrito que las poblaciones con más riesgo, no sólo de suicidio sino de presentar mayor número de diagnósticos de salud mental, son los adolescentes reincidentes múltiples (5). El mayor nivel de riesgo en esta subpoblación es explicado por Hawton, Saunders y O'Connor (6), quienes señalan como factor precipitante recurrente de suicidio los estresores de tipo psicosocial; especialmente los problemas relacionales, que aparecen con mayor frecuencia en el caso de menores de 14 años. En la adolescencia, las relaciones tienen una mayor relevancia, por la necesidad de pertenencia al grupo y la intensidad de las vivencias. Si a esto le sumamos una mayor impulsividad y una infravaloración de los riesgos, todo ello puede llegar a incrementar la probabilidad de tentativas autolíticas durante esta etapa vital.

A la consumación de dichas tentativas podría llegarse a través de procesos diferenciados como los tres que proponen Fortune, Stewart, Yadav y Hawton (7), tras realizar un estudio de 27 autopsias psicológicas de adolescentes que habían consumado el suicidio. El primer tipo de proceso se daría en adolescentes con problemas vitales y conductuales de largo recorrido, fracaso escolar, relaciones familiares deterioradas, abusos sexuales, violencia familiar, rasgos de personalidad desadaptativos, baja autoestima y/o problemas relacionales con iguales. El segundo tipo aparecería en adolescentes que padecen trastornos de salud mental graves. El tercer proceso sería el que se observa en adolescentes que no pueden incluirse en ninguna de las categorías anteriores y en los que la conducta suicida acontece tras un evento vital estresante, como podría ser el fallecimiento de un ser querido.

Esta categorización podría ser útil para integrar el conocimiento que se posee sobre los factores relacionados con el intento de suicidio (7). En este sentido, la literatura científica sobre este tema, señala que uno de los factores de riesgo para la realización de la conducta suicida que cuenta con mayor evidencia empírica es la realización de una tentativa previa (8).

En nuestro ámbito cultural, pacientes varones, con antecedentes psiquiátricos, tentativa suicida previa y/o con clínica de toxicidad en el momento de atención, presentan mayor riesgo de repetir la tentativa (9). Otros factores descritos son la impulsividad, el pesimismo del adolescente introvertido, el debut de trastornos psiquiátricos y el inicio de consumo de tóxicos (10). Sin embargo, esos factores de riesgo no tienen especificidad suficiente, pues implican altas tasas de falsos positivos que no permiten acciones preventivas eficaces (11) ni identifican aquellos casos con peor pronóstico. Por ello, parece pertinente valorar si los perfiles propuestos por Fortune y colaboradores (7), en conjunción con otras variables clínicas y psicopatológicas de relevancia en este ámbito, pueden servir para la obtención de diferentes perfiles prototípicos del adolescente suicida que guíen el diseño e implementación de tratamientos diferenciales de demostrada eficacia, capaces de evitar nuevas tentativas autolíticas.

Por todo lo expuesto, el presente trabajo pretende profundizar en la descripción de las características clínicas y psicopatológicas de la población adolescente con conducta suicida. Para ello, se partirá de la clasificación de Fortune y colaboradores (7), y se ampliará con otras variables relacionadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

El diseño del presente estudio es de tipo transversal descriptivo-correlacional.

Setting

El estudio se realizó en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, con un área de influencia de 1.300.000 habitantes y 100.000 visitas anuales en el servicio de urgencias generales.

Participantes

Se incluyó a los 1) pacientes menores de edad (<18 años) atendidos en el servicio de urgencias psiquiátricas de un hospital pediátrico terciario por tentativa suicida y 2) a pacientes menores de edad (<18 años) que habían presentado una conducta suicida diferente a tentativa (esto incluía: ideación, amenazas, gestos suicidas) con un claro riesgo de pasar al acto (p.e., realizar una

tentativa, valorado por el psiquiatra de urgencias). Se excluyó a los 1) pacientes mayores de edad (≥ 18 años), 2) y a pacientes con deficiencias cognitivas u otros déficits neuropsicológicos que pudiesen dificultar la valoración clínica y/o la comprensión del concepto de muerte, 3) pacientes que negasen la intencionalidad autolítica de la conducta. Es decir, que presentaron autolesiones o conductas parasuicidas, daño auto-infligido, intoxicaciones u otras conductas similares con intencionalidad ansiolítica, lúdica u otra que no fuese suicida.

Variables e instrumentos de evaluación

Las siguientes variables fueron recogidas a partir de un protocolo *ad hoc*:

1. Datos socio-demográficos: edad en el momento de la evaluación y género.
2. Datos clínicos: existencia de diagnóstico psicopatológico (en el presente y pasado) y eventos vitales estresantes (en el presente y pasado) de *bullying*, abusos en la infancia, ingresos hospitalarios en salud mental y autolesiones, presencia de comorbilidades (existencia de uno o más trastornos además del trastorno principal) y antecedentes psicopatológicos familiares. Dicha recogida de información se basó en la entrevista clínica estructurada SCID para los trastornos del DSM.

Datos de estudio relacionados con la conducta suicida:

1. Motivo de consulta: ideación autolítica, amenaza, gesto, tentativa, autolesiones.
2. Tipo de tentativa actual: no procede, sobreingesta medicamentosa, ingesta de cáusticos, precipitaciones, venoclisis, apuñalamientos, ahorcamientos, ingesta de drogas u otros.
3. Existencia previa de tentativa: sí versus no.
4. Tipo de conducta previa: ideación autolítica, amenaza, gesto, tentativa.
5. Antecedentes familiares de conducta suicida y tipo: igual que el punto 2.
6. Factor desencadenante referido por el propio adolescente: conflicto familiar, ruptura sentimental, conflicto con iguales, gestión emocional, problemas académicos, trastorno de salud mental, depresión, dolencia orgánica, otros, no refiere desencadenante.

Procedimiento

El periodo de recogida de datos se realizó desde noviembre de 2013 hasta diciembre de 2014, el mismo día de la atención en urgencias por un profesional clínico (psicólogo o psiquiatra) perteneciente al Servicio de Psiquiatría del Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. La codificación de los datos la realizaron dos psicólogos de forma independiente a través de la intervención directa o del análisis de la historia clínica del paciente realizada por otro facultativo, pudiendo ser este psiquiatra o psicólogo clínico. La clasificación del paciente que presentaba la tentativa en alguno de los tres grupos propuestos por Fortune y colaboradores (7) (véase Tabla 1) la realizaron los dos psicólogos a partir de una submuestra de 100 pacientes (de los 402 que formaban la muestra total). Cada uno de ellos asignó de manera independiente el caso a una de las tres categorías, y se comprobó después que el grado de acuerdo era del 100%. Por ese motivo, la clasificación del resto la realizó uno de los dos psicólogos, con el siguiente proceso de decisión:

- Inclusión del paciente en el grupo I: 1) Pacientes que presentaban o no un cuadro psicopatológico; 2) Que el deterioro en diferentes áreas no era atribuible a dicho cuadro agudo; 3) Que presentasen una evolución tórpida y ausencia de la remisión esperada tras un proceso de tratamiento, o más de dos años sin tratamiento. En este caso se seleccionaba al paciente en el grupo I. En este grupo, el suicidio podría ser considerado como una consecuencia a una falta de recursos para afrontar y acometer las exigencias sociales, ya sea por causas internas (dificultades de gestión emocional, de resolución de conflictos...) o externas (problemas socio-familiares).
- Inclusión del paciente en el grupo II: 1) Si presentaba un cuadro psicopatológico tipo episodio depresivo, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno por estrés post-traumático, etc.; 2) Si las consecuencias o deterioro de diferentes áreas podían atribuirse a ese cuadro clínico; y 3) Si el cuadro no había persistido tras un año en tratamiento (farmacológico, psicológico o combinado) o dos años sin tratamiento. En este grupo el suicidio se podría considerar como fuertemente relacionado al cuadro clínico (síntoma) o al proceso de aceptación de un diagnóstico (como podría ser una esquizofrenia).

- Inclusión del paciente en el grupo III: 1) Aquellos adolescentes que no encajaban en los grupos I o II; 2) Con un funcionamiento conservado en todas las áreas; y 3) Que el suicidio aparecía de forma abrupta ante un único evento vital estresante.

Tabla 1. Categorización del adolescente que comete suicidio según los grupos propuestos por Fortune y colaboradores (7)

Grupo I: Aquellos adolescentes con problemas vitales y conductuales de largo recorrido, fracaso escolar, relaciones familiares deterioradas, abusos sexuales, violencia familiar, rasgos de personalidad desadaptativos, baja autoestima y/o problemas relacionales con iguales.

Grupo II: Aquellos adolescentes con trastornos de salud mental graves. Dos subgrupos:

- Con proceso de suicidio prolongado
- Con un breve proceso suicida

Grupo III: Aquellos adolescentes para los que el suicidio aparece de forma aguda en respuesta a un evento vital estresante, en ausencia de criterios para los grupos I y II.

Adaptado de Fortune y colaboradores (7).

Aspectos éticos

El estudio cumplió con la normativa interna del comité de ética del Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, así como la de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki del 1995 con sus sucesivas enmiendas.

Análisis de datos

Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), en su versión 18. Para analizar la prevalencia de las distintas características socio-demográficas y clínicas, se realizaron análisis descriptivo-correlacionales, de distribución de frecuencias y comparación inter-grupo con un análisis bivariado a partir de la prueba de Chi Cuadrado (χ^2), la t de Student y la prueba ANOVA de un factor. La significación de todas las pruebas se consideró a un nivel de probabilidad del 5% o inferior, indicando siempre la significación exacta que ofrece el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

En total, se recogieron datos de 330 mujeres (82,1%) y 72 hombres (17,9%) de edades comprendidas entre 8 y

17 años ($M = 14,76$, $DT = 1,56$).

La Tabla 2 muestra la distribución de género y la edad media en función de cada uno de los grupos de clasificación de la conducta suicida de Fortune y colaboradores. No existieron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de género entre grupos. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas intra o intergrupo en cuanto a la edad.

Tabla 2. Distribución de géneros y edades para cada grupo (N = 402)

	Grupo I (n = 235)		Grupo II (n = 107)		Grupo III (n = 60)	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
n (%)	195 (83%)	40 (17%)	90 (84,1%)	17 (15,9%)	45 (75%)	15 (25%)
M (DT)	14,72 (1,50)	14,75 (1,82)	14,80 (1,46)	14,71 (1,61)	14,78 (1,89)	15 (1,19)
Total, M (DT), rango	14,72 (1,56), 8-17		14,79 (1,48), 11-17		14,83 (1,74), 9-17	

Grupo I: Problemas vitales/conductuales/emocionales de largo recorrido; Grupo II: trastornos de salud mental graves; Grupo III: Suicidio de aparición aguda como respuesta a un evento vital estresante.
M= Media, SD=Desviación típica

La Tabla 3 muestra los datos clínicos de los participantes en el estudio así como los de sus familiares. Tal y como puede observarse, se encontraron diferencias significativas en relación a la presencia de diagnóstico psicopatológico en el momento del ingreso hospitalario ($\chi^2 = 85,755$, $gl = 2$, $p < ,001$) y también en relación a la existencia de diagnóstico psicopatológico en el pasado ($\chi^2 = 51,636$, $gl = 2$, $p < ,001$) así como a presentar comorbilidad en ese mismo momento ($\chi^2 = 57,893$, $gl = 2$, $p < ,001$). También se hallaron diferencias significativas entre los tres grupos en la presencia de algunos diagnósticos tales como: trastornos del estado de ánimo ($\chi^2 = 19,885$, $gl = 2$, $p < ,001$) donde los episodios depresivos fueron los más prevalentes (40%), trastornos de conducta alimentaria ($\chi^2 = 11,271$, $gl = 2$, $p = ,004$), presencia de rasgos desadaptativos de personalidad ($\chi^2 = 55,268$, $gl = 2$, $p < ,001$) y trastornos de conducta ($\chi^2 = 26,394$, $gl = 2$, $p < ,001$). Sin embargo, no hubo diferencias entre las tres categorías en la existencia de trastorno adaptativo, siendo éste un diagnóstico muy prevalente en los tres grupos, con porcentajes similares, alrededor del 40%.

