

Tratamiento de la conducta suicida

Susana Al-Halabí*
Universidad de Oviedo

Juan García-Haro
Servicio de Salud del Principado de Asturias, SESPA

José Eduardo Rodríguez Otero
Servizo Galego de Saúde, SERGAS

Eduardo Fonseca Pedrero
Universidad de La Rioja

Material docente original

1. INTRODUCCIÓN

«La vida es quehacer, y la verdad de la vida, es decir, la vida auténtica de cada cual, consistirá en hacer lo que hay que hacer y evitar el hacer cualquiera cosa»

J. Ortega y Gasset

El suicidio es un problema de salud pública. La conducta suicida es un fenómeno complejo, multidimensional y multicausal cuya delimitación, evaluación, prevención, intervención y posvención, requiere un enfoque comprensivo focalizado en el sufrimiento de la persona y en su contexto biográfico (Al-Halabi y Fonseca-Pedrero, 2023a; García-Haro et al., 2018).

El 19 de diciembre de 2023 el Instituto Nacional de Estadística (INE) de nuestro país publicaba los datos definitivos sobre las estadísticas de defunción por causa de muerte del año 2022 (INE, 2023). El número de muertes por suicidio fue de 4227, un 5,6% más que el año previo, evidenciando una tendencia al alza que venimos observando desde hace varios años. Se registraban las mayores tasas de suicidio de nuestra historia tanto en población general (8,85 muertes por 100.000 habitantes) como en función del sexo (13,34 en hombres y 4,52 en mujeres). Asimismo, se registró un ligero aumento de suicidios entre la población adolescente, especialmente en varones (44 chicos y 21 chicas frente a 28 y 25 respectivamente del año 2021). Para una información epidemiológica más detallada pueden consultarse los informes del Observatorio del Suicidio en España de la Fundación Española para la Prevención del Suicidio (www.fsme.es).

Según el INE, en nuestro país desde 2014 [año de publicación del primer informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014)] han muerto por suicidio algo más de 30000 personas (INE, 2023). Si, además, de acuerdo con la OMS (2022) por cada muerte por suicidio se estima que existe una media de 20 intentos, en España tendríamos casi 85000 intentos de suicidio al año. Esta situación implica un drama difícil de describir y de elaborar por parte de los familiares y allegados que, en ocasiones, pueden verse enfrentados a un proceso de duelo complejo (González-Jiménez et al., 2023). Aun con todo, la conducta suicida más frecuente que nos encontraríamos en la consulta sería la ideación suicida (Chiles et al., 2019). De acuerdo con Coppersmith et al. (2023), aproximadamente un 9% de la población tiene pensamientos de suicidio en algún momento de su vida. En el caso de población adolescente, este porcentaje ascendería en torno 20% (Fonseca-Pedrero et al., 2023a; Lim et al., 2019). No obstante, desde una perspectiva de salud pública, el campo de la suicidología ha estado, razonablemente, más preocupado por los intentos y las muertes por suicidio. El coste personal, familiar y social de este tipo de fenómenos es bien conocido. Sin embargo, recientemente Jobes et al. (2024) han puesto sobre la mesa la necesidad de considerar la ideación suicida como un objetivo protagonista de investigación, ya que el alivio de este tipo de pensamientos reduciría el sufrimiento y mejoraría la calidad de vida de buena parte de la población general y clínica, incluso habiendo un componente funcional o instrumental de este tipo de pensamientos encaminado, en la mayoría de los casos, a lidiar con la sensación de sentirse miserable, desdichado y desolado.

Nos encontramos, pues, ante un fenómeno que se caracteriza por la presencia de un gran sufrimiento vital y de un dolor psicológico intolerable en el que una persona, en una circunstancia determinada (construida como insufrible, irresoluble, interminable, inescapable, sin futuro y sin esperanza) decide quitarse la vida (para una conceptualización extensamente fundamentada se recomienda García-Haro et al., 2023). Se trataría de un drama existencial antes que un síntoma más de una supuesta “enfermedad mental” o una “avería intrapsíquica” que hay que “curar”. No cabría, por tanto, una interpretación “diagnóstica” o de tipo lineal ni unicausal, sino que habría que entender la conducta suicida como un fenómeno asociado al sufrimiento humano y al sentido o falta del mismo, que tiene lugar en los contextos biográficos (sociales y culturales) de las personas, así como en la vivencia particular de sus dificultades o circunstancias vitales. Cualquier reduccionismo o etiqueta diagnóstica implicaría disolver la esencia misma del fenómeno.

O'Connor y Nock (2014) definieron el suicidio como el acto por el que un individuo pone fin intencionalmente a su propia vida. Utilizan el término más general de conducta suicida para referirse a un conjunto de pensamientos y comportamientos relacionados con el hecho de

quitarse intencionadamente la vida. Entre los pensamientos incluyen: la ideación suicida (pensamientos acerca de quitarse intencionadamente la vida) y el plan suicida (formulación del modo de quitarse la vida). Diferencian el intento de suicidio (participación en un acto potencialmente autodestructivo en el que hay al menos alguna intención de morir) y la autolesión, definida por el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) de Reino Unido como el acto de autoenvenenamiento o autolesión intencional, independientemente del motivo (NICE, 2022).

En Europa y la mayoría de los países del mundo, se utiliza la categoría conducta autolítica/autolesión deliberada (*deliberate self-harm behavior-DSH*) como un concepto de amplio espectro que incluye: 1) las conductas suicidas; 2) las autolesiones no suicidas (*non suicidal self-injurious-NSSI*); y 3) otras conductas de daño autoinfligido con intención ambigua. Sin embargo, las relaciones entre estas variables no tienen la misma magnitud en todos los países de los cinco continentes (Bertolote y Wasserman, 2021). En la tabla 28.1 se recogen las definiciones que plantea la investigación (Turecki et al., 2019).

---POR FAVOR, INSERTAR POR AQUÍ TABLA 28.1---

Más allá de la complejidad y la multifactorialidad, existirían dos posiciones básicas y disyuntivas en la literatura científica sobre la conducta suicida que tienen su reflejo en el tablero sanitario-clínico-asistencial:

- Una conceptualización principalmente individual-endógena y diagnóstico-céntrica del suicidio (p. ej., Navío-Acosta y Pérez-Sola, 2020).
- Un enfoque contextual-funcional (Chiles et al., 2019; Reyes-Ortega y Strosahl, 2020), constructivista (Winter, 2023), contextual-fenomenológico (Al-Halabí y García-Haro, 2021; García-Haro et al., 2018a; 2020) o contextual-existencial (García-Haro et al., 2023).

A diferencia del enfoque diagnóstico-céntrico, el enfoque contextual sería transdiagnóstico (con un núcleo común al sufrimiento de las personas ya sea en presencia o ausencia de una o varias categorías diagnósticas), psico(pato)lógico (continuidad ontológica entre la experiencia psicológica “normal” y la patológica) y multisectorial (no limitado al ámbito sanitario, sino extensivo a todas las áreas e instituciones sociales). El modelo biomédico de salud mental toma el diagnóstico nosográfico como explicación (biológica) de las experiencias y conductas suicidas. Aunque la presencia de un trastorno mental (normalmente depresión) y la conducta suicida pueden correlacionar, el diagnóstico nunca es la causa (García-Haro et al., 2020; Pridmore, 2015), ni explica por qué una persona piensa o intenta suicidarse (O'Connor, 2011). En cambio, el modelo contextual-funcional-existencial que se defiende en este capítulo toma tanto el diagnóstico como las experiencias y conductas suicidas como lo que debe ser explicado (García-Haro et al., 2023). Para ello establece como punto de partida la escala fenomenológico-conductual (biográfica) del mundo vivido de la persona y los problemas que ésta encuentra en su circunstancia, esto es, los problemas de la vida (Pérez-Álvarez, 2019). La perspectiva hermenéutica de la conducta estudia las relaciones significativas de las actividades prácticas cotidianas, dadas en el mundo de la vida.

El suicidio es una realidad plural (Rendueles, 2018), de naturaleza existencial-contextual (abierto) y de carácter interactivo-dinámico, más que una realidad única, natural-sustantiva y fija-estática que encajaría con la figura de drama existencial, siguiendo así la propuesta de Pérez-Álvarez (2019) de entender los problemas psicológicos como dramas sociales. El sentido de este drama se halla en la capacidad de acción-decisión de un sujeto que en una circunstancia determinada -construida como insufrible, irresoluble, interminable, inescapable, sin futuro y sin esperanza- decide quitarse la vida.

Las estrategias de prevención de la conducta suicida incluyen niveles de intervención en el ámbito social, educativo, comunitario, interpersonal e individual. En general, se puede indicar que la conducta suicida se puede prevenir. Por poner un dato, las intervenciones preventivas en adolescentes se asociaron con una reducción de la probabilidad del 13% para la ideación suicida (OR = 0,87, IC del 95% [0,78, 0,96]) y del 34% para los intentos de suicidio (OR = 0,66, IC del 95% [0,47, 0,91]) (Walsh et al., 2022). Es interesante también considerar el Riesgo Atribuible

Poblacional (RAP), un indicador que representa la proporción de la incidencia de enfermedad que se evitaría en la población general si se eliminara la exposición al factor de riesgo), si se realiza una intervención 100% eficaz para la ideación suicida, se podría evitar el 33% de suicidios totales en adolescentes (Castellví et al., 2017).

En función de la población a la que vayan dirigidas, las estrategias de prevención se dividen en universales, selectivas o indicadas (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021; Turecki et al., 2019; Zalsman et al., 2016). Es importante detenernos mínimamente en esta cuestión para ubicar correctamente el lugar que ocupa el abordaje o tratamiento psicológico dentro de este amplio fenómeno (OMS, 2021).

La prevención universal se dirige a toda la población con el objetivo de aumentar la concienciación sobre el fenómeno del suicidio, sensibilizar y disminuir el estigma, eliminar las barreras para el acceso a los sistemas de atención a la salud, promover la búsqueda de ayuda, mitigar el impacto de las crisis, potenciar factores de protección como el apoyo social y las habilidades de afrontamiento (algunos ejemplos son los programas escolares, limitar el acceso de la población a medios potencialmente letales o facilitar pautas para que los medios de comunicación ofrezcan una información mediática responsable). Los planes, estrategias o protocolos para la prevención y tratamiento del suicidio no deberían ser solo campañas de detección y supresión de “síntomas”, sino que deberían ayudar a las personas en crisis a enfrentar los auténticos problemas y dilemas que la vida les plantea en primera persona, dotándoles de los recursos individuales y sociales necesarios. Se trata, por tanto, de un planteamiento comunitario y general.

