



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL ADOLESCENTE CON CONDUCTA SUICIDA

TESIS DOCTORAL 2021

Autor: **Bernardo Sánchez Fernández**

Directores: **Dr.Francisco Villar Cabeza**

Dra.Mar Vila Grifoll

Dra.Anna Sintes Estévez

Tutor: **Dr.Rafael Torrubia Beltri**

Tesis doctoral

**DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL ADOLESCENTE
CON CONDUCTA SUICIDA**

Programa de Doctorado en Psiquiatria
Departament de Psiquiatria i Medicina Legal. Facultat de Medicina
Universitat Autònoma de Barcelona

Memoria presentada por **Bernardo Sánchez Fernández** para la
obtención del título de Doctor

Trabajo realizado bajo la dirección del Dr. Francisco Villar Cabeza, la Dra. Mar Vila Grifoll y la Dra. Anna Sintes Estévez

Director: **Dr. Francisco Villar Cabeza**. Psicólogo Clínico Senior

- (1) Grup de recerca en trastorns mentals en la infància i l'adolescència. Institut de Recerca Sant Joan de Déu.
- (2) Servei de Psiquiatria i Psicologia. Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

Directora: **Dra. Mar Vila Grifoll**. Psiquiatra Senior

- (1) Servei de Psiquiatria i Psicologia. Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona

Directora: **Dra. Anna Sintes Estévez**. Psicòloga Clínica Senior

- (1) Servei de Psiquiatria i Psicologia. Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona

Tutor: **Dr. Rafael Torrubia Beltri**

- (1) Departament de Psiquiatria i Medicina Legal Universitat Autònoma de Barcelona

Barcelona, 2021

INDICE

1. Agradecimientos.....	4
2. Prólogo.....	5
3. Conducta suicida.....	6
3.1. Definición de la conducta suicida.....	6
3.2. Epidemiología de la conducta suicida.....	9
3.3. Factores de riesgo de la conducta suicida.....	12
3.4. Predictores de repetición de la conducta suicida.....	15
3.5. Conducta suicida y adolescencia.....	17
3.6. Conducta suicida, redes sociales y medios de comunicación.....	21
3.7. Modelos médicos explicativos.....	22
3.7.1. Modelo de las fuerzas “contrabalanceadas”.....	23
3.7.2. Modelo etiopatogénico de la impulsividad.....	26
3.7.3. Modelo clínico-bioquímico de 4 vías.....	27
3.7.4. Modelo estrés-diátesis del suicidio.....	29
3.7.5. Modelo de Turecki.....	32
3.7.6. Modelo neurocognitivo de la conducta suicida.....	35
3.7.7. Teoría interpersonal del suicidio.....	39
3.7.8. Modelo Integral Motivacional-Volitivo de la Conducta Suicida.....	41
3.7.9. La teoría de los tres pasos (3ST).....	42
3.8. Evaluación de la conducta suicida.....	44

3.9.	Intervención en conducta suicida.....	47
3.9.1.	Tratamientos farmacológicos.....	50
3.9.1.1.	Antidepresivos.....	51
3.9.1.2.	Esketamina.....	54
3.9.1.3.	Litio y otros anticonvulsivantes	55
3.9.1.4.	Clozapina y otros antipsicóticos	56
3.9.2.	Tratamientos Psicológicos.....	57
3.9.2.1.	Tratamientos psicológicos como prevención universal.....	58
3.9.2.2.	Tratamientos psicológicos como prevención selectiva.....	60
3.9.2.3.	Tratamientos psicológicos como prevención indicada.....	61
4.	Diferencias de género en la conducta suicida.....	64
4.1.	El método de suicidio.....	67
4.2.	Patrones de búsqueda de ayuda.....	70
4.3.	Violencia y conducta suicida.....	73
5.	Planteamiento y Objetivos.....	76
6.	ESTUDIO 1: “diferencias de género en el adolescente con conducta suicida”	79
6.1.	Introducción.....	79
6.2.	Metodología.....	82
6.3.	Resultados.....	84
6.4.	Discusión.....	90
6.5.	Limitaciones.....	102