En cuanto a los antecedentes psicopatológicos personales, se encontraron diferencias significativas entre grupos en los mismos diagnósticos psicopatológicos que los comentados previamente para el momento actual: trastornos del estado de ánimo ($\chi^2 = 10,060$, $gl = 2$, $p = ,007$); presencia de rasgos desadaptativos de personalidad ($\chi^2 = 11,644$, $gl = 2$, $p = ,003$); antecedentes personales de trastornos de conducta ($\chi^2 = 27,640$, $gl = 2$, $p < ,001$); y antecedentes personales de trastornos de conducta alimentaria ($\chi^2 = 13,831$, $gl = 2$, $p = ,001$). También se observaron diferencias entre grupos para la ocurrencia de diferentes sucesos vitales estresantes, tales como la vivencia de *bullying* ($\chi^2 = 8,666$, $gl = 2$, $p = ,013$) y en ingresos hospitalarios previos en salud mental ($\chi^2 = 15,079$, $gl = 2$, $p = ,001$). En cuanto a las autolesiones, también se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($\chi^2 = 28,452$, $gl = 2$, $p < ,001$).

Respecto a los antecedentes psicopatológicos familiares, se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos de sujetos en referencia a dos familias diagnósticas: Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos ($\chi^2 = 9,429$, $gl = 2$, $p = ,009$); y antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo ($\chi^2 = 8,291$, $gl = 2$, $p = ,016$).

La Tabla 4 muestra los resultados referentes a la conducta suicida. Se observaron diferencias significativas entre grupos en cuanto a la existencia de tentativa ($\chi^2 = 6,492$, $gl = 2$, $p = ,039$) y la presencia de antecedentes personales de conducta suicida previa ($\chi^2 = 40,885$, $gl = 2$, $p < ,001$) con una marcada prevalencia en el grupo I, llegando al 50% de los pacientes, de los cuales la mitad (25%) habían presentado tentativas autolíticas previas. No existieron diferencias significativas ni en el tipo concreto de tentativa, ni en el tipo de conducta suicida previa, ni tampoco en cuanto a la presencia de antecedentes familiares de conducta suicida o en los desencadenantes referidos por el adolescente para la conducta suicida. Se observó una diferencia notable en cuanto al desencadenante identificado, se encontró mayor prevalencia de factores relacionales en el grupo III, donde la conflictividad familiar, la ruptura sentimental o el conflicto con iguales fue señalada en un 75% los casos,

Tabla 3. Datos clínicos de la muestra (n=402)			
	Grupo I (n = 235)	Grupo II (n = 107)	Grupo III (n = 60)
	n (%)	n (%)	n (%)
Existencia de diagnóstico psicopatológico***			
Sí	226 (96,2%)	106 (99,1%)	37 (61,7%)
Tipo de diagnóstico psicopatológico actual			
Trastorno por uso de sustancias	21 (8,9%)	6 (5,6%)	3 (5%)
Esquizofrenia u otros t. psicóticos	1 (0,4%)	8 (7,5%)	0
Trastorno del estado de ánimo***	61 (26%)	41 (38,3%)	4 (6,7%)
Trastorno de ansiedad	10 (4,3%)	8 (7,5%)	3 (5%)
Trastorno de conducta alimentaria**	34 (14,5%)	9 (8,4%)	0
Trastorno control de impulsos	3 (1,3%)	0	0
Trastorno adaptativo	91 (38,7%)	38 (35,5%)	25 (41,7%)
Rasgos desadaptativos de personalidad***	85 (36,2%)	8 (7,5%)	0
Trastorno de conducta***	34 (14,5%)	0	0
Trastorno generalizado del desarrollo	5 (2,1%)	5 (4,7%)	0
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	9 (3,8%)	1 (0,9%)	2 (3,3%)
Otros diagnósticos psicopatológicos	5 (2,1%)	1 (0,9%)	1 (1,7%)
Comorbilidad***			
Sí	112 (47,7%)	19 (17,8%)	2 (3,3%)
Existencia de diagnóstico psicopatológico en el pasado***			
Sí	208 (88,5%)	71 (66,4%)	29 (48,3%)
Tipo de antecedentes psicopatológicos personales previos / Eventos vitales estresantes			
Trastorno por uso de sustancias	18 (7,7%)	4 (3,7%)	3 (5%)
Esquizofrenia u otros t. psicóticos	1 (0,4%)	4 (3,7%)	0
Trastorno del estado de ánimo**	42 (17,9%)	18 (16,8%)	1 (1,7%)
Trastorno de ansiedad	36 (15,3%)	19 (17,8%)	5 (8,3%)
Trastorno de conducta alimentaria***	41 (17,4%)	11 (10,3%)	0
Trastorno adaptativo	18 (7,7%)	6 (5,6%)	1 (1,7%)
Rasgos desadaptativos de personalidad**	19 (8,1%)	1 (0,9%)	0
Trastorno de conducta***	50 (21,3%)	3 (2,8%)	2 (3,3%)
Trastorno generalizado del desarrollo	3 (1,3%)	3 (2,8%)	0
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	21 (8,9%)	2 (1,9%)	5 (8,3%)
<i>Bullying*</i>	31 (13,2%)	12 (11,2%)	3 (5%)
Abusos en la infancia	18 (7,7%)	1 (0,9%)	1 (1,7%)
Ingresos hospitalarios en salud mental***	47 (20%)	11 (10,3%)	1 (1,7%)
Autolesiones***	108 (46%)	30 (28%)	7 (11,7%)
Otros	40 (17%)	13 (12,1%)	10 (16,7%)
Existencia de antecedentes psicopatológicos familiares			
Sí	130 (55,3%)	67 (62,6%)	27 (45%)

Tipo de antecedentes psicopatológicos familiares			
Trastorno por uso de sustancias	33 (14%)	19 (17,8%)	6 (10%)
Esquizofrenia u otros t. psicóticos**	17 (7,2%)	14 (13,1%)	0
Trastorno del estado de ánimo*	68 (28,9%)	46 (43%)	15 (25%)
Trastorno de ansiedad	34 (14,5%)	15 (14%)	8 (13,3%)
Trastorno de conducta alimentaria	8 (3,4%)	4 (3,7%)	2 (3,3%)
Trastorno adaptativo	8 (3,4%)	2 (1,9%)	3 (5%)
Trastorno de personalidad	9 (3,8%)	4 (3,7%)	2 (3,3%)
Trastorno de conducta	7 (3%)	3 (2,8%)	1 (1,7%)
Otros	29 (12,3%)	11 (10,3%)	6 (10%)

Grupo I: Problemas vitales/conductuales/emocionales de largo recorrido; Grupo II: Trastornos de salud mental graves; Grupo III: Suicidio de aparición aguda como respuesta a un evento vital estresante.
 *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tabla 4. Datos en relación a la conducta suicida (n=402).

	Grupo I (n = 235)	Grupo II (n = 107)	Grupo III (n = 60)
	n (%)	n (%)	n (%)
Motivo de consulta según profesionales			
Ideación autolítica	41 (17,4%)	23 (21,5%)	4 (6,7%)
Amenaza	12 (5,1%)	5 (4,7%)	0
Gesto	22 (9,4%)	9 (8,4%)	6 (10%)
Tentativa*	160 (68,1%)	70 (65,4%)	50 (83,3%)
Tipo de tentativa			
Sobringesta medicamentosa	145 (90,6%)	62 (88,57%)	42 (84%)
Ingesta de cáusticos	7 (4,3%)	3 (4,28%)	5 (10%)
Precipitación	2 (1,25%)	2 (2,85%)	1 (2%)
Venoclisis	3 (1,87%)	3 (4,28%)	1 (2%)
Apuñalamiento	1 (0,62%)	0	0
Ahorcamiento	0	0	1 (2%)
Ingesta de drogas	1 (0,62%)	0	0
Otros	1 (0,62%)	0	0
Existencia de conducta suicida previa***			
Sí	119 (50,6%)	32 (29,9%)	5 (8,2%)
Tipo de conducta suicida previa			
Ideación autolítica	41 (17,4%)	13 (12,1%)	2 (3,3%)
Amenaza	4 (1,7%)	0	0
Gesto	13 (5,5%)	6 (5,6%)	2 (3,3%)
Tentativa	61 (26%)	13 (12,1%)	1 (1,7%)
Antecedentes familiares de conducta suicida			

Sí	28 (11,9%)	12 (11,2%)	9 (15%)
Tipo de conducta suicida en familiares			
No procede	204 (86,8%)	95 (88,8%)	51 (85%)
Ideación autolítica	2 (0,9%)	0	0
Amenaza	3 (1,3%)	1 (2,5%)	0
Gesto	0	0	0
Tentativa	15 (6,4%)	8 (7,5%)	7 (11,7%)
Suicidio consumado	11 (4,7%)	3 (2,8%)	2 (3,3%)
Factor desencadenante referido por el propio adolescente			
Conflictiva familiar	79 (33,6%)	27 (25,2%)	30 (50%)
Ruptura sentimental	23 (9,8%)	12 (11,2%)	13 (21,7%)
Conflicto con iguales	13 (5,5%)	10 (9,3%)	2 (3,3%)
Gestión emocional	86 (36,6%)	16 (15%)	6 (10%)
Problemas académicos	5 (2,1%)	7 (6,5%)	6 (10%)
Trastorno de salud mental	6 (2,6%)	8 (7,5%)	0
Depresión	22 (9,4%)	26 (24,3%)	1 (1,7%)
Dolencia orgánica	0	0	1 (1,7%)
Otros	1 (0,4%)	0	1 (1,7%)
No refiere desencadenante	0	1 (0,9%)	0
Grupo I: Problemas vitales/conductuales/emocionales de largo recorrido; Grupo II: Trastornos de salud mental graves; Grupo III: Suicidio de aparición aguda como respuesta a un evento vital estresante *p<0,05; **p<0,01;***p<0,001			

mientras que en los grupos II y III estos desencadenantes no llegaron al 50%.

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo era ofrecer una descripción de los perfiles prototípicos del adolescente con conducta suicida en nuestro propio entorno cultural, para poder sugerir la pertinencia de diferentes aproximaciones terapéuticas en función de la idiosincrasia de cada grupo. Para ello, se partió de la clasificación de tres perfiles definidos por Fortune y colaboradores (7), y se amplió con el estudio de otras variables clínicas y psicopatológicas, potencialmente relacionadas con la conducta suicida.

El primer hallazgo a considerar son las diferencias que se encontraron en cuanto a las prevalencias en los diferentes grupos. Observamos que únicamente tres de cada diez adolescentes que presentaron conducta suicida lo hicieron en el contexto de un cuadro psicopatológico; que la mayoría de pacientes presentaban problemáticas de larga evolución con problemas en diferentes áreas del funcionamiento; y que las tentativas que aparecen de

forma inesperada, sin una historia de larga evolución de problemas o en ausencia de un cuadro psicopatológico, fueron muy poco frecuentes.