La prevención selectiva está destinada a grupos específicos que tienen una mayor vulnerabilidad por encontrarse en situaciones difíciles o con pocos apoyos o recursos, como población reclusa, víctimas de violencia, personas migrantes, personas con problemas de salud mental, o consumidores de alcohol y otras drogas, entre otros.

Finalmente, las estrategias indicadas de prevención del suicidio se dirigen a las personas que muestran manifestaciones de conductas suicidas y que, por tanto, son particularmente vulnerables. Aquí se ubica la intervención propuesta en ese capítulo. Por lo tanto, el tratamiento psicológico es una forma de prevención indicada. Las personas con conductas suicidas que lo precisen deben ser adecuadamente derivadas a los profesionales de salud mental para una correcta evaluación y abordaje a través de terapia psicológica específica, manejo de caso, seguimiento frecuente, entrenamiento en habilidades o grupos de apoyo. Como se verá un poco más adelante, la literatura científica apoya el uso de tratamientos psicológicos como la terapia cognitivo conductual y la terapia dialéctico conductual. Ambos tratamientos han demostrado tener efectos superiores al tratamiento habitual en la reducción de la ideación y las tentativas de suicidio a través de ensayos clínicos aleatorizados (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2023b; Al-Halabí y García-Haro, 2021). Dicho esto, cabe señalar que el acompañamiento informal (no profesional), el apoyo y vigilancia de las personas queridas, y el contacto y cuidado cotidiano de los allegados puede cumplir, igualmente, una importante labor preventiva, ya sea *per se* o en colaboración con el abordaje terapéutico. En tanto que multisectorial, la prevención del suicidio y de las conductas suicidas no se apoya solo, ni principalmente, en los servicios de salud mental, lo que constituiría únicamente la prevención indicada del suicidio que comentamos más arriba. Existen múltiples instituciones que tienen mayor probabilidad de entrar en contacto con estas personas: centros educativos, servicios sociales, atención primaria, empresas, residencias, prisiones, medios de comunicación o redes sociales, los cuales deben contar con programas o estrategias de prevención específicas.

El estudio de los factores de riesgo suicida es extenso (véase tabla 28.2). Para una revisión exhaustiva de los mismos se pueden consultar otras fuentes como Al-Halabí y Fonseca Pedrero (2023a), Franklin et al. (2017), Turecki et al. (2019). Ahora bien, para el tema que nos ocupa y a pesar del interés del estudio de los factores de riesgo en el campo de la conducta suicida, su utilidad en el ámbito clínico cuenta con claras limitaciones. Los factores de riesgo clásicos, e incluso su acumulación, demuestran una especificidad muy baja y un escaso poder predictivo (Franklin et al., 2017) y, sobre todo, no explican por qué unas personas se suicidan y otras no. Presentar características sociodemográficas y clínicas opuestas a las de los factores riesgo o mostrar factores de protección (tabla 28.3) no supone descartar dicho riesgo. Además,

muchos de los factores de riesgo descritos no siempre pueden ser objetivos terapéuticos. Se cuestiona, de esta manera, su utilidad como predictores fiables de conducta suicida y como base para la fundamentación del tratamiento psicológico. Un factor de riesgo no es necesariamente un factor causal, sino una variable que precede sistemáticamente a un resultado (Franklin et al., 2017). Se considera que un factor es de riesgo cuando su ocurrencia aumenta la probabilidad de conducta suicida comparado con su opuesto o con el riesgo de la población general. Ser hombre es un factor de riesgo porque los varones mueren más por suicidio que las mujeres. Pero, cada año, el 99,9874% de los hombres no se suicidan (OMS, 2021). En un metaanálisis que resume la investigación en conducta suicida en los últimos 40 años, se encontró que el 95% de las personas clasificadas de alto riesgo no se suicidaron y que la mitad de las muertes por suicidios se produjo en personas calificadas de bajo riesgo (Large et al., 2017). Varios estudios inciden en esta idea de que la predicción del riesgo de suicidio no tiene validez, por lo que seguir confiando en ella como estrategia de prevención es una ecuación quimérica que resulta frustrante tanto a los profesionales como a las personas que buscan ayuda (Berman, 2018; Hawton et al., 2022).

---POR FAVOR, INSERTAR POR AQUÍ TABLA 28.2 y 28.3---

Para orientar las estrategias preventivas y para complementar el conocimiento derivado del estudio de los factores de riesgo, más propio de modelos epidemiológicos, se abrieron camino los modelos psicológicos de la conducta suicida, también conocidas como *Ideation-to-Action Theories of Suicide* (Klonsky et al., 2018). Esta nueva generación de modelos psicológicos de la conducta suicida sostiene que el paso al acto no se produce por un incremento de la intensidad de la ideación, sino que lo guían unos parámetros propios o diferentes (aludimos de nuevo a que no estamos ante un fenómeno lineal o secuencial) (Zaldívar Basurto et al., 2023). Entre estas teorías destacan la teoría interpersonal (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010), la teoría volitivo-motivacional (O'Connor 2011; O'Connor y Kirtley, 2018) y la teoría de los tres pasos (Klonsky y May, 2015; Klonsky et al., 2021).

La teoría interpersonal de Joiner (2005) sostiene que la ideación suicida pasiva se produce cuando se unen un sentimiento de pertenencia frustrado y la sensación de ser una carga. Esta ideación pasa de ser pasiva a activa cuando se desarrolla una desesperanza respecto a la posibilidad de cambiar esos estados dolorosos en el futuro. La unión de los tres factores (pertenencia frustrada, sensación de ser una carga y desesperanza) suponen un conglomerado para que la ideación pase a ser más peligrosa. Pero, a pesar de tener una ideación activa, hacerse daño a uno mismo sigue siendo un acto “*contra natura*” que produce miedo, lo que puede impedir el paso al acto. Para ello se precisaría la intervención de otra variable: la capacidad adquirida para actuar letalmente contra sí mismo. Joiner y su equipo demostraron las personas que pasan al acto desarrollan esa capacidad exponiéndose a ese miedo mediante el incremento de la tolerancia al dolor y la habituación al miedo a morir. Esta exposición puede darse en imaginación, por lo que éste será un aspecto relevante en la evaluación y el tratamiento psicológico. Esta capacidad adquirida, mediante procesos de habituación al miedo y la activación de procesos oponentes, es la clave para transitar de la ideación a la acción (Van Orden et al., 2010).

El modelo volitivo motivacional (O'Connor 2011; O'Connor y Kirtley, 2018) contempla tres fases que se describen a continuación:

- 1) Una primera fase premotivacional en la que se describen los factores que favorecen la aparición de la ideación e intención autolítica: a) una fase motivacional, en la que se desarrolla la ideación, fundamentada en los conceptos de derrota y sensación de sentirse atrapado; y b) una fase volitiva que explica el intento o el suicidio por un incremento de la capacidad para el paso al acto. En la fase premotivacional se describen los elementos considerados de vulnerabilidad [biológicos, psicológicos (perfeccionismo social y sensibilidad al miedo) y sociales (recesiones económicas, desigualdades sociales y eventos biográficos adversos severos).
- 2) La segunda fase motivacional explica la ideación. El sentimiento de derrota o humillación y la sensación de estar atrapado en esa situación son los determinantes próximos de la ideación. El rechazo social y las desigualdades favorecen estos

sentimientos. De igual manera, se describen elementos protectores como la conectividad, las razones para vivir, la resiliencia o el sentido de pertenencia, que amortiguan o anulan el impacto que tienen la sensación de derrota y el atrapamiento.

- 3) Finalmente, la fase volitiva explica la capacidad para pasar al acto y lo hace ampliando lo señalado por la teoría interpersonal de Joiner (2005). Ésta sostenía que la reducción del miedo a la muerte y el aumento de la tolerancia física al dolor se producía por un proceso de habituación estimular y activación de procesos oponentes. Sin embargo, el modelo volitivo motivacional sostiene que también son fundamentales componentes ambientales, psicológicos, sociales y fisiológicos. Por otro lado, señala que el acceso a medios letales, exponerse a representaciones inapropiadas del suicidio (p. ej., hacer un relato que lo glorifique o embellezca), la impulsividad y los intentos previos favorecen el paso al acto.

Finalmente, la teoría de los tres pasos (Klonsky y May, 2015; Klonsky et al., 2021) mantiene que el primer paso de la conducta suicida es la ideación, que aparecería cuando confluyen un sufrimiento intenso o dolor psicológico y la desesperanza. En el segundo paso, esta ideación se puede mitigar o hacer más fuerte en función del grado de conectividad que tiene la persona con los “otros” de su biografía, ya sean de carácter social, familiar o proyectos laborales o de ocio. Cuando el sufrimiento y la desesperanza es mayor que la conectividad, la ideación aumenta. En el tercer paso, se produciría el paso al acto si hay capacidad para ello. Respecto a esta capacidad, contempla tres vías para desarrollarla: la adquirida, mediante procesos de habituación y activación de procesos oponentes para reducir el miedo a la muerte y aumentar la tolerancia al miedo físico; la disposicional, vinculada con cuestiones como la sensibilidad al dolor o la fobia a la sangre; y la práctica, que implica la accesibilidad a medios letales y el conocimiento de cómo utilizarlos. Los autores señalan que esta última, la capacidad práctica, es la más relevante de las tres. En coherencia con lo expuesto anteriormente, la teoría de los tres pasos sostiene que cualquier programa preventivo debe tener como objetivos reducir el sufrimiento, aumentar la esperanza, fomentar la conectividad y disminuir la capacidad para el paso al acto. Lo veremos con detenimiento más adelante en el apartado dedicado al tratamiento psicológico.