6.6. Implicaciones.....	103
7. ESTUDIO 2: Artículo: “Diferencias de género en adolescentes con conducta suicida: Personalidad y psicopatología”	105
8. Conclusiones generales.....	125
9. Referencias bibliográficas.....	127

1. AGRADECIMIENTOS

A los pacientes y a sus familias. Por esa posición tan difícil que supone confiar su intimidad a un desconocido.

Al equipo que se ocupa de las conductas suicidas de nuestro servicio. Por su capacidad para hacer posible el milagro de transformar esa confianza en, posiblemente, la tarea más ilusionante que existe: la de dejar de mirarnos al espejo, porque ese espejo ya hace tiempo que camina ante nosotros para incomodar nuestra pereza emocional y para que nunca dejemos de errar por no atrevernos a aprender. Ese milagro de ser ricos cuando nos parecía todo perdido.

Al regalo que ha supuesto convertir este equipo de asistencia en equipo director de esta reflexión, de esta propuesta de tesis doctoral.

2. PRÓLOGO

A nivel mundial se producen más de 800.000 muertes al año por suicidio (World Health Organization, 2014). En España, el suicidio constituye la primera causa de muerte por causas no naturales, siendo por tanto una prioridad para los sistemas públicos de salud (Ayuso-Mateos et al., 2012), como debería serlo para todos los sistemas de salud pública a nivel mundial (World Health Organization, 2014). El 2% de los fallecidos por suicidio en España son menores de 19 años.

En respuesta a esta necesidad de incrementar el conocimiento y mejorar el tratamiento y la prevención de esta dramática realidad, desde el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, se impulsa la creación de un programa de atención específica de esta problemática en población adolescente.

El programa de atención a la conducta suicida del menor del Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona fue creado en 2013. Desde un punto de vista asistencial, en urgencias de psiquiatría del hospital se realizan anualmente más de 250 intervenciones por conducta suicida, precisando muchas de ellas un ingreso de al menos entre 24 y 72h según el protocolo asistencial propio del programa.

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.

De forma más específica, el programa cuenta con tres camas en unidad de pediatría, 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.

Como jefe de hospitalización del Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica, fui impulsor del programa y del desarrollo de diferentes líneas de investigación. El presente trabajo es el resultado del progreso de una de esas líneas, el estudio de las diferencias de género en la conducta suicida en la adolescencia.

3. CONDUCTA SUICIDA

3.1. Definición de la conducta suicida

Etimológicamente, la palabra suicidio proviene del latín “*sui*” (de sí mismo) y “*caedere*” (matar), y es un neologismo atribuido al abate francés Pierre François Guyot Desfontaines en 1752 para designar el acto mediante el cual una persona se quita voluntariamente la vida (Mesones-Peral, 2014).

La evolución de la definición de la conducta suicida ha pasado desde la tendencia de los primeros modelos de clasificación, que optaban por una inclusividad de términos relacionados con la conducta suicida excesivamente amplia, ofreciendo modelos de clasificación relevantes por su sencillez y claridad, pero con un inabarcable abanico de conceptos. Representativo de esta tendencia es la propuesta de O’Carroll y colaboradores, 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 aglutina un amplio consenso. Plantean que los comportamientos relacionados con el suicidio engloban la ideación, la comunicación y los comportamientos suicidas, pero no incluyen de manera explícita la intención de matarse. Estos autores hablan de “comportamientos relacionados con el suicidio”, concepto que incluía comportamientos que comportaban la presencia de un daño físico, independientemente de la intencionalidad de dicho comportamiento (Silverman, Berman, Sanddal, O’Carroll, & Joiner, 2007).