Por otro lado, tal y como era de esperar, en la comparación de los grupos se observaron diferencias entre ellos en las variables que caracterizan cada tipología. Así, la existencia de diagnósticos psicopatológicos fue inferior en el grupo III, correspondiente a pacientes que presentaban conducta suicida de aparición aguda como respuesta a eventos vitales estresantes; y los diagnósticos más frecuentes en el grupo I (pacientes con problemas vitales/conductuales/emocionales de largo recorrido) respecto al grupo II (pacientes con trastornos de salud mental graves) fueron los esperables. En concreto, trastornos de conducta, rasgos de personalidad desadaptativos y trastorno de la conducta alimentaria. Lo mismo puede decirse respecto a la presencia de comorbilidad, y de los antecedentes psicopatológicos en el pasado, también más frecuentes en el grupo I.

Al centrarnos en las diferencias específicas entre los tres grupos respecto a perfiles clínicos se observó mayor

prevalencia de trastornos del estado de ánimo en el grupo II, seguido del grupo I y por último, observamos una menor presencia de estos diagnósticos en el grupo III. Esto no resulta sorprendente dado que la depresión es uno de los cuadros clínicos más relacionados con el suicidio, especialmente en adultos. Joiner (12) en sus trabajos menciona a los “major five” para referirse a los diagnósticos del DSM más asociados a la conducta suicida. Estos son: 1) el trastorno depresivo mayor, 2) el trastorno bipolar, 3) la esquizofrenia, 4) la anorexia nerviosa y 5) el trastorno límite de la personalidad (12). Chesney, más recientemente excluye la esquizofrenia de esta lista, coincidiendo en los otros cuatro con Joiner (13). Observamos que entre los adolescentes que presentaban conducta suicida en el contexto de un cuadro clínico agudo (grupo II), los trastornos afectivos, especialmente episodios depresivos fueron con diferencia los más prevalentes, cerca del 40%. Estos resultados son muy reveladores ya que destacan la fuerte relación entre depresión y conducta suicida en este grupo de pacientes. Aunque esta relación ha sido muy descrita, incluso identificando la depresión como un predictor de repetición de la conducta suicida (14), a menudo ha quedado en un segundo plano.

Respecto a los rasgos desadaptativos de personalidad, se observa que estos están significativamente más presentes entre los adolescentes del grupo I, con una menor presencia en el grupo II y sin casos con este diagnóstico en el grupo III. Estos resultados tienen sentido teniendo en cuenta que la presencia de rasgos desadaptativos de personalidad explicarían un mal funcionamiento de larga evolución tanto en el ámbito personal como en el relacional.

El trastorno de conducta, por su parte, revela una presencia exclusiva en adolescentes del grupo I, no habiendo casos con este diagnóstico en el resto de grupos. En la misma línea que los trastornos de la personalidad, pero con un inicio más precoz, los adolescentes con este diagnóstico presentan un cuadro de larga evolución de problemas en diferentes áreas, en este caso con serios problemas en el ámbito académico, no solo en el relacional (15).

Los trastornos de conducta alimentaria, constituyen otro de los, ya comentados, “major five” identificados por Joiner (12) o de los cuatro de Chesney (13). La existencia de este diagnóstico en los grupos I y II y su ausencia en el grupo III, dibujaría dos perfiles previos a la conducta

suicida en presencia de trastornos alimentarios. El grupo I presentaría mayor comorbilidad psicopatológica, y el grupo II, cuadros alimentarios más puros, con una problemática más centrada en la conducta alimentaria.

En cuanto a los antecedentes personales, también se encontraron diferencias significativas, con mayor presencia de antecedentes psicopatológicos entre los adolescentes del grupo I, seguidos del grupo II y por último del grupo III. Este dato vuelve a entrelazar resultados observados con aspectos de la propia tipología, siendo que los cuadros más crónicos, por la propia definición se considerarían del grupo I.

Al centrarnos en las diferencias específicas entre los tres grupos respecto a factores vitales estresantes, observamos que existían diferencias significativas entre grupos en cuanto a vivencias de *bullying* con mayor presencia en los adolescentes de los grupos I y II. En estos grupos podríamos hipotetizar que la relación entre el *bullying* y la conducta suicida podría estar mediada de alguna forma por un mal funcionamiento de larga evolución a nivel interpersonal y en otras áreas (grupo I) o por un trastorno de salud mental (grupo II). En cuyo caso sería difícil de determinar si el estresor desencadenante de la patología es el *bullying* o si el hecho de tener una vulnerabilidad o síntomas prodrómicos puede hacer a los preadolescentes y adolescentes más vulnerables a este tipo de situaciones de acoso.

También encontramos diferencias significativas entre los tres grupos en cuanto a ingresos hospitalarios previos en salud mental, con mayor número de ingresos previos entre los adolescentes del grupo I, seguido por los del grupo II y prácticamente ausentes en los del grupo III.

En cuanto a las autolesiones, se hallan diferencias significativas entre los tres grupos con una mayor presencia de éstas entre los adolescentes pertenecientes al grupo I, probablemente muy relacionadas con la mayor existencia de rasgos disfuncionales de personalidad en este grupo y por consiguiente, con peores habilidades interpersonales, de resolución de problemas y de gestión emocional. Todo ello, haría que pudiesen utilizar con más frecuencia que en los otros grupos las autolesiones como estrategias disfuncionales de afrontamiento emocional.

En relación a la conducta suicida, los datos también parecen replicar la tipología de Fortune (7), pues se observó una mayor presencia de tentativas como motivo de consulta en el grupo III, pese a existir, como era de esperar, un menor número de casos en este grupo con

historia de conducta suicida previa. Son adolescentes que pasan al acto de forma poco esperable, sin un proceso previo de incremento de la gravedad de la conducta suicida. Es decir, inicio por ideación autolítica y/o gestos autolíticos, y posterior agravamiento. Los adolescentes de este grupo mantienen un funcionamiento aparentemente normal hasta el momento de la crisis. Para este tipo de pacientes la prevención universal es fundamental ya que resulta muy difícil identificarlos antes del momento de pasar al acto.

La atención por tentativa autolítica fue menor en los grupos I y II, aunque con mayor demanda por otras conductas suicidas diferentes a tentativa que en el grupo III, sin que lleguen a existir diferencias estadísticamente significativas. Esto puede ser debido a que la mayoría de estos adolescentes ya han ido informando de sus dificultades, ya sea verbalmente o con su conducta y problemas de funcionamiento, y por ello están en contacto con equipos de salud mental que ayudan a adelantarse en la identificación de estas conductas de riesgo y acudir a los servicios de urgencias antes de pasar al acto. En esta línea, observamos diferencias significativas en cuanto a la presencia de antecedentes personales de conducta suicida, con una marcada prevalencia en el grupo I, la mitad de los pacientes, y uno de cada cuatro, las conductas previas habían sido tentativas autolíticas.

Si bien lo anterior parece encajar con las categorías de Fortune en la muestra del presente estudio, hay otros resultados que merecen ser comentados y que arrojan luz sobre otras características que también resultan definitorias de las tres tipologías. Así, los tres grupos comparten factores comunes como son que no hay diferencias de género y edad, no hay diferencias respecto al método más frecuentemente utilizado, ni de antecedentes familiares de patología mental o de conducta suicida, siendo este último un importante factor de riesgo para presentar conducta suicida (16) (17). De todas formas, sí debe matizarse que los antecedentes de esquizofrenia son inexistentes en el grupo III, y los antecedentes de trastornos del estado de ánimo, más prevalentes en el grupo II, por lo que no debe descartarse completamente la posible influencia de los antecedentes familiares en la conducta suicida actual.

Por otra parte, sí hay diferencias en el desencadenante identificado por el adolescente, con mayor prevalencia de factores relacionales en el grupo III, donde la conflictividad familiar, la ruptura sentimental o el

conflicto con iguales es indicado por tres de cada cuatro adolescentes, mientras que en los grupos II y III estos desencadenantes relacionales no llegan a la mitad.

LIMITACIONES

El presente trabajo tiene diversas limitaciones que deben tenerse en cuenta. La primera es que se toma como referencia la clasificación del adolescente suicida que se propone en un estudio basado en una muestra que recoge exclusivamente 27 casos de suicidios consumados, excluyendo por tanto otros tipos de conducta suicida. No obstante, son escasos los trabajos que ofrecen perfiles prototípicos tras el estudio detallado de adolescentes con conductas suicidas. Por ello los resultados de Fortune et al. (7) se consideran de gran potencial y relevancia clínica. La segunda es que el trabajo se ha realizado con datos de un único centro, por tanto, sería deseable poder llevar a cabo estudios multicéntricos. Por otro lado, uno de los objetivos principales del estudio era facilitar la toma de decisiones en los servicios de urgencias para mejorar la prevención selectiva e indicada en adolescentes con conducta suicida. A pesar de esto, sólo se han registrado variables identificables en una exploración clínica en urgencias, por ello sería necesario ampliar el estudio con la inclusión de otras variables potencialmente reveladoras del perfil prototípico del adolescente suicida que permitan afinar más las características de cada grupo y poder identificar así perfiles más reveladores y potencialmente predictores que faciliten actuaciones tempranas.

CONCLUSIONES

Al margen de esas limitaciones, y de la elaboración de estudios que las minimicen, consideramos que este es un trabajo muy importante por el tamaño de muestra que recoge y por tratarse de un hospital de referencia para población pediátrica con conducta suicida, lo que favorece la representatividad de la muestra de estudio. Creemos que la clasificación propuesta puede permitirnos un acercamiento más efectivo al estudio de la conducta suicida y a cómo afrontarlo en cada caso. A partir de ahí, los datos aportados permiten sugerir que los tratamientos a aplicar deberían adaptarse a las características de las tipologías planteadas a fin de conseguir la máxima eficacia en la recuperación del adolescente y en la prevención de recaídas. Así, podríamos hablar de dos tipos de intervenciones o estrategias, unas comunes sea cual sea el grupo de pertenencia, siendo las dos más importantes:

1) Restringir el acceso a los métodos utilizados con más frecuencia, en nuestro caso medicamentos, una estrategia que ha demostrado su eficacia en la prevención (6) (1) y 2) mantener un seguimiento especializado en salud mental que favorezca el cambio en la conducta de búsqueda de ayuda, con las siguientes especificaciones que comentaremos a continuación (6) (1). El segundo tipo de intervenciones sería específico para cada una de las tipologías, de cara a mejorar la vinculación de estos pacientes a los tratamientos y reducir la alta tasa de abandono de tratamientos validados para suicidio. En este sentido, nuestra propuesta es la siguiente:

En el grupo I los tratamientos más indicados serían los basados en la adquisición de habilidades, como la Terapia Dialéctico Conductual de Linehan (18) (19). Para el grupo II, tratamientos focalizados en la estabilización de los cuadros clínicos de depresión como la terapia Cognitivo-Conductual o psicofármacos como por ejemplo los inhibidores de la recaptación de Serotonina (20), acompañados de la monitorización de la ideación autolítica. Por último, para el grupo III se tendría que incidir en estrategias de prevención universal, como las intervenciones en colegios. Una vez se ha dado la conducta suicida en adolescentes clasificables en este grupo, habría que ofrecer un año de seguimiento individual (mediante alternativas de resolución de conflictos, elaboración del duelo, u otras) y familiar, para tratar tanto las consecuencias propias de haber realizado un intento de suicidio en un menor que no había dado señales previas, como el posible estrés postraumático en el paciente o familiares, hermanos u otros, acompañado todo ello de orientación para tratar al sujeto tras el intento de suicidio.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization [WHO]. Preventing suicide. *CMAJ* 2014; 143: 609–10.
2. Instituto Nacional de estadística [INE]. Defunciones según la causa de muerte. [revista electrónica] 2013 [accedido diciembre 2015] Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>
3. Instituto Nacional de estadística [INE]. Defunciones según la causa de muerte. [revista electrónica] 2014 [accedido diciembre 2015] Disponible en: http://www.ine.es/en/prensa/np963_en.pdf
4. Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lönnqvist J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: A nationwide study in Finland, 1996–2003. *Am J Epidemiol* 2008; 167: 1155–63.
5. Miranda R, Scott M, Hicks R, Wilcox HC, Lou Harris Munfakh J, Shaffer D. Suicide Attempt Characteristics, Diagnoses, and Future Attempts: Comparing Multiple Attempters to Single Attempters and Ideators. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47: 32–40.
6. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012; 379: 2373–82.
7. Fortune S, Stewart A, Yadav V, Hawton K. Suicide in adolescents: using life charts to understand the suicidal process. *J Affect Disord* 2007; 100: 199–210.
8. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic reviews*. 2008;30(1):133-154. doi:10.1093/epirev/mxn002.
9. Margarit Soler A, Martínez Sánchez L, Martínez Monseny A, Trenchs Sainz de la Maza V, Picouto González MD, Villar Cabeza F, et al. Características epidemiológicas de las tentativas de suicidio en adolescentes atendidos en Urgencias. *An Pediatr (Barc)* 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.04.022>
10. Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents. *JAMA Psychiatry* 2013; 70: 300.
11. Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114: 151–8.
12. Joiner TE, Van Orden K a, Witte TK, Selby E a, Ribeiro JD, Lewis R, et al. Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: empirical tests in two samples of young adults. *J Abnorm Psychol* 2009; 118: 634–46.
13. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. *World Psychiatry* 2014; 13: 153–60.
14. Consoli A, Cohen D, Bodeau N, et al. Risk and

- protective factors for suicidality at 6-month follow-up in adolescent inpatients who attempted suicide: an exploratory model. *Can J Psychiatry* 2015; 60 (2 Suppl 1): S27–S36.
15. Riccio CA, Hewitt LL, Blake JJ (2011) Relation of measures of executive function to aggressive behavior in children. *Appl Neuropsychol* 18: 1-10.
 16. Wilcox HC, Kuramoto SJ, Lichtenstein P, Långström N, Brent D a, Runeson B. Psychiatric morbidity, violent crime, and suicide among children and adolescents exposed to parental death. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49: 514–23.
 17. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite S, Selby EA, Joiner TE. The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological review.* 2010;117(2):575-600. doi:10.1037/a0018697.
 18. Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, et al. Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 475–82.
 19. Mehlum L, Ramberg M, Tørmoen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH, et al. Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016; 55: 295–300.
 20. Cox BJ, Enns MW, Clara IP. Psychological dimensions associated with suicidal ideation and attempts in the National Comorbidity Survey. *Suicide Life Threat Behav* 2004; 34: 209–19.

ARTÍCULO 2:

Villar, F., Castellano-Tejedor, C., Verge, M., Sánchez, B., & Blasco-Blasco, T. (2018). Predictors of suicide behavior relapse in pediatric population. *The Spanish Journal of Psychology*, 21. e6. Doi:10.1017/ sjp.2018.7

El objetivo de este estudio fue el de identificar factores de riesgo de repetición de la conducta suicida a 6 meses, dado que el principal foco de la intervención es precisamente el de conocer el perfil del paciente con mayor riesgo de recaída, a fin de poder actuar sobre él de una forma más intensiva que con el resto. Por lo tanto, la determinación de este perfil de pacientes puede ayudar a priorizar y a proponer diferentes planes de tratamiento para evitar la repetición de la conducta suicida en los siguientes seis meses tras el alta.

Los resultados obtenidos indican que tener un diagnóstico de trastorno de personalidad o rasgos desadaptativos de personalidad, presencia o historia de autolesiones y antecedentes familiares de psicopatología se revelan como factores predictores de la repetición de la tentativa autolítica durante los siguientes 6 meses tras la primera intervención en urgencias del menor.

De estos tres factores, el que permite llevar a cabo una continuación del estudio es el relativo a la personalidad, dado que el campo de estudio de la misma permite concebir enfoques basados en instrumentos de evaluación contrastados que pueden arrojar más luz sobre la tipología del adolescente suicida. Esto llevó al planteamiento del tercer estudio, que se describe en el Artículo 3.

ARTÍCULO 3

Villar-Cabeza F, Esnaola-Letemendia E, Blasco-Blasco T, Prieto-Toribio, T, Vergé-Muñoz M, Vila-Grifoll M, Sánchez-Fernández B & Castellano-Tejedor C. (En prensa). Dimensional analysis of personality in adolescents with suicidal behavior. *Actas Españolas de Psiquiatría*.

En este estudio, y como continuación de lo hallado en los Estudios 1 y 2, decidimos hacer una aproximación dimensional de la personalidad del adolescente que presenta conducta suicida valorando la personalidad y otros aspectos clínicos con el inventario multiaxial de personalidad de Millon (MACI). Esta aproximación dimensional, mediante un análisis factorial, nos permitió identificar dos perfiles de personalidad del adolescente que presenta conducta suicida siguiendo el planteamiento de Hopwood y Grillo (Hopwood & Grilo, 2010). Estos fueron el perfil internalizante y el externalizante. Pudimos valorar que en la muestra estudiada prevalece el perfil externalizante, el cual se relaciona con un mayor número de tentativas, de autolesiones, de antecedentes de *bullying* y de abusos en la infancia. Además, estos adolescentes presentan mayor ideación y son diagnosticados como trastornos de personalidad con más frecuencia.

Esto lleva a plantear la pertinencia de identificar si el adolescente que realiza conducta suicida tiene un perfil externalizante o internalizante, ya que en el caso del primero el abordaje terapéutico deberá prestar especial atención al riesgo de recaída, dado que, por lo observado en el Estudio 2, son un subgrupo, numeroso además, que puede llevar a cabo, con más probabilidad, una reiteración de la conducta suicida.

Así pues, el conjunto de los tres estudios que presentamos ofrece datos para ampliar la panorámica de los antecedentes, tipología de personalidad y factores de riesgo de recaída en conducta suicida en población adolescente que pueden posibilitar un mejor y más eficaz enfoque asistencial en esta problemática. Todo ello será planteado y analizado en el apartado de Discusión General.

9. DISCUSIÓN GENERAL

Como hemos visto y señalado a lo largo de todo el trabajo, en el estudio de la conducta suicida en la adolescencia quedan muchos retos pendientes. Esta problemática es muy heterogénea y compleja, por ello, su comprensión en profundidad sigue representando un reto en la actualidad. A lo largo de la presente tesis hemos señalado de forma reiterada, diversos aspectos críticos que aún a día de hoy siguen siendo materia de debate. Desde el más elemental como sería la propia definición de conducta suicida, a otros tales como la valoración de su gravedad, su intencionalidad, la influencia de la impulsividad, las críticas a los factores de riesgo identificados, o el exceso de falsos positivos en las mediciones de dicho riesgo. A todas estas cuestiones, cabe añadir la paradoja del género plantada por Canetto y Sakinofsky (1998), que describe un mayor número de ideación y tentativas en mujeres que en hombres (Canetto & Sakinofsky, 1998), así como un mayor número de suicidios en hombres que en mujeres; y también, la ya mencionada paradoja de la edad, que describe mayor número de tentativas en la adolescencia, y mayor número de suicidios consumados en la adultez.

Así, este fenómeno que causa tanto sufrimiento y malestar, tanto en los adolescentes como en su entorno familiar y social, es considerado todavía hoy día como tabú, arrastrando numerosos mitos. Por ello, el estudio de la conducta suicida precisa todavía de un esfuerzo constante, tanto a nivel clínico como teórico, para su adecuada comprensión y abordaje.

En esta discusión global haremos una valoración de hasta qué punto, a partir de los tres estudios presentados, hemos podido obtener un conocimiento sólido de los antecedentes y características de personalidad de los adolescentes que realizan conducta suicida, así como de los factores que permiten predecir recaídas. Todo ello será de especial interés para poder aportar elementos que mejoren el proceso decisional a la hora de tratar a los pacientes desde los servicios de urgencias, favoreciendo el que disminuya el riesgo de repetición de tentativas autolíticas. Para estos fines, analizaremos en qué medida hemos podido dar respuesta a las dos preguntas que han estructurado la presente investigación: *¿Quién lleva a cabo una conducta suicida?* Y de los que comenten conducta suicida *¿Quién repite?*

Recordemos que el Estudio 1 trata de responder a la primera pregunta; el Estudio 2, a la segunda pregunta; y el Estudio 3 aporta evidencias tanto para responder a la primera como a la segunda pregunta.

En el Estudio 1 hemos partido de la idea de que una forma adecuada de abordar un problema complejo es fragmentarlo para estudiar cada una de sus partes de forma específica y diferenciada. Una parte del problema del suicidio en la adolescencia es la que refiere a la posible existencia de diferentes tipologías que conducen a la conducta suicida. Desde nuestro punto de vista, las tipologías del suicidio deberían describirnos diferentes procesos a través de los cuales transitan las diferentes personas para acabar realizando una conducta suicida. A partir de Fortune et al. (2007) se tomaron las tres tipologías (o trayectorias) como referencia, y se intentó clasificar a la muestra del estudio en cada una de ellas, considerando los elementos nucleares y diferenciales de las mismas. Este proceso de clasificación clínico, se complementó ampliando la descripción de estos perfiles a partir de la inclusión de un conjunto de variables clínicas y sociodemográficas de interés en población con conducta suicida. En este sentido, se registraron los diagnósticos psicopatológicos, especialmente de depresión, y los antecedentes familiares y personales, tanto de salud mental como los estrictamente relacionados con la conducta suicida.

Los resultados obtenidos a partir de este planteamiento descriptivo nos permitieron observar que la mayoría de adolescentes que presentan conducta suicida siguen un proceso de larga evolución de problemas en diferentes áreas (60%) y que sólo un 30% de los pacientes realizan tentativas en el contexto de un cuadro psicopatológico.

Además, a través de los resultados encontrados, hemos podido identificar al grupo con mayor riesgo de recaída, entendiéndolo como aquel que acumula más factores de riesgo. Este ha sido el caso del grupo I, que aglutina un mayor número de variables relacionadas con la repetición como son: 1) la comorbilidad diagnóstica (Borges et al., 2010), presente en prácticamente la mitad de los pacientes de este grupo; 2) los trastornos de personalidad (Greenfield et al., 2008; Yen et al., 2013); 3) mayor ocurrencia de conducta suicida previa (Gould et al., 2009; Miranda et al., 2008), observable en prácticamente la mitad de adolescentes de este grupo y; 4) presencia de autolesiones (Nock et al., 2008), en casi la mitad de la muestra.

Un aspecto destacable de estos resultados es que conducen a una implicación clínica importante, puesto que ponen en evidencia que las intervenciones que pretenden disminuir el riesgo suicida en la población adolescente mediante la mejora del tratamiento específico de la depresión, deja fuera a la mayoría de adolescentes que presentan esta problemática, ya que no se revela como un diagnóstico muy prevalente en el grupo de mayor gravedad (grupo I) ni en el grupo de menor gravedad (grupo III). Un dato no menos importante, es que estos

resultados indican que sólo uno de cada diez adolescentes atendidos por conducta suicida, realizan este acto de forma inesperada, sin haber dado señales evidentes previas en su trayectoria vital, o sin la presencia de un cuadro psicopatológico que desencadene la conducta. Este grupo (grupo III) se corresponde muy bien con el planteamiento de Hawton, cuando describe la forma de proceder de los adolescentes con conductas que aparecen de forma reactiva a los conflictos relacionales y sin mucha presencia de psicopatología (Hawton et al., 2012).