Finalmente, cabe señalar que en la prevención del suicidio el lenguaje es un asunto vital. Los profesionales debemos evitar perpetuar el estigma (y autoestigma) que sufren las personas con este tipo de experiencias. Las palabras destilan y condensan significados, prejuicios, mitos, sesgos, etc. Repárese en que no es lo mismo decir “matarse a sí mismo”, que “acabar con la vida”; “cometer suicidio” que “morir por suicidio”. Si pensamos en las ocasiones en las que usamos la palabra “cometer”, veremos que tiende a asociarse con conductas moralmente indebidas (cometer infidelidad) o legalmente punibles (cometer un delito). Por tanto, desde este enfoque, animamos a decir que las personas se quitan la vida, mueren o fallecen por suicidio o se suicidan, en lugar de que “cometen” suicidio o suicidio “consumado” (el suicidio, *per se*, ya es un hecho acabado). Padmanathan et al. (2019) encontraron que las personas con conductas suicidas consideran más aceptables los términos anteriores. Como es sabido en psicología, la importancia del lenguaje estriba en su capacidad para construir realidades. El lenguaje puede transmitir mensajes sutiles de los que no siempre somos conscientes. Incluso las expresiones cotidianas pueden estar cargadas de connotaciones negativas que no hemos considerado y deslizar ideas que no aprobamos; véase, a modo de ejemplo, las expresiones “manipular”, “llamar la atención” o “matarse”. Del mismo modo, en lugar de hablar de “paciente suicida”, sería mejor decir “persona con conducta suicida”. Y, si quisiéramos ser aún más precisos, habría que señalar que hay una diferencia fundamental entre “persona en situación de riesgo” y “persona con riesgo”. Sea como sea, el lenguaje insensible puede amplificar la angustia de una persona en crisis, perpetuar el estigma y desalentar la búsqueda de ayuda. No siempre podemos anticipar con qué ideas se sentirá más cómoda la persona, pero debemos asegurarnos de que nuestras palabras sean amables y sensibles. Sólo así podemos tener conversaciones abiertas y saludables en torno al suicidio. No conviene olvidar que este estigma también es sufrido por los supervivientes (los familiares o personas del entorno cercano a la persona fallecida por suicidio).

2. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La entrevista clínica es el mejor método de evaluación de las conductas suicidas y no puede desvincularse de la intervención (Al-Halabí et al., 2022, 2023c). Se trataría no solo de hacer una devolución a la persona, sino de alcanzar una visión compartida que permita a la persona regular sus emociones y, desde ahí, contemplar soluciones alternativas a la muerte. En la valoración importarían todos los factores señalados en la tabla 28.4, con especial atención a los que sean modificables mediante la intervención psicológica (Hawton et al., 2022). Entre estos últimos merecen destacarse las razones para vivir, el sentido vital o la conectividad.

---POR FAVOR, INSERTAR POR AQUÍ TABLA 28.4---

Además, y esto es fundamental para el abordaje clínico, la conducta suicida es plural-diversa y dinámica-fluctuante-interactiva, extraordinariamente variable en el tiempo (véase, a modo de ejemplo, la figura 28.1) y muy dependiente de elementos contextuales (Kleiman et al., 2017). Teniendo todo esto en cuenta, dentro del marco de las conductas suicidas, la evaluación y la intervención son procesos indisociables, siendo el momento de la valoración especialmente crucial para que la persona sienta que está en un entorno seguro, de confianza y en el que no va a ser juzgada (Zortea et al., 2020). Esto va a favorecer la petición de ayuda y la implicación en el proceso terapéutico (Al-Halabí et al., 2023d), lo cual constituye un elemento fundamental para la reducción de la ideación suicida.

---POR FAVOR, INSERTAR POR AQUÍ FIGURA 28.1---

Existe abundante investigación que cuestiona la utilidad de las predicciones sobre el riesgo inminente de suicidio y que apunta a la dificultad de hacerlo de forma precisa o exacta (Hawton et al., 2022). Este asunto acerca de cómo evaluar la conducta suicida es nuclear, pues obedece a uno de los grandes avances de la investigación de los últimos años. En palabras de Mughal et al. (2023), no podemos dejar pasar la oportunidad que establecen las directrices de la nueva guía de *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2022) o de autores como Hawton et al. (2022): es hora de la evaluación psicológica y social, no de la evaluación del riesgo.

La guía NICE (2022) establece claramente que todas las personas que se han autolesionado deben recibir atención psicológica y social. La evaluación debe realizarse lo antes posible por parte de un profesional de la salud mental capacitado para identificar las circunstancias del episodio y las fortalezas y necesidades de la persona. Esta evaluación debe llevarse a cabo con cierta esperanza y optimismo, y nunca debe retrasarse u obviarse. Una novedad señalada por Mughal et al. (2023) es que las directrices incluyen no sólo detalles del contenido de la evaluación (el qué) sino también el “cómo”: debe llevarse a cabo utilizando un enfoque compasivo y colaborativo para desarrollar una comprensión del “por qué” y “para qué” de la conducta autolítica. En consonancia con lo mencionado más arriba, se insta a los profesionales de la salud mental a no utilizar herramientas y escalas de estimación del riesgo y a no estratificarlo en bajo, medio o alto para predecir futuras conductas autolíticas, algo habitual en el entorno asistencial. La guía también establece claramente que, además, los test o la estratificación del riesgo tampoco deben utilizarse para determinar quién debe recibir tratamiento o el alta. La capacidad predictiva de estas herramientas es deficiente y brindan una falsa seguridad clínica. Los profesionales sanitarios y clínicos deben centrarse en las circunstancias, fortalezas y características individuales de la persona. La evaluación debe ocuparse de las necesidades de la persona y de cómo brindarle apoyo a corto y largo plazo. Esta recopilación de la narrativa clínica permitirá prestar atención a la persona y orientar hacia el mejor tratamiento personalizado, en lugar de que la evaluación sea un fin en sí misma.

Como señalan Mughal et al. (2023), pasar de una cultura “centrada en el riesgo” a una “centrada en la seguridad” es un desafío para todos, particularmente para los servicios públicos. Pero es necesario incidir en el beneficio terapéutico de evaluaciones integrales y comprensivas, en lugar de enfoques que reducen la experiencia individual a una categoría de riesgo. Todo ello,

por supuesto, debe hacerse a través de valores de cuidado elementales, como la empatía, la compasión o el no-juzgar ni avergonzar. Estos cuidados también incluyen el autocuidado de los profesionales (Gimeno-Peón et al., 2023).

A pesar de lo anterior, clásicamente la evaluación de la conducta suicida se ha enfocado prioritariamente hacia la estimación del riesgo (sobre todo en las personas con diagnósticos de trastornos mentales graves) mediante el uso de escalas de cribado o preguntas directas y específicas, descuidando la comprensión biográfica y la individualidad irrepetible de cada persona en su relación con el suicidio (Al-Halabí et al., 2023b). Esta tendencia tiene una gran tradición y persiste en nuestra profesión, quizás porque las directrices son recientes, a pesar de que, como hemos comentado, ya ha sido rebatida por la literatura científica (Hawton et al., 2022; Kleiman et al., 2017). Para evitar perpetuar este tipo de prácticas ancladas al modelo biomédico, es importante comprender los supuestos de tal concepción, de manera que podamos reflexionar y evitarlos: 1) la mejor manera de prevenir o reducir el suicidio es mediante la predicción de la conducta suicida; y 2) la mayoría de las personas que intentan suicidarse lo hacen por efecto de algún trastorno mental, *ergo* la solución es tratar el trastorno subyacente (para una revisión crítica de la relación entre el diagnóstico de trastorno mental y el suicidio véase García-Haro et al., 2020).

No obstante, lejos de la ecuación quimérica de predecir el riesgo de suicidio o de considerarlo un mero síntoma de un trastorno mental, es importante contar con una hipótesis de por qué una persona concreta desea morir o intenta quitarse la vida, más allá de caer en la trampa (modelo biomédico) según la cual serían los diagnósticos los que explicarían las conductas y experiencias problemáticas. Se trataría de evaluar las razones o motivaciones que llevan a una persona a querer quitarse la vida y no tanto las supuestas causas o mecanismos del suicidio. Se propone aquí, por tanto, un enfoque complementario, contextual-fenomenológico, basado en la comprensión, la relación terapéutica y el tratamiento psicológico (García-Haro et al., 2023). Así, importa evaluar la vivencia en primera persona, la historia personal y la situación vital problemática, aspectos todos ellos fundamentales para conocer la experiencia y el significado de la conducta suicida, más allá de consideraciones topográfico-diagnósticas. Este tipo de exploración va más allá del enfoque diagnóstico-céntrico al uso y converge en lo que se llama evaluación fenomenológica centrada en la persona (García-Haro et al., 2018a; García-Haro et al., 2020).

En esta misma línea, autores como Chiles et al. (2019) diferencian dos enfoques de evaluación: uno que enfatiza el manejo del riesgo y la prevención, y otro que se centra en el tratamiento. El primero partiría de la asunción de la conducta suicida como el problema a prevenir, mientras que el segundo trataría de ver la conducta suicida como la solución a un problema que no se sabe o no se puede resolver de otra manera. Desde un punto de vista psicológico interesaría, además de la ideación y de la conducta suicida, la valoración del dolor psicológico, del estilo personal, de las estrategias de afrontamiento, así como el análisis funcional de la conducta suicida en el contexto biográfico de la persona. La entrevista clínica y la relación terapéutica serían aquí los instrumentos fundamentales de la evaluación. La tabla 28.5 muestra las recomendaciones establecidas por la Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud (2020). Interesa mencionar la validación al español de la Escala Columbia para la Evaluación de Riesgo de Suicidio (C-SSRS, por sus siglas en inglés) (Al-Halabí et al., 2016), pues cuenta con el mayor respaldo científico (Interian et al., 2018). Los autoinformes (inventarios, cuestionarios y escalas) pueden ser un complemento de la entrevista, pero nunca han de sustituirla (Fonseca-Pedrero et al., 2023b). A favor del uso combinado de entrevista y autoinforme estaría el hecho de que muchas personas revelan información a través del cuestionario que no se atreven a expresar en la entrevista y viceversa.