Finalmente, en la evolución de las definiciones se ha acabado desestimando la presencia de un daño físico como requisito para que una conducta sea considerada como un comportamiento relacionado con el suicidio, 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.

En la actualidad hay clasificaciones internacionales muy interesantes en este marco del “cierto grado de intención de morir” (Brenner et al., 2011; De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof, & Bille-Brahe, 2006), de las que destaca la *Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA)* de Posner y colaboradores (Posner, Oquendo, Gould, Stanley, & Davies, 2007), que además de aportar una definición muy clara de los términos, ofrece unos ejemplos que permiten entender mejor las definiciones planteadas. En la misma línea, la entrevista de pensamientos y comportamientos autodestructivos (*The Self-Injurious Thoughts and Behaviours Interview; SITBI*) de Nock y colaboradores (Matthew K. 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?*”).

Todo y la evolución mencionada y la calidad de algunas clasificaciones propuestas, todavía no hay una taxonomía internacionalmente acordada que abarque todo el espectro de lo que a menudo se define clínicamente como comportamientos relacionados con el suicidio, situación que genera problemas en cuanto a la generalización de los conocimientos o a las comparaciones entre estudios (Silverman & De Leo, 2016).

Por su parte, la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) ha creado un grupo de trabajo específico para abordar este problema y aspira a generar una nomenclatura estandarizada internacional de todos los términos dentro del área de la 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 limitación esté presente, la opción de los diferentes grupos de investigación es proponer una taxonomía propia o adaptar alguna de las propuestas ya existentes. Por

esto, para nuestro trabajo en población adolescente, nos parece especialmente interesante la clasificación propuesta por Arie y colaboradores, según la cual la conducta suicida la componen: la ideación suicida, las amenazas suicidas, el gesto suicida, la tentativa suicida y el suicidio consumado (Arie et al., 2005).

Por tanto, para este y para todos los trabajos realizados por nuestro grupo de investigación, la conducta suicida la conforman los siguientes comportamientos:

- ✓ **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 (T. Joiner, 2005).

En el presente trabajo, cuando hablamos de ideación suicida nos referimos a este segundo grupo de pacientes con deseo de muerte o ideas activas de suicidio, y, por tanto, con alto riesgo de pasar al acto, riesgo valorado por un psiquiatra o psicólogo clínico, ya sea de dispositivos ambulatorios o de urgencias de nuestro hospital.

- ✓ **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 hemos mencionado anteriormente como de referencia, por ejemplo la C-CASA.
- ✓ **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.

- ✓ **La tentativa autolítica:** Se considera una secuencia de acciones iniciadas por una persona, que espera en alguna medida que el resultado de la sucesión de acciones acabe con su vida.
- ✓ **El suicidio consumado:** Se trata de la tentativa que acaba con el fallecimiento de la persona. Así, desde el inicio de la secuencia, la persona espera que el resultado de la misma acabe con su vida.

3.2. Epidemiología de la conducta suicida

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 a lo largo de los últimos años de registro, ha representado entre la segunda y la tercera causa de entre todas las causas de mortandad, siendo algunos años, como en 2014, la primera causa externa de muerte (INE, 2019). La preocupante posición que ocupa el suicidio en cuanto al orden de las causas de mortalidad, es fundamentalmente debido a la alta mortalidad de hombres, entre 1,5 y 3 hombres por cada mujer fallecida; sin embargo, en términos de violencia, el impacto en mujeres es mayor que en hombres, ya que el suicidio en mujeres supone el 71% de todas las muertes violentas, mientras que en hombre significa el 50% (World Health Organization, 2014).

Por su parte, las tentativas de suicidio son mucho más prevalentes que el suicidio; la OMS estima que hay 20 intentos de suicidio por cada suicidio consumado (World Health Organization, 2014). En la adolescencia, esta proporción es mucho mayor, entre 100 y 200 tentativas por cada suicidio consumado (McIntosh & Drapeau, 2014).