A pesar de la importancia de estos hallazgos, debemos ser cautelosos respecto a lo que el Estudio 1 nos aporta, pues esta investigación partía de un diseño transversal de tipo descriptivo y, además no está exenta de limitaciones. Al margen de las ya comentadas en el texto original del artículo, nos gustaría destacar aquí la que consideramos más importante. En los diferentes análisis efectuados a partir de los datos obtenidos en el Estudio 1, se llevó a cabo un procedimiento estadístico mediante la técnica de los *clusters*. Hubiera sido deseable que este análisis confirmara la triple tipología surgida del enfoque descriptivo. Sin embargo, los resultados de este análisis ofrecieron tres grandes agrupaciones acompañadas de otras sub-agrupaciones de menor tamaño muestral. A pesar de ello, los resultados no mostraron robustez estadística suficiente.

En consecuencia, podemos afirmar que sí parecen existir las tres tipologías descritas en el Estudio 1 pero no podemos afirmar de forma categórica que sean únicas, ni tampoco podemos saber cuántas más las acompañan. Es más, no ha resultado posible discernir si esas categorías adicionales son variaciones de las tres tipologías “principales” o realmente, tipologías independientes con entidad propia. Por este motivo, en el Estudio 2 decidimos no incluir el factor tipología como variable candidata para el análisis de regresión logística destinado a identificar a los adolescentes que recaían en la conducta suicida. Además, no podemos olvidar que el paradigma actual “de la ideación a la acción”, que como ya hemos descrito previamente cada vez cuenta con mayor respaldo empírico, postula la existencia de dos procesos consecutivos: el primero explicaría como la persona se inicia en la ideación de muerte, y el segundo explicaría el tránsito desde esa ideación a la realización de tentativas (Klonsky & May, 2015). No obstante, para estos autores todas las personas que acaban realizando tentativas o suicidios consumados, transitarían por estos procesos, planteando un único itinerario en lugar de tres como se plantea en el Estudio 1. A nivel de encaje de los dos modelos, entendemos que la teoría de los tres pasos (3ST), podría dar cuenta de los procesos del grupo I y del grupo II, pero tiene peor encaje a la hora de explicar el proceso del grupo III. Aun con todo, vale la

pena destacar que los grupos I y II comprenden casi la totalidad de la problemática. Es decir, estos grupos incluyen a nueve de cada diez menores que presentan conducta suicida.

Como conclusión de este primer estudio, podemos decir que el abordaje basado en tipologías parece adecuado y que la triple tipología que hemos descrito, ampliando lo aportado por Fortune et al. (2007), parece sostenerse en la evidencia clínica, si bien no podemos considerarla todavía como una base sólida desde la que ofrecer una respuesta contundente a la pregunta de *quién realiza conducta suicida*. Ciertamente, parece que deberían ser los pacientes del grupo I los candidatos a tener un mayor riesgo de recaída, y hubiera sido deseable contrastarlo empíricamente en el Estudio 2 pero no podemos saberlo hasta que dispongamos de evidencias más robustas. No obstante, y como se verá a continuación, el Estudio 2 sugiere que efectivamente el grupo I podría tener un mayor riesgo de recaída.

El Estudio 2 tenía por objetivo hallar factores que permitan identificar a los adolescentes que recaen durante los primeros 6 meses tras la primera intervención en urgencias, a partir de modelos estadísticos predictivos. Desde el punto de vista asistencial, estos adolescentes reincidentes representan alrededor de un 15%, y su correcta identificación puede ayudar a priorizar y a proponer diferentes planes de tratamiento para evitar la repetición de la tentativa autolítica y todas sus consecuencias.

Los resultados de este segundo estudio han permitido conocer que tener un diagnóstico de trastorno de personalidad o rasgos desadaptativos de personalidad, presencia o historia de autolesiones y antecedentes familiares de psicopatología, son factores predictores de la repetición de la tentativa autolítica durante los siguientes 6 meses tras la intervención en urgencias del menor. A pesar de que estos resultados se revelaron lo suficientemente sólidos a nivel estadístico, como para disponer de elementos que permitan determinar el perfil de adolescente con mayor riesgo de volver a realizar una tentativa tras el alta, es necesario efectuar un análisis más pormenorizado de alguno de estos factores.

Efectivamente, dos de los factores que dibujan el perfil predictor coinciden con el grupo I del estudio 1. Estos son, las autolesiones y la presencia de rasgos o trastornos de personalidad desadaptativos. El tercero de los factores predictores, que permanece en el modelo de regresión, son los antecedentes familiares de psicopatología, un factor que aparece con la misma frecuencia, sin diferencias estadísticamente significativas, en los tres grupos descritos en el Estudio 1. Tiene sentido que los antecedentes familiares psicopatológicos sean un factor

de riesgo significativo para la ocurrencia de la conducta suicida en el menor, pues estos podrían incidir en dicha conducta a través de dos vías principalmente: 1) por factores genéticos de vulnerabilidad a padecer trastornos de salud mental o, a manifestar síntomas (p.e., disregulación afectiva y conductual) que subyacen a múltiples trastornos psiquiátricos (Yen et al., 2013) y; 2) incidiendo en la capacidad de contención y calidad del ambiente familiar, pues debemos recordar que la relación familiar es uno de los principales factores protectores para la prevención del suicidio en la adolescencia (Swahn et al., 2012). A través de nuestros datos, observamos que la presencia de antecedentes de salud mental en familiares es un elemento importante tanto en la presencia, como en la recurrencia en la evolución de los adolescentes que reciben atención en servicios de urgencias por conducta suicida, con mayor riesgo repetición de tentativas autolíticas en los siguientes 6 meses de seguimiento.

Como elemento adicional, los resultados de este estudio ponen en duda, matizándola, la relación de la depresión con la conducta suicida en la adolescencia. Las posiciones son controvertidas en esta aproximación, pues algunos autores encuentran relación entre la conducta suicida y la depresión incluso en la repetición de tentativas autolíticas (Consoli et al., 2015; O'Connor, Smyth, Mark, & Williams, 2014), mientras que otros no encuentran dicha relación (Greenfield et al., 2008; Nock, Hwang, Sampson, & Kessler, 2010; Nock et al., 2015; Oquendo et al., 2006; Yen et al., 2013). Nuestros resultados no niegan la asociación entre conducta suicida y depresión, pero no permiten afirmar que la existencia de depresión produzca un mayor riesgo de recaída a los 6 meses. Estos resultados apoyan la hipótesis de que la depresión podría influir más en la presencia de ideación autolítica, que en el tránsito de esta ideación a la realización de tentativas autolíticas (Nock et al., 2015).

Llegados a este punto, los hallazgos del Estudio 2 nos permiten dar una respuesta a la segunda pregunta de esta tesis: *¿Quién tienen mayor riesgo de repetir?* Pero plantean la cuestión de cuál es el significado y alcance del concepto de "trastorno" o "rasgo desadaptativo" de la personalidad.

La personalidad es un concepto muy amplio y que se ha abordado desde diferentes marcos teóricos. Las controversias respecto a la posibilidad de diagnosticar trastornos de personalidad en la adolescencia se están resolviendo tomando la dirección de aceptar estos diagnósticos, con algunas limitaciones o restricciones respecto al enfoque empleado en el caso de los adultos, como son el que sea necesaria una persistencia de los síntomas durante al menos un año de forma continuada (American Psychiatric Association, 2014). A pesar de este conato de

consenso, la personalidad sigue siendo un concepto escurridizo, en ocasiones poco clarificador, que requiere de un abordaje más específico. Así, analizando los múltiples rasgos de personalidad por separado, corremos el riesgo de encontrarnos en situaciones similares a las que nos encontramos con los factores de riesgo tomados de forma aislada, el que demuestren escaso poder predictivo.

La pregunta que se desprende inmediatamente tras los resultados del estudio 2, es: *¿Qué perfil de personalidad se relaciona más con el peor pronóstico?* Como hemos comentado, la personalidad engloba tantos aspectos que hablar de rasgos desadaptativos de personalidad, prácticamente nos lleva a no decir nada, pues se trata de un concepto demasiado general y amplio. Por ello, el Estudio 3 tenía por objetivo valorar los planteamientos de Achenbach y Edelbrock, que proponen categorizar los rasgos de personalidad en dos dimensiones la internalizante y la externalizante (Achenbach & Edelbrock, 1984). La riqueza de este planteamiento no se queda únicamente en el estudio de la personalidad, pues este modelo también pretende ofrecer respuesta a los problemas relativos al solapamiento diagnóstico en los trastornos psiquiátricos, explicando la relación entre estos constructos diagnósticos y unas dimensiones de mayor orden (Hopwood & Grilo, 2010).

Los datos del Estudio 3 apoyan la existencia de esas dos dimensiones, y se suman a otros trabajos que proponen el mismo acercamiento de la personalidad dimensional, y la conceptualizan como dos estructuras de mayor orden que predisponen a la internalización o la externalización de síntomas (García-Sánchez et al., 2016; Hopwood & Grilo, 2010; Newman, Larsen, Cunningham, & Burkhart, 2015). Las dimensiones con mayor valor para el perfil externalizante se observan en las escalas *Rebelde*, *Rudo* y *Oposicionista*, mientras que las de mayor valor para el perfil internalizante se observan en las escalas *Introverso*, *Inhibido*, *Autopunitivo* y *Pesimista*.

Tal y como se ha señalado en el artículo correspondiente al Estudio 3, observamos que, en una muestra conformada únicamente por adolescentes que presentan conducta suicida, el perfil externalizante muestra mayores puntuaciones de sintomatología depresiva que el internalizante. Esto es algo que, en principio, no es esperable, dado que las bases conceptuales sobre las que se establecen los perfiles externalizante e internalizante postulan que este último tiene una mayor propensión a presentar sintomatología ansioso-depresiva. Una posible explicación para esta aparente paradoja podría ser que, aunque los externalizantes tengan menos propensión a la sintomatología depresiva, cuando ésta se desarrolla, actúa como

desencadenante de la ideación suicida, tal y como plantean algunos autores (Nock et al., 2015). Es decir: el perfil externalizante sería la condición de base, o variable disposicional, para la aparición de la conducta suicida, pero esta se desencadenaría en presencia de sintomatología depresiva grave. De ahí que, en una muestra de adolescentes que han realizado conducta suicida, los externalizantes presenten mayores puntuaciones de sintomatología depresiva que los internalizantes, puesto que, tal y como plantean Klonsky y May, el sufrimiento es necesario para el desarrollo de la ideación de muerte y del deseo de morir (Klonsky & May, 2015), por lo que no habría conducta suicida en un adolescente externalizante si no va acompañada de un sufrimiento, y este sufrimiento quedaría reflejado en la sintomatología depresiva. En el perfil internalizante, en cambio, la sintomatología depresiva no jugaría un papel tan determinante. No obstante, esto es una hipótesis y, ante todo, sería necesario que los resultados que hemos encontrado en nuestra muestra se replicasen en otros estudios, pues no cabe descartar la posibilidad de que la diferencia que hemos encontrado en sintomatología depresiva entre internalizantes y externalizantes pudiera ser espúrea.

En cuanto al ajuste de estos dos perfiles de personalidad con los tres grupos propuestos en el Estudio 1, hemos observado, que los pacientes correspondientes al perfil externalizante tienen mayor probabilidad de ser diagnosticados de trastornos de personalidad o rasgos desadaptativos de la personalidad y que, además, son más prevalentes en nuestra muestra. Ambos factores permiten suponer que debe haber una mayor presencia del perfil externalizante en el grupo I. Además, tanto los adolescentes con perfil externalizante como los clasificados en el grupo I, coinciden en cuanto a una indicación de tratamientos que priorizan la contención por sus características de mayor gravedad clínica. Por otro lado, es posible que el grupo III acumule mayor número de internalizantes, más propensos a la ocultación de síntomas y con mejor pronóstico posterior. Sin embargo, serían necesarios estudios con muestras más amplias, especialmente, en lo referente al grupo III, para poder establecer con más claridad la posible relación entre perfiles externalizante e internalizante y las tres trayectorias que conducen a la conducta suicida. La secuenciación seguida en la realización de los tres estudios que componen este trabajo no nos permite contrastar de manera directa la posible interacción entre perfiles y trayectorias.