---POR FAVOR, INSERTAR POR AQUÍ TABLA 28.5---

Algunas consideraciones adicionales respecto a la entrevista serían las siguientes (Al-Halabí y García-Haro, 2021; Al-Halabí et al., 2023c):

- El valor de la presencia: tanto o más importante que conocer los instrumentos y saber aplicarlos bien, es saber estar delante de la persona con ideación suicida, manejando las

emociones y conteniendo la angustia. Nunca se insistirá lo suficiente en señalar la importancia del entrenamiento y dominio de habilidades de entrevista terapéutica en la evaluación y ayuda a las personas en riesgo suicida. ¿Por qué? Por la propia naturaleza interactiva-abierta-contextual-dinámica-existencial del fenómeno suicida. En la crisis suicida hay siempre una gran ambivalencia o conflicto dilemático entre permanecer en la vida y decidir la muerte. Por un lado, la persona desea morir si su vida continúa de la misma manera, pero, por otro, desea vivir si se producen pequeños cambios significativos en ella. Hay momentos o situaciones donde la balanza puede inclinarse hacia un lado u otro. Esta variabilidad es inherente a la conducta suicida y es coherente con la teoría de la vulnerabilidad fluida de Rudd (2006). De acuerdo con esta naturaleza fluctuante e interactiva del proceso suicida, influenciado por la propia evaluación (Pérez-Álvarez, 2018), la entrevista con un profesional puede llegar a ser una experiencia decisiva que fortalezca el delicado hilo con la vida, esto es, pueda devenir en un encuentro vital.

- Habilidades terapéuticas: en la evaluación de personas con ideación o experiencias suicidas el manejo de habilidades de entrevista terapéutica resulta, sencillamente, decisivo. Hay que saber mantener un equilibrio entre el deseo de ayuda y una prudente actitud de respeto a la autonomía de la persona; entre la valoración de las dificultades y la validación de los recursos personales; entre la exploración de la situación vital precipitante y la historia biográfica que conecta pasado y presente; entre la valoración de los factores de riesgo y de protección; entre una ayuda centrada en la prevención de conductas suicidas y un apoyo que busca aumentar las razones para vivir. Se trataría no sólo de saber evaluar, sino de devolver a la persona en crisis una comprensión empática de su problema de modo que, a través de dicha comprensión, pueda regular sus emociones y desde ahí, desde una disminución de la crisis emocional, ponderar posibles soluciones alternativas.

En la tabla 28.6 pueden consultarse los criterios que *The Aeschi Working Group*, un grupo de trabajo centrado en la persona y en mejorar la aproximación terapéutica a las personas con conducta suicida, ha establecido para los profesionales de la psicología que trabajan con personas que han realizado intentos de suicidio (Michel et al., 2009).

---POR FAVOR, INSERTAR POR AQUÍ TABLA 28.6---

Dicho lo anterior, no conviene olvidar que saber reconocer las limitaciones y dificultades en la tarea evaluadora es una virtud clínica. Hay que saber derivar a otro profesional o dispositivo de ayuda cuando proceda.

Se señalan a continuación algunos errores frecuentes a la hora de conversar (entrevista clínica), en el contexto sanitario, educativo, clínico o social, con personas con conducta suicida (Al-Halabí et al., 2023c; Neimeyer y Pfeiffer, 1994):

1. Mostrar una tranquilidad superficial: consiste en realizar comentarios tranquilizadores que más que ayudar invaliden e impidan la alianza terapéutica. Antes de inferir o presuponer lo que le sucede a la persona, debemos preguntar y dar por válido todo lo que diga.
2. Evitación del malestar: los comentarios encaminados a hablar de otra cosa para evitar la desazón del momento pueden generar una profunda sensación de desconfianza y desconexión con la relación de ayuda.
3. Profesionalidad excesiva: se refiere al intento del entrevistador de parapetarse tras una armadura técnico-profesional como un modo de evitar la ansiedad propia y el contacto con el dolor del consultante. Habilidades como la empatía y la validación del dolor son imprescindibles. Otro modo de caer en este error es adoptar una posición de solución de urgencia. Se trata de un error típico en terapeuta novatos. Este *furor curandis* puede generar, paradójicamente, más ansiedad que calma. En este sentido, conviene explorar todas las opciones menos comprometedoras, pero que pongan a salvo la relación terapéutica antes que, por ejemplo, hospitalizar a la persona de forma involuntaria y perder definitivamente la relación.

4. Evaluación inadecuada de la ideación suicida: cuando la persona se expresa con un lenguaje tangencial o metafórico, conviene indagar acerca de los detalles de dicha experiencia para comprender bien qué está queriendo transmitir. Conviene tener siempre presente que la conducta suicida expresa una petición de ayuda (un “para qué”) y no una conducta de control interpersonal (si acaso, el único modo de comunicación de que dispone la persona en crisis). Toda comunicación suicida (activa o pasiva, directa o indirecta, verbal o conductual) debe ser siempre tomada en serio y evaluada con rigor. En este sentido, es importante preguntar si en algún momento se ha imaginado cómo lo haría, pues, existe evidencia de que la imaginación puede ser un antecedente y facilitador de la conducta (Holmes et al., 2007). Finalmente, se trataría de evaluar la existencia de métodos accesibles potencialmente letales en casa o en el trabajo.
5. Fracaso en la identificación del evento precipitante: puede que la ocurrencia de un acontecimiento remoto filtre la conversación hacia ese suceso dejando de lado o sombreando otros acontecimientos más recientes que pudieran ser los que realmente están generando el problema y que conviene explorar.
6. Pasividad: si la persona presenta una alta ideación suicida o un plan, se precisa un estilo activo y enérgico en vez de uno reservado y pasivo. Por otro lado, conviene evitar silencios excesivos o prolongados y crear desde el primer momento un compromiso con la ayuda.
7. Insuficiente directividad: se trata de un error que, normalmente, va relacionado con el anterior. Consiste en ser poco directivo en el manejo de una crisis. En cambio, se precisaría una actitud más directiva y firme como construir, de forma conjunta, un *plan de seguridad* (Stanley y Brown, 2012), que veremos más adelante. En otras ocasiones es preciso mostrarse firme en la solicitud de retirada de métodos potencialmente lesivos o en la implicación de personas cercanas o familiares en la ayuda. Lo veremos en el siguiente apartado.
8. Dar consejos: se refiere a la tendencia del profesional a dar consejos bienintencionados que no superan el umbral del sentido común. Este tipo de mensajes no suelen funcionar y, además, generan en la persona una profunda sensación de incomprensión y de que no pueden contar con el profesional para hablar con seriedad de sus preocupaciones. En lugar de lo anterior, se trataría de crear una relación de colaboración de *experto a experto*.
9. Respuestas basadas en estereotipos: consiste en etiquetar la conducta suicida como una “llamada de atención”. Esto sucede, sobre todo, en la atención a personas jóvenes que han recibido un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (en realidad, personas con dificultades extremas de autorregulación emocional). Conviene eliminar definitivamente esta expresión en aras del respeto a las personas que atraviesan situaciones de alta vulnerabilidad. Ello facilitará la aceptación y la empatía y permitirá, por tanto, construir una auténtica alianza terapéutica.
10. Defensividad: se refiere a la dificultad del profesional para encajar emocionalmente las respuestas desafiantes del consultante y la tendencia a reaccionar especularmente ante las mismas. Esto conduce a una simetría que daña cualquier posibilidad de alianza terapéutica.

Estos errores pueden dificultar la construcción de una buena alianza terapéutica, la cual constituye uno de los correlatos más robustos de la mejoría de la ideación y otras conductas suicidas (Dunster-Page et al., 2017; Fartacek et al., 2023; Huggett et al., 2022). Es responsabilidad del profesional de la psicología crear las condiciones de posibilidad para la alianza, evolución y su reparación en caso necesario.

3. TRATAMIENTO

3.1. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFICACES PARA LA CONDUCTA SUICIDA

La revisión de la literatura científica permite afirmar que las intervenciones psicológicas son eficaces para reducir la ideación suicida y los intentos de suicidio a medio y largo plazo. Para la

población adulta, la terapia cognitivo conductual (TCC) es la intervención que ha recibido mayor atención por parte de los investigadores (Brodsky et al., 2018; NICE, 2022; Turecki et al., 2019). Son varios los metaanálisis y revisiones sistemáticas (ensayos clínicos aleatorizados en comparación con el tratamiento habitual) que respaldan que esta terapia puede reducir la presencia de conductas suicidas en personas adultas, independientemente de los diagnósticos que hayan recibido (Sher y Oquendo, 2023; Witt et al., 2021). Desde este paradigma, se conceptualiza que la conducta suicida es producto de la activación de pensamientos producidos por desencadenantes (*triggers*) internos o externos (Chesin y Stanley, 2021). Esta teoría asume que, si las personas modifican, mediante terapia, la forma en la que piensan, se comportan y abordan la resolución de problemas, entonces serán capaces de manejar de una manera más adaptativa sus dificultades y problemas psicológicos. En general, se trata de tratamientos estructurados, a medio plazo, en los que la formulación y conceptualización del problema incluye la identificación de pensamientos negativos automáticos, las situaciones que “disparan” esos pensamientos, las respuestas emocionales y conductuales que les prosiguen y el conjunto de creencias asociadas con esos pensamientos automáticos. Una vez formulado el caso, se hace una selección de herramientas específicas de carácter cognitivo y conductual para el abordaje clínico (Chang et al., 2016).

La literatura científica también es consistente mostrando que la terapia dialéctico conductual puede reducir la ideación suicida, los intentos de suicidio y las autolesiones en las personas que han recibido un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (Oud et al., 2018; Witt et al., 2021; Zalsman et al., 2016). Sin embargo, no existe consenso a este respecto cuando se realizan revisiones sistemáticas o metaanálisis en las que se examina su eficacia independientemente del diagnóstico de la muestra o de la longitud de los seguimientos (NICE, 2022; Turecki et al., 2019). No obstante, sí hay consenso en que esta terapia psicológica provee apoyo y validación del sufrimiento de las personas, al tiempo que promueve estrategias de cambio mediante la combinación de varios elementos (Brodsky et al., 2021): 1) aspectos tradicionales de modificación o reestructuración cognitiva; 2) prácticas basadas en la aceptación; y 3) la desregulación emocional como marco de referencia de los problemas psicológicos. Su naturaleza multicomponente también está presente en sus recursos terapéuticos: terapia individual, entrenamiento grupal en habilidades, soporte telefónico, tratamientos auxiliares y grupo de consulta para los terapeutas.