Los registros de suicidio tienen múltiples limitaciones ya evidenciadas en diferentes artículos tanto en España (Giner & Guija, 2014) como a nivel internacional (World Health Organization, 2014). Estas limitaciones son mucho más profundas cuando hablamos de otro tipo de conducta suicida diferente al suicidio consumado. De lo que no cabe duda es que ese tipo de conductas son mucho más prevalentes que el suicidio consumado. Se ha descrito 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% de tentativas anualmente (Crosby, Han, Ortega, Parks, & Gfroerer, 2011). Los trabajos más rigurosos publicados por Nock y colaboradores, con una muestra importante de adolescentes (N = 6.483) de entre 13 y 18 años, encuentran hasta un 12% de prevalencia de ideación suicida, un 4% de planificación y un 4,1% de intentos de suicidio en población no clínica (Matthew K Nock, Greif, Hwang, McLaughlin, & Sampson, 2013). En la misma línea, Soler y colaboradores (Soler, Segura, Kirchner, & Fornis, 2013) realizaron un estudio con menores de edad llevado a cabo en ocho colegios catalanes, en el que describen una prevalencia del 14% del fenómeno suicida.

A pesar de las diferencias descritas, 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). Esta afirmación tiene sus limitaciones, posiblemente como consecuencia del género que es reconocido como uno de los factores sociodemográficos determinantes en cuanto a las diferencias halladas en relación a la conducta suicida (Freeman et al., 2017). En la mayoría de países los intentos de suicidio son más comunes en las mujeres, a pesar de que los hombres presentan mayores tasas de suicidio consumado (Beautrais, 2003; Canetto & Sakinofsky, 1998; Freeman et al., 2017). Aunque con ligeras variaciones, esto es así tanto en la adolescencia, como en la vida adulta y en la vejez (Rhodes et al., 2014), situación conocida como la “paradoja del género” (Canetto & Sakinofsky, 1998).

Una apreciación se hace fundamental llegados a este punto, la influencia que generan factores culturales en dos aspectos, el primero es que la prevalencia del suicidio es muy variada a nivel mundial (Figura 1), la segunda es que esas diferencias también afectan al género, así, la mencionada “paradoja del género” no es exactamente real en todos los países, como podemos observar en China, y especialmente en la China rural, las tasas de muerte por suicidio son mayores en mujeres que en hombres (Figura 2).

En España, los suicidios consumados en términos generales también son más prevalentes en hombres que en mujeres, con tres suicidios en hombres (2.662 fallecidos) por cada suicidio en mujeres (907 fallecidas) en datos del 2016 (INE, 2021). En población

adolescente, la mayor prevalencia de fallecimientos en hombres no está claramente presente antes de los 15 años, como podemos observar en la evolución de los últimos 10 años en España (Figura 3), pero se hace muy evidente a partir de los 15 años (Figura 4).