En cuanto al encaje de estos hallazgos en los planteamientos teóricos actuales, creemos que la significación de los resultados obtenidos avala la inclusión, o al menos la consideración, de los constructos internalizante y externalizante en la teoría de los tres pasos (Klonsky & May,

2015). En el texto original del Estudio 3, se ha sugerido un planteamiento preliminar de cómo podría conceptualizarse esta inclusión y dónde podría ser considerada. En este sentido, Klonsky y May profundizan en uno de los elementos importantes de la teoría, “la capacidad de suicidio”, y proponen tres categorías de variables que contribuyen a dicha capacidad. La primera categoría se refiere a variables “disposicionales”, influenciadas principalmente por factores genéticos; algunos ejemplos son la tolerancia al dolor o la fobia a la sangre. La segunda categoría hace referencia a variables “adquiridas”, mismo constructo que utiliza Joiner, que hace referencia a la habituación a experiencias asociadas con dolor, lesiones, miedo y muerte (Joiner, 2005). El tercer grupo de variables es conceptualizado como “prácticas”, refiriéndose a factores concretos que hacen posible el intento de suicidio, como es el acceso a métodos (Klonsky & May, 2015). Nuestro planteamiento, por tanto, tendría que ver con incorporar la personalidad como una variable disposicional que facilitaría la capacidad de suicidio en el caso del perfil de personalidad externalizante. También creemos que podrían verse influenciadas la capacidad de vinculación (*connectedness*), la sensibilidad al sufrimiento psicológico y la tendencia a la desesperanza, según el perfil de personalidad externalizante o internalizante. En esta línea, en el Estudio 3 se han discutido diferentes aproximaciones terapéuticas para cada perfil tratando de vincularles (*Connectedness*) bien a proyectos individuales, bien a grupos de iguales. Nuevamente hay que contrastar empíricamente estos postulados pues el planteamiento bidimensional de la personalidad es relativamente novedoso y todavía no está suficientemente validado en población pediátrica, y mucho menos, en población que haya cometido conducta suicida.

Por último, la inclusión de la personalidad como elemento a considerar en la teoría de los tres pasos (3ST) debería repercutir también en las implicaciones clínicas derivadas de dicha teoría. Así, los principales focos de intervención a la hora de diseñar y planificar estrategias interventivas con esta población deben orientarse a los siguientes objetivos planteados por Klonsky & May (2015): 1) reducir dolor, 2) incrementar esperanza, 3) incrementar la conexión o vinculación y 4) reducir capacidad de suicidio. Sería recomendable desarrollar y validar intervenciones diferenciales, conservando estos objetivos de tratamiento con intervenciones ajustadas a cada una de las dimensiones de personalidad.

10. LIMITACIONES

Las limitaciones generales de la tesis son fundamentalmente dos: La primera es referente al hecho de que todos los datos de los tres estudios provengan del mismo centro. Es deseable que en el futuro se puedan desarrollar estudios multicéntricos que incluyan otras zonas geográficas, puesto que, si bien el volumen de población que absorbe nuestro hospital es importante, el tipo de población es muy concreto, y puede no ser representativo del conjunto de Cataluña (tal como hemos indicado en el apartado 5, existen diferencias entre las diversas provincias) o de otras zonas del Estado.

La segunda limitación es que las variables seleccionadas en los estudios 1 y 2, son variables identificables en el contexto de una entrevista clínica de urgencias, o primera intervención en crisis, y por eso no están basadas en instrumentos psicométricos que ofrezcan mayor rigurosidad. Esta limitación creemos que ha sido eliminada en el Estudio 3, pero su consecuencia es que este tipo de instrumentos no son utilizables en dicho contexto, de modo que las conclusiones extraídas de este Estudio 3 tienen mayor relevancia para seguimientos posteriores que para la situación de urgencias o de crisis.

Otras limitaciones específicas tienen que ver con cada uno de los diferentes estudios presentados. La más destacable del primer estudio es que los itinerarios descritos (los tres grupos) parecen estar relacionados con la conducta suicida, pero no podemos determinar si dichos itinerarios o perfiles son un elemento clave e independiente que efectivamente regula el comportamiento suicida, si es algo fenomenológico y prescindible, o si es algo que depende de otras variables que desconocemos, pero que podría ser útil para un *screening* que facilite la orientación diagnóstica y terapéutica. A pesar de estas limitaciones, lo cierto es el planteamiento del Estudio 1 es más frecuente y aceptado en ámbitos clínicos, por lo que sería deseable que existiese un mayor interés en su estudio y validación científica.

Referente al segundo estudio, las limitaciones más destacables se basan en el método de seguimiento, pues se fundamenta en un registro continuado de la actividad diaria de urgencias de un hospital de referencia. Con este procedimiento sería posible que se hubiera perdido algún dato. Por ejemplo, podría darse el caso que alguna tentativa que no haya sido de la gravedad suficiente como para requerir una atención en urgencias hubiera pasado desapercibida, por tanto, que esos casos concretos estuvieran infrarrepresentados. No obstante, dado el tamaño de la muestra y el hecho de que la atención sea sectorizada (todos

los pacientes de la muestra pertenecen a nuestro sector, por lo tanto toda la atención se centraliza en nuestro hospital), permite tener un buen control de la población de dicho sector, con lo que el riesgo comentado queda minimizado. La segunda limitación existente es la pobre especificidad del diagnóstico de rasgos desadaptativos de personalidad. El trabajo deja patente la importancia de ejecutar un estudio más pormenorizado de la personalidad para, de este modo, entender la repetición de la conducta suicida. Así, fue precisamente la presencia de esta limitación, lo que condujo a desarrollar el Estudio 3, con ánimo de superarla y seguir profundizando en el conocimiento de la conducta suicida en población adolescente.

Referente al tercer estudio, cabría destacar dos limitaciones principales. Ambas están relacionadas con el tamaño de la muestra, pues aunque es apropiado para un estudio de estas características, ya hemos comentado en capítulos anteriores de esta tesis, que la distribución del fenómeno en géneros es muy desigual. Así, en una muestra de este tamaño (N=75) el género masculino ha quedado infrarrepresentado (21% varones), pudiéndose escapar algún aspecto que atribuible a diferencias de género. Asimismo, si recordamos que en el segundo estudio identificamos alrededor de un 10% de recaídas a 6 meses, el tamaño muestral no permite que contemos con suficientes seguimientos para verificar si los perfiles dan lugar a una evolución diferenciada. Por ello, sería necesario un notable incremento de la muestra.

11. IMPLICACIONES

11.1. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Creemos que el gran potencial de esta tesis es precisamente su aplicación clínica. Especialmente, la que se deriva de los dos primeros artículos. Las dos preguntas que hemos tratado de responder son las que se generan a nivel clínico en el abordaje de esta problemática *¿Quién comete conducta suicida?* y *¿Quién repite?* Por lo tanto, a nivel clínico, creemos que la presente tesis ha resultado muy útil en su objetivo principal, que es mejorar el proceso decisional del profesional que afronta una crisis suicida.

Las respuestas obtenidas a nivel de investigación dotan al profesional de una mayor comprensión de la problemática y permite apoyar sus decisiones en los resultados presentados. Este cambio en la práctica diaria ya ha significado cambios que se han incorporado en la forma de atender esta problemática en nuestro hospital, y creemos que puede ayudar a profesionales de otros hospitales tal y como describimos a continuación.

Clasificar al paciente en uno de los tres procesos diferenciados es un proceso sencillo y ágil en el contexto de una exploración clínica al uso, que además permite efectuar una aproximación rápida al tipo de tratamiento que precisará el adolescente. Esto facilita la indicación de tratamientos más ajustados a cada uno, no quedando corto en intensidad en unos casos ni ofreciendo intervenciones innecesarias en otros. Además, también ayuda a identificar a los pacientes con menor riesgo de recaída de tentativa autolítica.

De la misma forma, dentro de los grupos, esta clasificación revela de forma clara al perfil adolescente más importante, el del repetidor. Identificar el perfil predictor de repetición, sabiendo seleccionar aquellos factores de riesgo más discriminativos de entre los múltiples señalados en la literatura científica, ayuda a realizar una prescripción y administración de tratamientos o dispositivos de contención, ajustados según las necesidades de cada perfil, y consiguiendo, por tanto, una mejora en términos de coste-utilidad y coste-eficacia en la gestión de los recursos asistenciales.

En esta línea de recursos asistenciales, otra de las implicaciones clínicas más relevantes es a la hora de tomar decisiones en cuanto a la creación de nuevas líneas de tratamiento en los diferentes dispositivos asistenciales comunitarios u hospitalarios. Observamos que el grupo de

pacientes de largo recorrido, además de ser el más numeroso, coincide también con el que más características comparten con el perfil predictor de repetición. Esto se traduce en la pertinencia de promover la implantación de tratamientos basados en la adquisición de habilidades, como la Terapia dialéctico conductual para adolescentes (Miller et al., 2007). Esta aproximación abarcaría un mayor número de adolescentes que presentan conducta suicida, incidiendo directamente en ese grupo de mal pronóstico y con mayor riesgo de repetición. Por tanto, la promoción de estos tratamientos incidirá en reducir el sufrimiento de pacientes con diagnósticos de rasgos desadaptativos de personalidad y de sus familiares, a la vez que reduciría la incidencia de conducta suicida.

La implicación clínica de los resultados obtenidos fruto del tercer artículo no ha sido tan inmediata, al menos no a nivel de los dispositivos de urgencias. Estos hallazgos tienen más incidencia tras la intervención en crisis, en fases posteriores. Así, esta línea del estudio dimensional de personalidad podría ayudar a orientar las intervenciones mediadoras de la conducta suicida como son la vinculación (*connectedness*) a actividades con carácter interpersonal para el perfil externalizante, u otras basadas en proyectos de tipo más individual para el perfil internalizante.

11.2. LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Los trabajos presentados permiten plantear diversas líneas de investigación futura:

Respecto a la primera pregunta: *¿Quién comete conducta suicida?* Sugerimos que los perfiles obtenidos deben contrastarse mediante análisis de clúster con mayor tamaño de muestra y riqueza de variables de tipo personal y socio-familiar que permitan ampliar el conocimiento de los elementos que caracterizan a esta población y, que podrían ayudar a diseñar estrategias de identificación e intervención temprana de tipo preventivo. Así, creemos que incrementar evidencias sobre estos perfiles podría ser realmente útil, y permitiría confirmar un planteamiento muy aceptado en el ámbito clínico y realmente útil por su potencia en términos operativos y de *screening* clínico.

Respecto a la segunda pregunta: *¿Quién repite?* Planteamos dos posibles líneas de investigación futura. Por un lado, y dado que ha quedado confirmada en nuestra población la importancia de los antecedentes familiares de salud mental, pensamos que una línea de estudio muy reveladora sería profundizar en las características de las relaciones familiares,

identificando los aspectos de estas relaciones que se ven más afectados por la presencia de psicopatología en los padres, y analizando estrategias para compensar dichas carencias. Una segunda línea podría dirigirse a identificar diferentes perfiles según rangos temporales de recaída, pues podría suceder que hubiera un perfil de adolescentes que recaen de forma tardía, más allá de los 6 meses planteados en nuestro estudio y, quizás, esos adolescentes presentan otra caracterización que no ha podido detectarse en nuestra investigación. Es importante plantear esto dado que hay estudios con seguimientos más prolongados que encuentran un 30% de recaídas en 8 años de seguimiento (Haukka et al., 2008), llegando al 44% de recaídas en un seguimiento de adolescentes en su tránsito a la vida adulta (Groholt & Ekeberg, 2009).