Finalmente, la intervención clínica centrada en el suicidio conocida como CAMS (*Collaborative Assessment and Management of Suicidality*) ha recibido apoyo empírico, aunque aún no ha alcanzado el nivel de recomendación de los dos tratamientos anteriores (Jobes et al., 2017; Santel et al., 2023). La CAMS es un marco terapéutico que permite una intervención clínica, integradora y flexible para manejar la conducta suicida. Enfatiza una evaluación colaborativa y la planificación del tratamiento a través de la herramienta clínica SSF (*suicide status form*). Este proceso tiene como objetivo mejorar la alianza terapéutica y aumentar la motivación y adherencia al tratamiento. Para ello, se utilizan diversas aproximaciones, tales como intervenciones basadas en *mindfulness*, terapia de aceptación y compromiso o terapia cognitivo-conductual, todas ellas orientadas a promover la flexibilidad psicológica y el compromiso hacia la acción. El procedimiento transita a través de seis pasos (*steps*) que ayudan a identificar y entender los problemas presentes en la vida de la persona que le llevan a considerar el suicidio. Y, finalmente, se enfoca en el desarrollo de razones para vivir y en el sentido, propósito y significado en la vida (Jobes, 2016).

Por otro lado, la intervención breve con mayor apoyo empírico para dar respuesta a las crisis suicidas es el plan de seguridad de Stanley y Brown (2012) (Nuij et al., 2021; Stanley et al., 2018). El plan de seguridad es una intervención colaborativa que debe complementar todo proceso terapéutico (NICE, 2022). La literatura científica sugiere que esta intervención es una herramienta beneficiosa para ayudar a la persona a reducir la ideación suicida a corto plazo (Stanley et al., 2021), así como para estar preparada ante dificultades y situaciones de riesgo, infundiendo esperanza ante episodios de vulnerabilidad e incrementando su seguridad. También el llamado contacto activo de apoyo (*caring contacts* en inglés) es una intervención que ya fue evaluada hace varias décadas y se refiere a la utilidad de la rutina de enviar mensaje breves y no demandantes que expresan preocupación y apoyo emocional durante el seguimiento a aquellas

personas que han recibido el alta clínica (Comtois et al., 2019; Inagaki et al., 2019; Turecki et al., 2019). Otras estrategias para aumentar la seguridad están recogidas en la figura 28.2. La elección de uno u otro tipo de intervención deberá estar basada en diversos factores, tales como las características clínicas y las preferencias de la persona, la presencia de otros problemas de salud mental o las propias habilidades del terapeuta y su grado de competencia.

-----POR FAVOR, INSERTAR POR AQUÍ FIGURA 28.2---

Existen otro tipo de tratamientos psicológicos que han recibido menos atención en la literatura científica durante los últimos años y que, por tanto, necesitan de más investigación para verificar su eficacia, ya que sus resultados aún no han sido objeto de estudios concluyentes o rigurosos (Al-Halabí y García-Haro, 2021). En este apartado se incluirían las intervenciones basadas en mindfulness (Chesin et al., 2018; Collins et al., 2018), la psicoterapia interpersonal específicamente centrada en adultos mayores (Heisel et al., 2015), la terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Ducasse et al., 2018; Tighe et al., 2018) y la terapia basada en la mentalización (Malda-Castillo et al., 2019). A este conjunto de terapias cabría añadirle la terapia existencial por la importancia que este enfoque pudiera tener no solo en un fenómeno de las características del suicidio (Costanza et al., 2019, 2020; Pérez Rodríguez et al., 2017), sino por sus implicaciones en todo psico(pato)logía (García-Haro et al., 2018b; Gautreau, 2018).

Recientemente, Rudd et al. (2022) han publicado una revisión narrativa de los ensayos clínicos aleatorizados realizados en las últimas décadas que aportan un conjunto de estrategias clínicas simples y efectivas para las personas con pensamientos e intentos de suicidio. Los autores afirman que estas estrategias pueden (y deben) ser integradas en la práctica clínica independientemente de la orientación teórica o el contexto de intervención (naturalmente, habría algunas variaciones entre un centro sanitario, atención primaria, salud mental o el servicio de urgencias). Así, la literatura científica avala recomendaciones clínicas en torno a cinco dominios que aparecen a continuación. Cada dominio está acompañado de breves recomendaciones que pueden verse en los globos del texto.

1. Un proceso de consentimiento informado y un diálogo inicial resaltando la importancia de la responsabilidad personal y compartida como parte de un proceso de tratamiento colaborativo eficaz.

--- POR FAVOR, INSERTAR POR AQUÍ GLOBO 28.1, 28.2 Y 28.3---

2. Un modelo explicativo que ayude a la persona a comprender la función de su conducta suicida, de modo que puedan utilizar habilidades de regulación y autocuidado en lugar de conceptualizar el suicidio simplemente como un síntoma de un trastorno mental u otro diagnóstico.

--- POR FAVOR, INSERTAR POR AQUÍ GLOBO 28.4---

3. Un enfoque proactivo para identificar y superar las barreras para recibir asistencia y facilitar la adherencia general al tratamiento.

--- POR FAVOR, INSERTAR POR AQUÍ GLOBO 28.5---

4. El desarrollo de un plan específico para manejar las futuras crisis.

--- POR FAVOR, INSERTAR POR AQUÍ GLOBO 28.6---

5. La importancia de tomar medidas para limitar el acceso a los medios letales.

--- POR FAVOR, INSERTAR POR AQUÍ GLOBO 28.7 y 28.8---

En resumen, el tratamiento psicológico es la intervención de elección para adultos que con diferentes manifestaciones de conducta suicida (NICE, 2022). En palabras de Knapp (2020): “*Good psychotherapy saves lives*”. En las tablas 28.7, 28.8 y 28.9 se recogen otros aspectos comunes de interés para el abordaje psicológico (Chiles et al., 2019; Knapp, 2020).

---POR FAVOR, INSERTAR POR AQUÍ TABLA 28.7, 28.8, y 28.9---

3.2. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN: MODELO TEÓRICO

Para desarrollar la propuesta de intervención en personas con conductas suicidas se profundizará, como formulación teórica de base, en la teoría de los tres pasos (Klonsky y May, 2015; Klonsky et al., 2021) y como intervención psicoterapéutica en la terapia cognitivo conductual para la prevención del suicidio (TCC-PS) (Bryan, 2019; Chesin y Stanley, 2021; Wenzel et al., 2009). Como se ha comentado previamente, esta terapia, junto a la terapia dialéctico conductual (Linehan, 1993), han recibido el mayor respaldo empírico en adultos a través de ensayos clínicos aleatorizados.

La teoría de los tres pasos sostiene que la ideación autolítica se produce cuando confluyen un sufrimiento intenso y complejo junto con una sensación de desesperanza. El sufrimiento que desespera es el que se experimenta con cualquiera de las llamadas “tres íes” de Chiles et al. (2019): insoportable, interminable e inescapable. El segundo paso es la relación de este sufrimiento con la conectividad. La conectividad es un constructo amplio que incluye múltiples fuentes de vinculación, como, p. ej., con los amigos cercanos, la familia, la comunidad, un trabajo, una ciudad, las mascotas, un rol, un equipo deportivo o algún sentido de propósito o significado vital. Este constructo, la conectividad, es muy cercano al concepto “razones para vivir” que empleó Marsha Linehan y que recogió en su cuestionario *Reasons for Living Inventory* (Linehan et al., 1983). En él se evaluaban seis categorías: creencias de supervivencia y afrontamiento, responsabilidad hacia la familia, preocupaciones relacionadas con los hijos, miedo al suicidio, miedo a la desaprobación social y objeciones morales ante el suicidio. Bryan (2022) señala que, en su experiencia clínica, las razones para vivir que con más frecuencia exponen sus consultantes son la familia, los amigos, las mascotas y las aspiraciones para el futuro. Cuando el sufrimiento y la desesperanza superan a la conectividad y a las razones para vivir que tenga la persona, la ideación suicida puede pasar a ser de intensidad moderada a elevada.

El tercer paso es la capacidad de paso al acto. El intento o suicidio se produce cuando hay ideación autolítica de intensidad elevada y capacidad de paso al acto, la cual se puede obtener por tres vías:

Capacidad adquirida: hacerse daño generalmente produce miedo. Pero los miedos son susceptibles de ser reducidos si son sometidos a procesos de exposición y habituación. Ciertas experiencias vitales (p. ej., autolesiones no suicidas, abusos físicos y sexuales, uso de drogas intravenosas, trabajos en situaciones de emergencias o en urgencias médicas, exposición a muertes por suicidio, etc.) facilitan la habituación del miedo al dolor, al daño o a la muerte.

Capacidad disposicional: se refiere a factores biológicos o de personalidad que pueden reducir o aumentar la aversión que produce hacerse daño, lesionarse o quitarse la vida. Ejemplos son la aprensión hacia el dolor, las heridas o la sangre. Las personas más sensibles tendrán menos capacidad de paso al acto mientras que el riesgo estará aumentando en aquellas personas menos aprensivas.

Capacidad práctica: accesibilidad a medios o métodos letales y conocimiento sobre cómo emplearlos.

4. RESUMEN DE ASPECTOS FUNDAMENTALES Y TENDENCIAS FUTURAS

Tras la revisión de la literatura científica, podemos concluir que las intervenciones psicológicas son eficaces para reducir la ideación suicida y los intentos de suicidio a medio y largo plazo. En la población adulta, cabe mencionar particularmente la eficacia de la terapia cognitivo conductual en población transdiagnóstica y la terapia dialéctico conductual en personas

diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad (Witt et al., 2021). Igualmente, se ha desarrollado un cuerpo de intervenciones breves, como el plan de seguridad de Stanley y Brown (2012) que cuenta con suficiente aval científico para dar respuesta a las crisis de las personas con conductas suicidas (Stanley et al., 2021). Se ha propuesto una intervención que cuenta con respaldo empírico y que puede aplicarse en la práctica sanitaria o clínica cotidiana a través de procedimientos que incluyan la evaluación, la intervención y el seguimiento activo de las personas con conductas suicidas (Labouliere et al., 2018).

La conducta suicida, lejos de ser un fenómeno unitario y estático, es un fenómeno plural, dinámico e interactivo, en el que la propia entrevista de evaluación constituye, de forma inevitable, una intervención. El profesional de la psicología debe establecer una relación de confianza y de colaboración que le permita saber qué es lo que le pasa a la persona y al servicio de qué está la conducta suicida que manifiesta. La relación terapéutica constituye, como ya se ha señalado previamente, un importante factor de protección y uno de los correlatos más sólidos de la reducción de los pensamientos de suicidio. La separación entre evaluación (entrevista clínica) e intervención con personas con conducta suicida no sólo es imposible sino contraproducente. La relación con el profesional influye en el proceso suicida, por lo que, en función de cómo sea la calidad de la relación puede aumentar o disminuir tanto el riesgo como el componente terapéutico.

Por lo tanto, las personas que luchan por mantenerse en la vida frente al acoso de los pensamientos suicidas y que soliciten ayuda deberían recibir un tratamiento psicológico específico con apoyo empírico, como los que se han expuesto, con independencia de si manifiestan o no otros problemas psicológicos que pudieran beneficiarse de otro tipo de intervenciones psicológicas (Fonseca-Pedrero, 2021). En todo caso, no hay ningún libro, no importa cuán comprensivo sea, que pueda predecir todas las contingencias con las que un profesional de la psicología va a tener que lidiar cuando se enfrente a la tarea de ayudar a personas en riesgo de suicidio. En consecuencia, necesitamos ser flexibles y, sobre todo, entender por qué hacemos lo que hacemos. En este sentido, los tratamientos con apoyo empírico nos ayudarán a tomar mejores decisiones (Knapp, 2020). A este respecto, Roush et al. (2018) encontraron que los terapeutas con menor formación y que se sentían más ansiosos en presencia de personas con deseos de morir, tenían mayor probabilidad de avalar intervenciones con menor apoyo empírico. Sirva esto para resaltar la importancia de alcanzar unas buenas competencias profesionales y un entrenamiento y formación específicos en el manejo de la conducta suicida. Tales competencias deben incluir elecciones con respaldo científico, sin olvidar la importancia de una actitud amable, el rol fundamental de la relación terapéutica y los valores de la persona como guía para tomar decisiones terapéuticas (Knapp, 2020). A este respecto, Labouliere et al. (2021) llevaron a cabo un estudio con la mayor muestra de profesionales de salud mental en Estados Unidos. Destacan que, si bien diversos enfoques de salud pública para la prevención del suicidio culminan con la derivación a un tratamiento de salud mental, estos enfoques sólo tendrán éxito si los profesionales están preparados para tratar eficazmente a las personas con conductas suicidas. En su estudio, realizado en el ámbito de la salud mental para pacientes ambulatorios (donde se trata a la mayoría de las personas con conductas suicidas), los diversos profesionales clínicos informaron de lagunas notables en su conocimiento y capacitación sobre la prevención del suicidio, una autoeficacia moderada en su capacidad para participar en prácticas clínicas de prevención del suicidio y divergencias con las prácticas recomendadas para la atención clínica de personas con conductas suicidas. La formación y capacitación se asociaron con una mayor confianza y el uso de las prácticas recomendadas.

Nótese también que la ayuda profesional que aquí se plantea no se centra tanto en desactivar un diagnóstico psicopatológico al uso (depresión, trastornos de personalidad, etc.) o en reparar mecanismos “averiados” mediante una técnica (Pérez-Álvarez, 2019), sino en ayudar a mejorar la existencia de una persona que lucha por mantenerse a flote frente al acoso de los deseos de morir (García-Haro et al., 2023). Si ese sufrimiento no es templado por las estrategias de afrontamiento y los valores existenciales, los pensamientos de muerte acabarán por ganar la batalla a las razones para vivir. Los tratamientos psicológicos eficaces que aquí se han descrito cumplirían ese papel protector y, por lo tanto, se reclaman para la práctica profesional. De nuevo, cabría también destacar la centralidad de la entrevista clínica, el valor de la presencia y

el dominio de las habilidades terapéuticas. Igualmente, un análisis biográfico y funcional del proceso suicida o la conducta autolítica en su contexto, más allá del diagnóstico tradicional, es fundamental pues, en virtud de la formulación de caso, la toma de decisiones respecto al plan de ayuda tendrá unas implicaciones que pueden resultar decisivas para el futuro y el bienestar del adulto o del adolescente.

Una última reflexión con perspectiva de futuro: a pesar de la evidencia acerca de la eficacia de las intervenciones que se han mencionado a lo largo del texto, no se han realizado muchos estudios comparativos que establezcan la relación entre el coste y el beneficio. No obstante, contamos con algunas publicaciones sobre el tema que señalan que, a menudo, las intervenciones basadas en la evidencia son de bajo coste, efectivas y eficientes en comparación con el tratamiento habitual (Bernecker et al., 2020; McDaid et al., 2021). Otros asuntos pendientes en este campo de estudio serían ahondar en el fenómeno de la ideación suicida (Jobes et al., 2024), la evaluación de los pacientes que niegan tener pensamientos de suicidio en los días previos a su muerte por suicidio (Berman, 2018), la utilidad de inteligencia artificial para la prevención indicada del suicidio (Levkovich y Elyoseph, 2023) o el uso de pacientes virtuales para el entrenamiento en habilidades específicas para el trabajo con personas con conducta suicida (Sarli et al., 2024).

Material docente original

6. REFERENCIAS

- Al-Halabí, S., y Fonseca-Pedrero, E., (2023a). *Manual de psicología de la conducta suicida*. Pirámide.
- Al-Halabí, S., y Fonseca-Pedrero, E. (2021). Suicidal behaviour prevention: The time to act is now. *Clínica y Salud*, 32(2), 89-92. <https://doi.org/10.5093/clysa2021a17>
- Al-Halabí, S., y Fonseca-Pedrero, E. (2023b). Are there common components in effective psychotherapies for suicidal behavior? Implications for professional practice. *Revista de Psicoterapia*, 34(124), 83-99. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i124.37050>
- Al-Halabí, S., y García-Haro, J. M. (2021). Tratamientos psicológicos para la conducta suicida. En E. Fonseca Pedrero (Coord.), *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos* (pp. 639-675). Pirámide.
- Al-Halabí, S., García-Haro, J. M., y Fonseca-Pedrero, E. (2022). La entrevista para la detección y prevención de la conducta suicida. En C. Perpiña, I. Montoya-Castilla, y S. Valero-Moreno (Eds.), *Manual de la entrevista psicológica* (pp. 385-406). Pirámide.
- Al-Halabí, S., García-Haro, J., y González-González, M. (2023c). La entrevista clínica como relación de ayuda en la conducta suicida. En S. Al-Halabí y E. Fonseca-Pedrero (Eds.), *Manual de psicología de la conducta suicida* (pp. 317-352). Pirámide.
- Al-Halabí, S., García-Haro, J., González-González, M., Díez-Gómez, A., y Fonseca-Pedrero, E. (2023e). Conceptualización y pautas para el abordaje clínico de la conducta suicida. *Formación Continuada a Distancia, FOCAD Edición nº 51*. Consejo General de la Psicología de España.
- Al-Halabí, S., González-González, M., y García-Haro, J. (2023d). Intervenciones psicológicas para el abordaje clínico de la conducta suicida: apoyo empírico y componentes fundamentales. En S. Al-Halabí y E. Fonseca-Pedrero (Eds.), *Manual de psicología de la conducta suicida* (pp. 409-462). Pirámide.
- Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., Cervilla, J., Navarrete, M. I., Díaz-Mesa, E. M., García-Alvarez, L., Muñiz, J., Posner, K., Oquendo, M. A., García-Portilla, M. P., y Bobes, J. (2016). Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 134-142. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Heather Murray L., Ellard, J.K., Bullis, J.R., Bentley, K.H., Boettcher, H.T., y Casiello-Robins, C. (2019). *Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales. Manual del terapeuta. Segunda edición revisada y actualizada*. Alianza Editorial.
- Berman A. L. (2018). Risk Factors Proximate to Suicide and Suicide Risk Assessment in the Context of Denied Suicide Ideation. *Suicide & life-threatening behavior*, 48(3), 340-352. <https://doi.org/10.1111/sltb.12351>
- Bernecker, S. L., Zuromski, K. L., Curry, J. C., Kim, J. J., Gutierrez, P. M., Joiner, T. E., Kessler, R. C., Nock, M. K., Rudd, M. D., y Bryan, C. J. (2020). Economic Evaluation of Brief Cognitive Behavioral Therapy vs Treatment as Usual for Suicidal US Army Soldiers. *JAMA psychiatry*, 77(3), 256-264. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3639>
- Bertolote, J. M., y Wasserman, D. (2021). Development of definitions of suicidal behaviours. From suicidal thoughts to completed suicides. En D. Wasserman (Ed.) (2nd edition), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* (87-90). Oxford University Press.
- Brodsky, B. S., Spruch-Feiner, A., y Stanley, B. (2018). The Zero Suicide Model: Applying Evidence-Based Suicide Prevention Practices to Clinical Care. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 33. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00033>
- Brodsky, B., Stanley, B., y Gratch, I. (2021). Dialectical behavior therapy for suicidal individuals. The international perspective. En D. Wasserman (Coord.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* (pp. 481-488). Oxford University Press.