Para terminar, se ha evidenciado que el perfil más prevalente de adolescentes que pasan al acto con conductas suicidas es el perfil de personalidad externalizante, que además se relaciona en mayor medida con un mayor número de tentativas, de autolesiones, de antecedentes de *bullying* y de abusos en la infancia, a la par que presentan mayor ideación y son diagnosticados como trastornos de personalidad más frecuentemente. Por lo tanto, sería un reto profundamente interesante analizar el encaje de la personalidad en los nuevos planteamientos teóricos como son la teoría interpersonal del suicidio (Van Orden et al., 2010) y la teoría de los tres pasos (Klonsky & May, 2015) en los que por algún motivo no se contempla la personalidad. Como hemos apuntado en el apartado 9, pensamos que podría incluirse la personalidad en la categoría de variables disposicionales que permitan entender su relación con la capacidad de suicidio. Por otra parte, habría que valorar cuál es la influencia de cada uno de estos perfiles, tanto en la tolerancia al dolor psicológico y los sentimientos de desesperanza que justifican la ideación de muerte, como en la diferencia de potencia del efecto moderador de la conexión en los diferentes perfiles. Este esfuerzo, que en una primera fase debería ser teórico, tendría que posteriormente validarse a nivel empírico, lo que constituiría un punto de referencia para futuras líneas de investigación a desarrollarse en una segunda fase.

11. CONCLUSIONES

- 1) Parecen existir tres trayectorias a través de las cuales se llega a la conducta suicida, siendo más prevalente la que va asociada a problemas vitales y conductuales de largo recorrido como problema principal, más allá de la presencia de diagnóstico de enfermedad mental grave.
- 2) El grupo III de clasificación de la conducta suicida es el de más difícil prevención, el menos frecuente y el que muestra la mejor evolución.
- 3) La correspondencia del paciente con una de las tres trayectorias identificadas en esta investigación es un proceso sencillo y ágil en el contexto de una exploración clínica al uso, que facilita una aproximación rápida al tipo de tratamiento que precisará el adolescente.
- 4) El hecho de que el subgrupo más numeroso de adolescentes con conducta suicida lo constituya el de los adolescentes con trayectorias vitales problemáticas de largo recorrido, sugiere que puede resultar de gran utilidad la implantación de tratamientos basados en la adquisición de habilidades que permitan reducir el sufrimiento de estos pacientes y de sus familiares.
- 5) Aquellos adolescentes con antecedentes familiares de psicopatología, con presencia de autolesiones, y con rasgos desadaptativos de personalidad o trastornos de personalidad, tienen mayor riesgo de realizar una tentativa autolítica en los 6 meses siguientes tras el alta hospitalaria.
- 6) Nuestros datos no permiten establecer qué antecedentes psicopatológicos familiares específicos son los que muestran mayor asociación con la realización de tentativa autolítica en los 6 meses siguientes tras el alta, por lo que deberían realizarse estudios que identificaran las características específicas de dichos antecedentes.
- 7) La depresión, en población adolescente, no se revela como un factor de riesgo predictor de la realización de una tentativa autolítica a 6 meses de seguimiento.
- 8) Nuestros datos evidencian que hay dos perfiles de personalidad claramente diferenciados, el perfil internalizante se caracteriza por ser introvertido, inhibido, autopunitivo y pesimista; y el perfil externalizante se caracteriza por ser rebelde, rudo y opositor.
- 9) El perfil de personalidad externalizante, es más prevalente entre los adolescentes que presentan conducta suicida y más grave a nivel clínico que el internalizante.

- 10) Los perfiles de personalidad externalizante e internalizante deberían ser considerados a la hora de seleccionar las estrategias de intervención orientadas a los objetivos terapéuticos adecuados para el adolescente con conducta suicida.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1984). Achenbach & Edelbrock (1984) Psychopathology of childhood.pdf. *Annual Review of Psychology*, 35, 227–256.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. APA. <http://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Amitai, M., & Apter, A. (2012). Social aspects of suicidal behavior and prevention in early life: A review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. <http://doi.org/10.3390/ijerph9030985>
- Andrés, R. (2015). *Semper dolens. Historia del suicidio en occidente*. (Acantilado Quaderns Crema S.A., Ed.). Barcelona: Acantilado.
- Anestis, M. D., Bagge, C. L., Tull, M. T., & Joiner, T. E. (2011). Clarifying the role of emotion dysregulation in the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior in an undergraduate sample. *Journal of Psychiatric Research*, 45(5), 603–611. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.013>
- Asarnow, J. R., Baraff, L. J., Berk, M., Grob, C. S., Devich-Navarro, M., Suddath, R., ... Tang, L. (2011). An Emergency Department Intervention for Linking Pediatric Suicidal Patients to Follow-Up Mental Health Treatment. *Psychiatric Services*, 62(11), 1303–1309. http://doi.org/10.1176/ps.62.11.pss6211_1303
- Barraclough, B. (1992). The Bible suicides. *Acta Psychiatr Scand*, 86((1)), 64–69.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90–113. <http://doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.90>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142(5), 559–563. <http://doi.org/10.1176/ajp.142.5.559>
- Bonete-Perales, E. (2004). *¿Libres para morir? En torno a la Tánato-Etica*. (Desclée de Brouwer, Ed.). Bilbao.
- Borges, G., Nock, M. K., Abad, J. M. H., Sampson, N. A., Alonso, J., Helena, L., ... Williams, D. R. (2010). Twelve Month Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts in the WHO World Mental Health Surveys. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(12), 1617–1628. <http://doi.org/10.4088/JCP.08m04967blu.Twelve>
- Brenner, L. A., Breshears, R. E., Betthausen, L. M., Bellon, K. K., Holman, E., Harwood, J. E. F., ... Nagamoto, H. T. (2011). Implementation of a suicide nomenclature within two VA healthcare settings. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18(2), 116–28. <http://doi.org/10.1007/s10880-011-9240-9>

- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>
- Bursztein, C., & Apter, A. (2009). Adolescent suicide. *Current Opinion in Psychiatry*. <http://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283155508>
- Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The Gender Paradox in Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28 (1), 1–23.
- Ceverino, A. (2002). *Conducta suicida, ciclo menstrual y gen transportador de la serotonina*. Alcalá.
- Consoli, A., Cohen, D., Bodeau, N., Guilé, J. M., Mirkovic, B., Knafo, A., ... Gérardin, P. (2015). Risk and Protective Factors for Suicidality at 6-Month Follow-up in Adolescent Inpatients Who Attempted Suicide: An Exploratory Model. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*.
- Critchley, S. (2016). *Apuntes sobre el suicidio*. (A. Decay, Ed.) (1st ed.).
- Crosby, A. E., Han, B., Ortega, L. a G., Parks, S. E., & Gfroerer, J. (2011). Suicidal thoughts and behaviors among adults aged ≥ 18 years--United States, 2008-2009. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries (Washington, D.C. : 2002)*, 60(13), 1–22. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22012169>
- Cyrułnik, B. 1937-. (2014). *Cuando un niño se da muerte*. (Gedisa, Ed.). Barcelona: Gedisa.
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerkhof, A. J. F. M., & Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO multicentre Study. *Crisis*, 27(1), 4–15. <http://doi.org/10.1027/0227-5910.27.1.4>
- Diamond, G. M., Diamond, G. S., Levy, S., Closs, C., Ladipo, T., & Siqueland, L. (2013). Attachment-based family therapy for suicidal lesbian, gay, and bisexual adolescents: A treatment development study and open trial with preliminary findings. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1, 91–100. <http://doi.org/2011-29358-001> [pii] 10.1037/a0026247 [doi]
- Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., & Levy, S. (2010). Attachment-Based Family Therapy for Adolescents with Suicidal Ideation: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(2), 122–131. <http://doi.org/10.1097/00004583-201002000-00006>
- Durkheim, E. (1951). Suicide, a study in sociology. *New York Free Press*, 3, 405. <http://doi.org/10.2307/2088294>
- Ellis, T. (2001). Psychotherapy with suicidal patients. In D. Lester (Ed.), *Suicide Prevention: Resources for the millennium* (pp. 129–151). Philadelphia.

- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., Psychol, C., & Deeks, J. (2005). The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(3), 239–250. <http://doi.org/10.1521/suli.2005.35.3.239>
- Fawcett, J., Busch, K. A., Jacobs, D., Kravitz, H. M., & Fogg, L. (1997). Suicide: A four-pathway clinical-biochemical model. *The Neurobiology of Suicide: From the Bench to the Clinic*.
- Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Wasserman, D., Leo, D. de, Bolhari, J., Botega, N. J., ... Thanh, H. T. T. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.2471/BLT.07.046995>
- Fortune, S., Stewart, A., Yadav, V., & Hawton, K. (2007). Suicide in adolescents: Using life charts to understand the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2006.10.022>
- García-Sánchez, S., Matalí, J. L., Martín-Fernández, M., Pardo, M., Lleras, M., Castellano-Tejedor, C., & Maria Haro, J. (2016). Personalidad internalizante y externalizante y efectos subjetivos en una muestra de adolescentes consumidores de cánnabis. *Adicciones*, 28(4), 231–241.
- Garvey, K. a, Penn, J. V, Campbell, A. L., Esposito-Smythers, C., & Spirito, A. (2009). Contracting for safety with patients: clinical practice and forensic implications. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 37(3), 363–70. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19767501>
- Gould, M. S., Marrocco, F. A., Hoagwood, K., Kleinman, M., Amakawa, L., & Altschuler, E. (2009). Service Use by At-Risk Youths After School-Based Suicide Screening. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(12), 1193–1201. <http://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181bef6d5>
- Greenfield, B., Henry, M., Weiss, M., Tse, S. M., Guile, J. M., Dougherty, G., ... Harnden, B. (2008). Previously suicidal adolescents: Predictors of six-month outcome. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.
- Groholt, B., & Ekeberg, O. (2009). Prognosis after adolescent suicide attempt: mental health, psychiatric treatment, and suicide attempts in a nine-year follow-up study. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 39(2), 125–36. <http://doi.org/10.1521/suli.2009.39.2.125>
- Grupp-Phelan, J., McGuire, L., Husky, M. M., & Olfson, M. (2012). A randomized controlled trial to engage in care of adolescent emergency department patients with mental health problems that increase suicide risk. *Pediatric Emergency Care*, 28(12), 1263–1268. <http://doi.org/10.1097/PEC.0b013e3182767ac8>