- Bryan, C. J. (2019). Cognitive behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): Implications for meeting standard of care expectations with suicidal patients. *Behavioral sciences & the law*, 37(3), 247-258. <https://doi.org/10.1002/bsl.2411>
- Bryan, C. J. (2022). *Rethinking suicide: why prevention fails, and how we can do better*. Oxford University Press.
- Bryan, C. J., y Rozek, D. C. (2018). Suicide prevention in the military: a mechanistic perspective. *Current opinion in psychology*, 22, 27-32. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2017.07.022>
- Castellví, P., Lucas-Romero, E., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Roca, M., Rodríguez-Marín, J., Rodríguez-Jimenez, T., Soto-Sanz, V., y Alonso, J. (2017). Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 215, 37-48. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.035>
- Chang, N. A., Jager-Hyman, S., Brown, G. K., Cunningham A., y Stanley, B. (2016). Treating the suicidal patient: Cognitive Therapy and Dialectical Behavior Therapy. En R. C. O'Connor y J. Pirkis (Eds.), *The International Handbook of Suicide Prevention* (pp. 36-60). Wiley Blackwell.
- Chesin, M. S., Brodsky, B. S., Beeler, B., Benjamin-Phillips, C. A., Taghavi, L., y Stanley, B. (2018). Perceptions of Adjunctive Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Prevent Suicidal Behavior Among High Suicide-Risk Outpatient Participants. *Crisis*, 39(6), 451-460. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000519>
- Chesin, M., y Stanley, B. (2021). Cognitive and other therapies for suicidal individuals. En D. Wasserman (Coord.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* (pp. 489-496). Oxford University Press.
- Chiles, J. A., Strosahl, K. D., y Roberts, L. W. (2019). *Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients* (2ª ed.). American Psychiatric Association.
- Collins, K. R. L., Stritzke, W. G. K., Page, A. C., Brown, J. D., y Wylde, T. J. (2018). Mind full of life: Does mindfulness confer resilience to suicide by increasing zest for life? *Journal of affective disorders*, 226, 100-107. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.043>
- Comtois, K. A., Kerbrat, A. H., DeCou, C. R., Atkins, D. C., Majeres, J. J., Baker, J. C., y Ries, R. K. (2019). Effect of Augmenting Standard Care for Military Personnel With Brief Caring Text Messages for Suicide Prevention: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 76(5), 474-483. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4530>
- Coppersmith, D. D. L., Millgram, Y., Kleiman, E. M., Fortgang, R. G., Millner, A. J., Frumkin, M. R., Bentley, K. H., y Nock, M. K. (2023). Suicidal thinking as affect regulation. *Journal of psychopathology and clinical science*, 132(4), 385-395. <https://doi.org/10.1037/abn0000828>
- Costanza, A., Baertschi, M., Richard-Lepouriel, H., Weber, K., Pompili, M., y Canuto, A. (2020). The Presence and the Search Constructs of Meaning in Life in Suicidal Patients Attending a Psychiatric Emergency Department. *Frontiers in psychiatry*, 11, 327. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00327>
- Costanza, A., Prelati, M., y Pompili, M. (2019). The Meaning in Life in Suicidal Patients: The Presence and the Search for Constructs. A Systematic Review. *Medicina*, 55(8), 465. <https://doi.org/10.3390/medicina55080465>
- Darvishi, N., Farhadi, M., Azmi-Naei, B., y Poorolajal, J. (2023). The role of problem-solving skills in the prevention of suicidal behaviors: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 18(10), e0293620. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293620>
- Ducasse, D., Jaussent, I., Arpon-Brand, V., Vienot, M., Laglaoui, C., Béziat, S., Calati, R., Carrière, I., Guillaume, S., Courtet, P., y Olié, E. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for the Management of Suicidal Patients: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 87(4), 211-222. <https://doi.org/10.1159/000488715>
- Dunster-Page, C., Haddock, G., Wainwright, L., y Berry, K. (2017). The relationship between therapeutic alliance and patient's suicidal thoughts, self-harming behaviours and suicide

- attempts: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 223, 165-174.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.040>
- Eells, T. C. (Ed.) (2022). *Handbook of psychotherapy case formulation* (3ª ed.). Guilford Press.
- Jobes, D. A. (2016). *Managing suicidal risk: A collaborative approach*. The Guilford Press.
- Jobes, D. A., Comtois, K. A., Gutierrez, P. M., Brenner, L. A., Huh, D., Chalker, S. A., Ruhe, G., Kerbrat, A. H., Atkins, D. C., Jennings, K., Crumlish, J., Corona, C. D., Connor, S. O., Hendricks, K. E., Schembari, B., Singer, B., y Crow, B. (2017). A Randomized Controlled Trial of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality versus Enhanced Care as Usual with Suicidal Soldiers. *Psychiatry*, 80, 339-356.
<https://doi.org/10.1080/00332747.2017.1354607>
- Jobes, D. A., Mandel, A. A., Kleiman, E. M., Bryan, C. J., Johnson, S. L., y Joiner, T. E. (2024). Facets of Suicidal Ideation. *Archives of suicide research*, 1-16.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2023.2299259>
- Fartacek, C., Kunrath, S., Aichhorn, W., y Plöderl, M. (2023). Therapeutic alliance and change in suicide ideation among psychiatric inpatients at risk for suicide. *Journal of affective disorders*, 323, 793-798. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.028>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., y Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological bulletin*, 143(2), 187-232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Fonseca-Pedrero, E. (Ed.) (2021). *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos*. Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E., Calvo, P., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., y Al-Halabí, S. (2023a). *La salud mental de los adolescentes en contextos educativos: reflexiones derivadas del estudio PSICE*. Consejo General de la Psicología de España
- Fonseca-Pedrero, E., Montoya Castilla, I., Ordóñez Carrasco, J.L., Díaz Gómez del Casal, A., y De la Barrera, U. (2023b). Instrumentos de medida para la evaluación de la conducta suicida. En S. Al-Halabí y E. Fonseca-Pedrero (Eds.), *Manual de psicología de la conducta suicida* (pp. 353-408). Pirámide.
- García-Haro, J., García-Pascual, H., y González-González, M. (2018a). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 381-400. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000200003>
- García-Haro, J. M., García-Pascual, H., González-González, M. (2018b). Dimisión del yo-agente como condición transdiagnóstica. *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 169-187.
- García-Haro, J. M., García-Pascual, H., González-González, M., Barrio-Martínez, S., y García-Pascual, R. (2020). Suicidio y trastorno mental: una crítica necesaria. *Papeles del Psicólogo*, 41, 35-42. <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2919>
- García-Haro, J., González-González, M., Fonseca-Pedrero, E., y Al-Halabí, S. (2023). Conceptualización de la conducta suicida. En S. Al-Halabí y E. Fonseca-Pedrero (Eds.), *Manual de psicología de la conducta suicida* (pp. 31-68). Pirámide.
- García-Haro, J., Quiñones, A., y Ugarte, C. (en prensa). Formulación de caso en conducta suicida: una perspectiva evolucionista para la regulación y bienestar psicológico. En A. Quiñones y C. Caro (Eds.), *Formulación de Caso: Hacia una Psicoterapia de precisión*. UNED.
- Gautreau, D. T. (2018). *Suicide treatment and the possible contributions of existential psychotherapy: Why not treat an existential issue with an existential intervention?* (Tesis Doctoral). Alliant International University.
- Gilbert, P., y Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological medicine*, 28(3), 585-598.
<https://doi.org/10.1017/s0033291798006710>
- Gimeno-Peón, A.I., Prado-Abril, J., Pastor-Morales, J., e Inchausti Gómez, F. (2023). Autocuidado del terapeuta. En S. Al-Halabí y E. Fonseca-Pedrero (Eds.), *Manual de Psicología de la conducta suicida* (pp. 645-667). Pirámide.

- González-Jiménez, E., Mallo-Caño, M., y Celada-Cajal, F. J. (2023). Duelo por suicidio e intervención en supervivientes. En S. Al-Halabí y E. Fonseca-Pedrero (Eds.), *Manual de psicología de la conducta suicida* (pp. 543-592). Pirámide
- Graney, J., Hunt, I. M., Quinlivan, L., Rodway, C., Turnbull, P., Gianatsi, M., Appleby, L., y Kapur, N. (2020). Suicide risk assessment in UK mental health services: a national mixed-methods study. *The lancet. Psychiatry*, 7(12), 1046-1053. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30381-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30381-3)
- Hawton, K., Lascelles, K., Pitman, A., Gilbert, S., y Silverman, M. (2022). Assessment of suicide risk in mental health practice: shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. *The lancet. Psychiatry*, 9(11), 922-928. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00232-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00232-2)
- Heisel, M. J., Talbot, N. L., King, D. A., Tu, X. M., y Duberstein, P. R. (2015). Adapting interpersonal psychotherapy for older adults at risk for suicide. *The American journal of geriatric psychiatry*, 23(1), 87-98. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.03.010>
- Henriques, G., Beck, A. T., y Brown, G. K. (2003). Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1258-1268. <https://doi.org/10.1177/0002764202250668>
- Holmes, E. A., Crane, C., Fennell, M. J., y Williams, J. M. (2007). Imagery about suicide in depression - "Flash-forwards"? *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 38(4), 423-434. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.10.004>
- Huggett, C., Gooding, P., Haddock, G., Quigley, J., y Pratt, D. (2022). The relationship between the therapeutic alliance in psychotherapy and suicidal experiences: A systematic review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(4), 1203-1235. <https://doi.org/10.1002/cpp.2726>
- Inagaki, M., Kawashima, Y., Yonemoto, N., y Yamada, M. (2019). Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 19(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2017-7>
- Instituto Nacional de Estadística, INE (2023). Defunciones según la causa de muerte. https://www.ine.es/prensa/edcm_2022_d.pdf
- Interian, A., Chesin, M., Kline, A., Miller, R., St Hill, L., Latorre, M., Shcherbakov, A., King, A., y Stanley, B. (2018). Use of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) to Classify Suicidal Behaviors. *Archives of suicide research*, 22(2), 278-294. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1334610>
- Kleiman, E. M., Turner, B. J., Fedor, S., Beale, E. E., Huffman, J. C., y Nock, M. K. (2017). Examination of real-time fluctuations in suicidal ideation and its risk factors: Results from two ecological momentary assessment studies. *Journal of abnormal psychology*, 126(6), 726-738. <https://doi.org/10.1037/abn0000273>
- Klonsky, E. D., y May, A. M. (2015). The Three Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the "Ideation-to-Action" Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- Klonsky, E. D., Pachkowski, M. C., Shahnaz, A., y May, A. M. (2021). The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of clarification. *Preventive medicine*, 152(Pt 1), 106549. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106549>
- Klonsky, E. D., Saffer, B. Y., y Bryan, C. J. (2018). Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. *Current opinion in psychology*, 22, 38-43. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.020>
- Knapp, S. J. (2020). *Suicide Prevention: An Ethically and Scientifically Informed Approach*. American Psychological Association.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Labouliere, C. D., Green, K. L., Vasan, P., Cummings, A., Layman, D., Kammer, J., Rahman, M., Brown, G. K., Finnerty, M., & Stanley, B. (2021). Is the outpatient mental health workforce ready to save lives? Suicide prevention training, knowledge, self-efficacy, and clinical practices prior to the implementation of a statewide suicide prevention