- Guthrie, E., Kapur, N., Mackway-Jones, K., Chew-Graham, C., Moorey, J., Mendel, E., ... Tomenson, B. (2001). Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *323*(7305), 135–8. <http://doi.org/10.1136/BMJ.323.7305.135>
- Haukka, J., Suominen, K., Partonen, T., & Lönnqvist, J. (2008). Determinants and outcomes of serious attempted suicide: A nationwide study in Finland, 1996-2003. *American Journal of Epidemiology*, *167*(10), 1155–1163. <http://doi.org/10.1093/aje/kwn017>
- Hawton, K. (2007). Restricting access to methods of suicide rationale and evaluation of this approach to suicide prevention. *Crisis*. <http://doi.org/10.1027/0227-5910.28.S1.4>
- Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, *379*(9834), 2373–2382. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Hawton, K., Townsend, E., Deeks, J., Appleby, L., Gunnell, D., Bennewith, O., & Cooper, J. (2001). Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self poisoning in the United Kingdom: before and after study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *322*(7296), 1203–7. <http://doi.org/10.1136/BMJ.322.7296.1203>
- Hom, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E. (2015). Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.006>
- Hopwood, C. J., & Grilo, C. M. (2010). Internalizing and externalizing personality dimensions and clinical problems in adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, *41*(4), 398–408. <http://doi.org/10.1007/s10578-010-0175-4>
- Horton, S. E., Hughes, J. L., King, J. D., Kennard, B. D., Westers, N. J., Mayes, T. L., & Stewart, S. M. (2016). Preliminary Examination of the Interpersonal Psychological Theory of Suicide in an Adolescent Clinical Sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *44*(6), 1133–1144. <http://doi.org/10.1007/s10802-015-0109-5>
- Huey, S. J., Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Pickrel, S. G., & Edwards, J. (2004). Multisystemic Therapy Effects on Attempted Suicide by Youths Presenting Psychiatric Emergencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *43*(2), 183–190. <http://doi.org/10.1097/00004583-200402000-00014>
- IASP. (1960). The international Association for Suicide Prevention. Retrieved February 15, 2018, from <https://www.iasp.info/nomenclature.php>
- Johnson, J., Gooding, P. A., Wood, A. M., & Tarrrier, N. (2010). Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behaviour Research*

- and Therapy*, 48(3), 179–186. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2009.10.007>
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA, US: Harvard University Press.
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 617–626. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.617>
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2014). Differentiating suicide attempters from suicide ideators: A critical frontier for suicidology research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(1). <http://doi.org/10.1111/sltb.12068>
- Klonsky, E. D., & 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*. <http://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1). <http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
- Kreitman, N., Philip, A. E., Greer, S., & Bagley, C. R. (1969). Parasuicide. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 115(523), 746–747. <http://doi.org/10.1192/bjp.115.523.746-a>
- Law, C. K., Yip, P. S. F., & Chen, Y. Y. (2011). The economic and potential years of life lost from suicide in Taiwan, 1997-2007. *Crisis*, 32(3), 152–159. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000070>
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Baldwin, C. L. (2001). Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4).
- Linnoila, V. M. I., & Virkkunen, M. (1992). Aggression, suicidality, and serotonin. In *Journal of Clinical Psychiatry* (Vol. 53, pp. 46–51).
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181–189. <http://doi.org/10.1176/ajp.156.2.181>
- Mesones-Peral, J. E. (2014). El suicidio a lo largo de la historia y las culturas. In Función Salud Mental España (Ed.), *Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida* (Segunda ed, pp. 35–60). Madrid.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Retrieved from <http://publicaciones.umh.es/docview/621549853?accountid=28939>
- Ministerio de Economía industria y Competitividad. (2018). Instituto Nacional de Estadística.

Retrieved February 13, 2018, from
http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=Page&cid=1254735910183&p=1254735910183&pagename=INE%2FINELayout

- Miranda, R., Scott, M., Hicks, R., Wilcox, H. C., Lou Harris Munfakh, J., & Shaffer, D. (2008). Suicide Attempt Characteristics, Diagnoses, and Future Attempts: Comparing Multiple Attempters to Single Attempters and Ideators. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(1), 32–40. <http://doi.org/10.1097/chi.0b013e31815a56cb>
- Newman, J. L. E., Larsen, J. L., Cunningham, K. B., & Burkhart, B. R. (2015). An examination of the factor structure of the Millon Adolescent Clinical Inventory in a sample of detained adolescent boys. *Psychological Assessment, 27*(3), 1022–1036. <http://doi.org/10.1037/a0038779>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry, 192*(2), 98–105. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents. *JAMA Psychiatry, 70*(3), 300. <http://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>
- Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., & Michel, B. D. (2007). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, Reliability, and Validity in an Adolescent Sample. *Psychological Assessment, 19*(3), 309–317. <http://doi.org/10.1037/1040-3590.19.3.309>
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the national comorbidity survey replication. *Molecular Psychiatry, 15*(8), 868–876. <http://doi.org/10.1038/mp.2009.29>
- Nock, M. K., Ursano, R. J., Heeringa, S. G., Stein, M. B., Jain, S., Raman, R., ... Kessler, R. C. (2015). Mental disorders, comorbidity, and pre-enlistment suicidal behavior among new soldiers in the U.S. army: Results from the army study to assess risk and resilience in servicemembers (Army STARRS). *Suicide and Life-Threatening Behavior, 45*(5), 588–599. <http://doi.org/10.1111/sltb.12153>
- O'Carroll, P. W., Berman, a L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 26*(3), 237–252. <http://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00609.x>
- O'Connor, R. C., Platt, S., & Gordon, J. (2011). Towards an Integrated Motivational–Volitional

- Model of Suicidal Behaviour. In & R. C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Eds.), *International handbook of suicide prevention: Research, policy, and practice* (pp. 181–198). Malden, MA: John Wiley & Sons.
- O'Connor, R. C., Smyth, R., Mark, J., & Williams, G. (2014). Intrapersonal Positive Future Thinking Predicts Repeat Suicide Attempts in Hospital-Treated Suicide Attempters. <http://doi.org/10.1037/a0037846>
- Oquendo, M. A., Currier, D., & Mann, J. J. (2006). Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *114*(3), 151–158. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00829.x>
- Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, & Asarnow JR. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *54*(2), 97–107.e2. <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009>
- Pelkonen, M., & Marttunen, M. (2003). Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatric Drugs*, *5*(4), 243–65. <http://doi.org/544> [pii]
- Plutchik, R., van Praag, H. M., & Conte, H. R. (1989). Correlates of suicide and violence risk: III. A two-stage model of countervailing forces. *Psychiatry Research*, *28*(2), 215–225. [http://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90048-6](http://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90048-6)
- Poltorak, D. Y., & Glazer, J. P. (2006). The Development of Children's Understanding of Death: Cognitive and Psychodynamic Considerations. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. <http://doi.org/10.1016/j.chc.2006.03.003>
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *The American Journal of Psychiatry*, *164*(7), 1035–43. <http://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.7.1035>
- Ribeiro, J. D., Witte, T. K., Van Orden, K. A., Selby, E. A., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner, T. E. (2014). Fearlessness about death: The psychometric properties and construct validity of the revision to the Acquired Capability for Suicide Scale. *Psychological Assessment*, *26*(1), 115–126. <http://doi.org/10.1037/a0034858>
- Riblet, N. B. V., Shiner, B., Young-Xu, Y., & Watts, B. V. (2017). Strategies to prevent death by suicide: meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, *210*(6), 396–402. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187799>
- Rudd, D., Joiner, T., & Rajab, M. H. (2003). Treating suicidal behaviour - An effective time-

- limited approach: Book Review. *Behaviour Research and Therapy*, 41(2), 258.
- Rudd, M. D., Mandrusiak, M., & Joiner, T. E. (2006). The case against no-suicide contracts: The commitment to treatment statement as a practice alternative. *Journal of Clinical Psychology*. <http://doi.org/10.1002/jclp.20227>
- Rudd, M. D., Rajab, M. H., Orman, D. T., Joiner, T., Stulman, D. A., & Dixon, W. (1996). Effectiveness of an outpatient intervention targeting suicidal young adults: Preliminary results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 179–190. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.64.1.179>
- Schotte, D. E., & Clum, G. a. (1987). Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 49–54. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.55.1.49>
- Shneidman, E. S. (1998). Perspectives on suicidology. Further reflections on suicide and psychache. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 28(3), 245–250. <http://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1998.tb00854.x>
- Silverman, M. M., & Berman, A. L. (2014). Suicide risk assessment and risk formulation part I: A focus on suicide ideation in assessing suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(4), 420–431. <http://doi.org/10.1111/sltb.12065>
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. <http://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>
- Silverman, M. M., & De Leo, D. (2016). Why there is a need for an international nomenclature and classification system for suicide. *Crisis*, 37(2), 83–87. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000419>
- Soler, L., Segura, A., Kirchner, T., & Forn, M. (2013). Polyvictimization and risk for suicidal phenomena in a community sample of spanish adolescents. *Violence and Victims*, 28(5), 899–912. <http://doi.org/10.1891/0886-6708.28.5.899>
- Spirito, A., Boergers, J., Donaldson, D., Bishop, D., & Lewander, W. (2002). An intervention trial to improve adherence to community treatment by adolescents after a suicide attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(4), 435–442. [http://doi.org/S0890-8567\(09\)60871-6](http://doi.org/S0890-8567(09)60871-6) [pii] 10.1097/00004583-200204000-00016 [doi]
- Stanley, B., Brown, G., Brent, D. A., Wells, K., Poling, K., Curry, J., ... Hughes, J. (2009). Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP): Treatment Model, Feasibility, and Acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(10), 1005–1013. <http://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b5dbfe>

- Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(2), 256–264. <http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
- Swahn, M. H., Ali, B., Bossarte, R. M., van Dulmen, M., Crosby, A., Jones, A. C., & Schinka, K. C. (2012). Self-harm and suicide attempts among high-risk, urban youth in the U.S.: Shared and unique risk and protective factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 9*(1), 178–191. <http://doi.org/10.3390/ijerph9010178>
- Tidemalm, D., Langstrom, N., Lichtenstein, P., & Runeson, B. (2008). Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *British Medical Journal, 337*(7682), 1328–1331. <http://doi.org/10.1136/bmj.a2205>
- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., & Joiner, T. E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological Assessment, 24*(1), 197–215. <http://doi.org/10.1037/a0025358>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review, 117*(1), 187–210. <http://doi.org/10.1037/a0018697>
- Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology, 12*(4), 189–201. <http://doi.org/10.1016/j.appsy.2008.05.001>
- Wharff, E. A., Ginnis, K. B., Ross, A. M., White, E. M., White, M. T., & Forbes, P. W. (2017). Family-Based Crisis Intervention With Suicidal Adolescents: A Randomized Clinical Trial. *Pediatric Emergency Care*. <http://doi.org/10.1097/PEC.0000000000001076>
- Wharff, E. A., Ginnis, K. M., & Ross, A. M. (2012). Family-based crisis intervention with suicidal adolescents in the emergency room: A pilot study. *Social Work (United States), 57*(2), 133–143. <http://doi.org/10.1093/sw/sws017>
- WHO. (2008). *CIE-10 clasificacion estadistica internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. 554 (Vol. 1). Retrieved from <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume3.pdf>
- Williams, J. M. G., Van Der Does, A. J. W., Barnhofer, T., Crane, C., & Segal, Z. S. (2008). Cognitive reactivity, suicidal ideation and future fluency: Preliminary investigation of a differential activation theory of hopelessness/suicidality. *Cognitive Therapy and Research, 32*(1), 83–104. <http://doi.org/10.1007/s10608-006-9105-y>
- Williams, J., & Williams, M. (2002). *Suicide and attempted suicide: Understanding the cry of*

pain (2nd Revise). London: Penguin.

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. WHO.
<http://doi.org/10.1002/9780470774120>

Wortzel, H. S., Matarazzo, B., & Homaifar, B. (2013). A model for therapeutic risk management of the suicidal patient. *Journal of Psychiatric Practice*, 19(4), 323–326.
<http://doi.org/10.1097/01.pra.0000432603.99211.e8>

Yen, S., Weinstock, L. M., Andover, M. S., Sheets, E. S., Selby, E. A., & Spirito, A. (2013). Prospective predictors of adolescent suicidality: 6-month post-hospitalization follow-up. *Psychological Medicine*, 43(5), 983–993. <http://doi.org/10.1017/S0033291712001912>