- initiative. *Suicide & life-threatening behavior*, 51(2), 325 -333.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12708>
- Labouliere, C. D., Vasan, P., Kramer, A., Brown, G., Green, K., Rahman, M., Kammer, J., Finnerty, M., y Stanley, B. (2018). "Zero Suicide"- A model for reducing suicide in United States behavioral healthcare. *Suicidologi*, 23(1), 22-30.
<https://doi.org/10.5617/suicidologi.6198>
- Large, M., Galletly, C., Myles, N., Ryan, C. J., y Myles, H. (2017). Known unknowns and unknown unknowns in suicide risk assessment: evidence from meta-analyses of aleatory and epistemic uncertainty. *BJPsych bulletin*, 41(3), 160-163.
<https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.054940>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 274, de 15 de noviembre de 2002. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
- Levkovich, I., y Elyoseph, Z. (2023). Suicide Risk Assessments Through the Eyes of ChatGPT-3.5 Versus ChatGPT-4: Vignette Study. *JMIR mental health*, 10, e51232.
<https://doi.org/10.2196/51232>
- Lim, K. S., Wong, C. H., McIntyre, R. S., Wang, J., Zhang, Z., Tran, B. X., Tan, W., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2019). Global Lifetime and 12-Month Prevalence of Suicidal Behavior, Deliberate Self-Harm and Non-Suicidal Self-Injury in Children and Adolescents between 1989 and 2018: A Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 16(22), 4581. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224581>
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., y Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(2), 276-286. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.51.2.276>
- Malda-Castillo, J., Browne, C., y Perez-Algorita, G. (2019). Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. *Psychology and psychotherapy*, 92(4), 465-498. <https://doi.org/10.1111/papt.12195>
- McDaid, D., Kennelly, B., Ahren, S., y McElroy, B. (2021). An economic perspective on suicide across the five continents. En D. Wasserman (Ed.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* (pp. 409-419). Oxford University Press.
- Meerwijk, E. L., Parekh, A., Oquendo, M. A., Allen, I. E., Franck, L. S., y Lee, K. A. (2016). Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. *The lancet. Psychiatry*, 3(6), 544-554. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00064-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00064-X)
- Michel, K., Jobes, D., Leenaars, A. A., Maltsberger, J.T., Dey, P., Valach, L., y Young, R. (2009). *Meeting the suicidal person*. <http://www.aeschiconference.unibe.ch/>
- Mughal, F., Burton, F. M., Fletcher, H., Lascelles, K., O'Connor, R. C., Rae, S., Thomson, A. B., y Kapur, N. (2023). New guidance for self-harm: an opportunity not to be missed. *The British journal of psychiatry*, 223(5), 501-503. <https://doi.org/10.1192/bjp.2023.113>
- National Institute for Health and Care Excellence, NICE (2022). *Self-harm: assessment, management and preventing recurrence*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225>
- Navío-Acosta, M., y Pérez-Sola, V. (2020) (Eds.), *Depresión y suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la salud mental*. Wecare-U.
- Neimeyer, R.A., y Pfeiffer, A.M. (1994). The ten most common errors of suicide interventions. En A. A. Leenaars, J. T. Maltsberger y R. A. Neimeyer (Eds.), *Treatment of suicidal people* (pp. 207-224). Taylor & Francis.
- Nuij, C., van Ballegooijen, W., de Beurs, D., Juniar, D., Erlangsen, A., Portzky, G., O'Connor, R. C., Smit, J. H., Kerkhof, A., y Riper, H. (2021). Safety planning-type interventions for suicide prevention: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 219(2), 419-426.
<https://doi.org/10.1192/bjp.2021.50>

- O'Connor, R. C. (2007). The relations between perfectionism and suicidality: a systematic review. *Suicide & life-threatening behavior*, 37(6), 698-714.
<https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.6.698>
- O'Connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. En R. C O'Connor, S. Platt y J. Gordon (Eds.), *International Handbook of suicide prevention: research, policy and practice* (pp. 181-198). John Wiley & Sons.
<https://doi.org/10.1002/9781119998556.ch11>
- O'Connor, R. C., y Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical transactions of the Royal Society of London*, 373(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- O'Connor, R. C., y Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The lancet. Psychiatry*, 1(1), 73-85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- Oud, M., Arntz, A., Hermens, M. L., Verhoef, R., y Kendall, T. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(10), 949-961.
<https://doi.org/10.1177/0004867418791257>
- Organización Mundial de la Salud (2022). Día Mundial de Prevención del Suicidio 2022.
<https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-prevencion-suicidio-2022>
- Organización Mundial de la Salud (2021). Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. <https://iris.who.int/handle/10665/341726>.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Suicide worldwide in 2019. Global Health Estimates*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- Pacheco Tabuenca, T., y Parada Torres, E. (2023). Intervención psicológica en crisis en conducta suicida. En S. Al-Halabí y E. Fonseca-Pedrero (Eds.), *Manual de psicología de la conducta suicida* (pp.463-484). Pirámide.
- Padmanathan, P., Biddle, L., Hall, K., Scowcroft, E., Nielsen, E., y Knipe, D. (2019). Language use and suicide: An online cross-sectional survey. *PloS one*, 14(6), e0217473.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217473>
- Pérez-Álvarez, M. (2018). Para pensar la psicología más allá de la mente y el cerebro: un enfoque transteórico. *Papeles del Psicólogo*, 39(3), 161-173.
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2875>
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40, 1-14. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877>
- Pérez Rodríguez, S., Marco Salvador, J. H., y García-Alandete, J. (2017). The role of hopelessness and meaning in life in a clinical sample with non-suicidal self-injury and suicide attempts. *Psicothema*, 29(3), 323-328.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2016.284>
- Pridmore, S. (2015). Mental disorder and suicide: a faulty connection. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 49(1), 18-20. <https://doi.org/10.1177/0004867414548904>
- Quinlivan, L., Cooper, J., Meehan, D., Longson, D., Potokar, J., Hulme, T., Marsden, J., Brand, F., Lange, K., Riseborough, E., Page, L., Metcalfe, C., Davies, L., O'Connor, R., Hawton, K., Gunnell, D., y Kapur, N. (2017). Predictive accuracy of risk scales following self-harm: multicentre, prospective cohort study. *The British journal of psychiatry*, 210(6), 429-436. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.189993>
- Rendueles, G. (2018). *Suicidio(s)*. Grupo 5.
- Revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) del Programa de GPC en el SNS (2020). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. Ministerio de Sanidad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS).
- Reyes-Ortega, M. A., y Strosahl, K. D. (2020). *Guía clínica de evaluación y tratamiento del comportamiento suicida*. Manual Moderno.

- Ropaj, E. (2023). Hope and suicidal ideation and behaviour. *Current opinion in psychology*, 49, 101491. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101491>
- Roush, J. F., Brown, S. L., Jahn, D. R., Mitchell, S. M., Taylor, N. J., Quinnett, P., y Ries, R. (2018). Mental health professionals' suicide risk assessment and management practices: The impact of fear of suicide-related outcomes and comfort working with suicidal individuals. *Crisis*, 39(1), 55-64. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000478>
- Rudd, M. D. (2006). Fluid vulnerability theory: a cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. En T. E. Ellis (Coord.), *Cognition and suicide: theory, research and therapy* (pp. 355-368). American Psychological Association.
- Rudd, M. D., Bryan, C. J., Jobes, D. A., Feuerstein, S., y Conley, D. (2022). A Standard Protocol for the Clinical Management of Suicidal Thoughts and Behavior: Implications for the Suicide Prevention Narrative. *Frontiers in psychiatry*, 13, 929305. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.929305>
- Santel, M., Neuner, F., Berg, M., Steuwe, C., Jobes, D. A., Driessen, M., & Beblo, T. (2023). The Collaborative Assessment and Management of Suicidality compared to enhanced treatment as usual for inpatients who are suicidal: A randomized controlled trial. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1038302. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1038302>
- Sarli, G., Rogers, M. L., Bloch-Elkouby, S., Lawrence, O. C., Gomes de Siqueira, A., Yao, H., Lok, B., Foster, A., y Galynker, I. (2024). Using Virtual Patients to Assess and Improve Clinicians' Emotional Self-awareness: a Randomized Controlled Study. *Academic psychiatry*, 48(1), 18-28. <https://doi.org/10.1007/s40596-023-01909-z>
- Sher, L., y Oquendo, M. A. (2023). Suicide: An Overview for Clinicians. *The Medical Clinics of North America*, 107(1), 119-130. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.03.008>
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Chen, S., Saklofske, D. H., Mushquash, C., Flett, G. L., y Hewitt, P. L. (2018). The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism-suicide relationship. *Journal of personality*, 86(3), 522-542. <https://doi.org/10.1111/jopy.12333>
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249-275.
- Stanley, B., y Brown, G. K. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256-264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
- Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., Chaudhury, S. R., Bush, A. L., y Green, K. L. (2018). Comparison of the Safety Planning Intervention with Follow-up Vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. *JAMA Psychiatry*, 75(9), 894-900. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1776>
- Stanley, B., Brown, G., Brent, D. A., Wells, K., Poling, K., Curry, J., Kennard, B. D., Wagner, A., Cwik, M. F., Klomek, A. B., Goldstein, T., Vitiello, B., Barnett, S., Daniel, S., y 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. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b5dbfe>
- Stanley, B., Martínez-Alés, G., Gratch, I., Rizk, M., Galfalvy, H., Choo, T. H., & Mann, J. J. (2021). Coping strategies that reduce suicidal ideation: An ecological momentary assessment study. *Journal of psychiatric research*, 133, 32-37. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.012>
- Tighe, J., Nicholas, J., Shand, F., y Christensen, H. (2018). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Suicidal Ideation and Deliberate Self-Harm: Systematic Review. *JMIR mental health*, 5(2), e10732. <https://doi.org/10.2196/10732>
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., y Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews. Disease Primers*, 5(1), 74. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>

- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., y Joiner, T. E., Jr (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575-600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Walsh, E. H., McMahon, J., y Herring, M. P. (2022). Research Review: The effect of school-based suicide prevention on suicidal ideation and suicide attempts and the role of intervention and contextual factors among adolescents: a meta-analysis and meta-regression. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 63(8), 836–845. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13598>
- Wenzel, A., Brown, G. K., y Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: scientific and clinical applications*. American Psychological Association.
- Winter, D. A. (2023). Autolesión y reconstrucción: Una perspectiva desde la teoría de los constructos personales. *Revista de Psicoterapia*, 34(124), 151-164. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i124.37054>
- Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T. L., Townsend, E., y Hawton, K. (2021). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD013668. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013668.pub2>
- Zaldívar Basurto, F., López-Ríos, F., y García-Montes, J. M. (2023). Modelos psicológicos en la conducta suicida. La perspectiva contextual. En S. Al-Halabí y E. Fonseca-Pedrero (Eds.), *Manual de Psicología de la Conducta Suicida* (pp. 69-110). Pirámide.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., y Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The lancet. Psychiatry*, 3(7), 646-659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)
- Zortea, T. C., Cleare, S., Melson, A. J., Wetherall, K., y O'Connor, R. C. (2020). Understanding and managing suicide risk. *British medical bulletin*, 134(1), 73-84. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldaa013>

Las tablas pueden consultarse en la publicación original

Material docente original