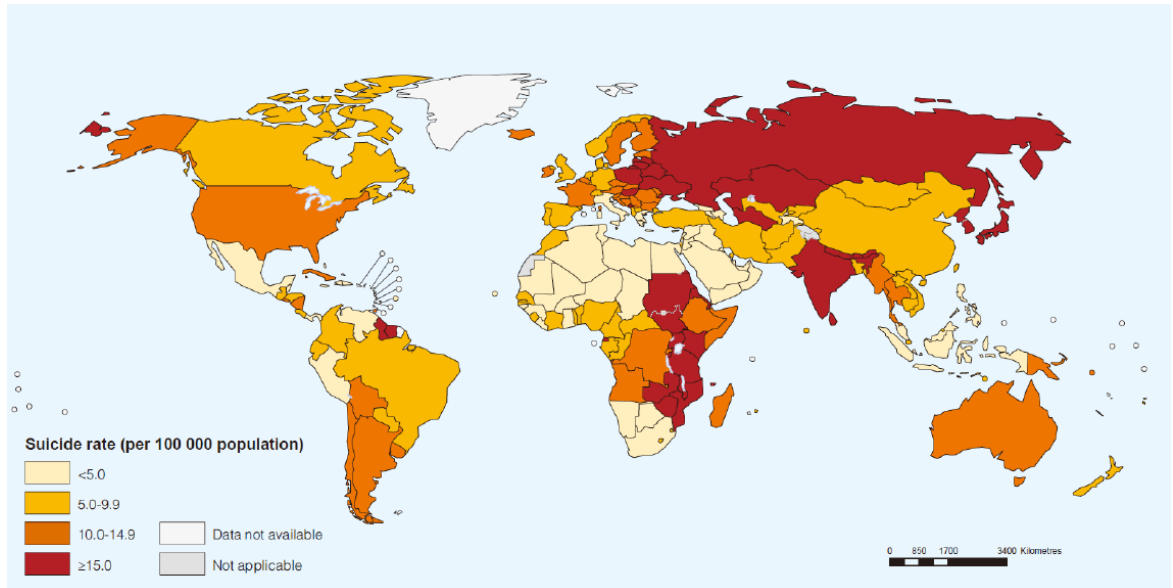


Figura 1. Tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes, año 2012 (extraído de WHO, 2014)

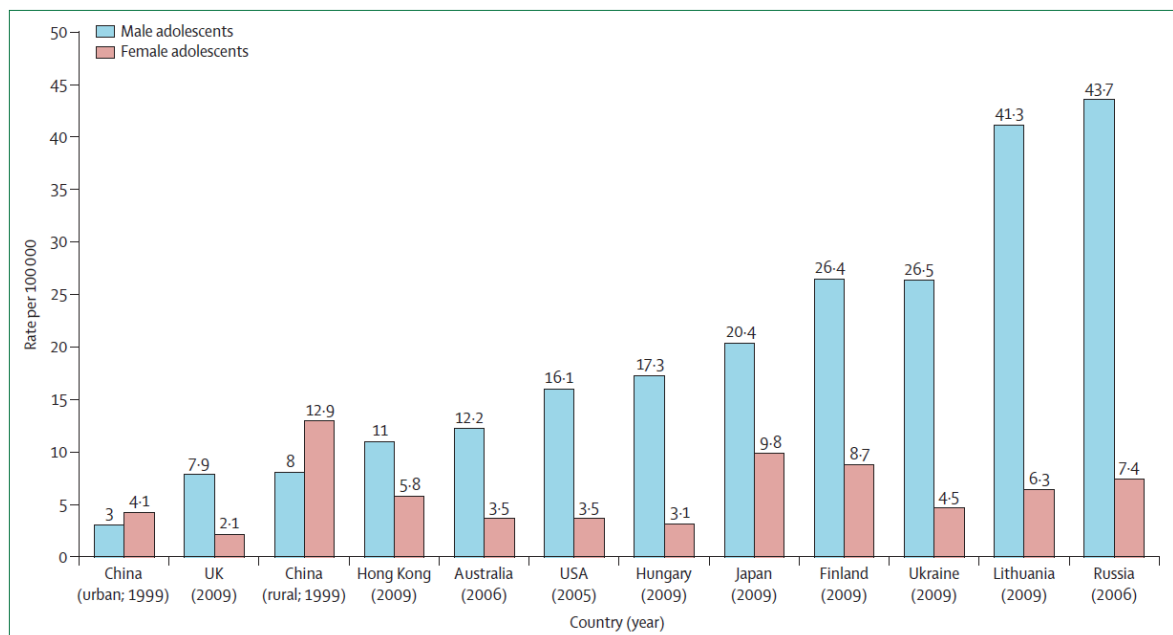


Figura 2. Tasas de suicidio en adolescentes de entre 15 y 24 años en países seleccionados (extraída de Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012)

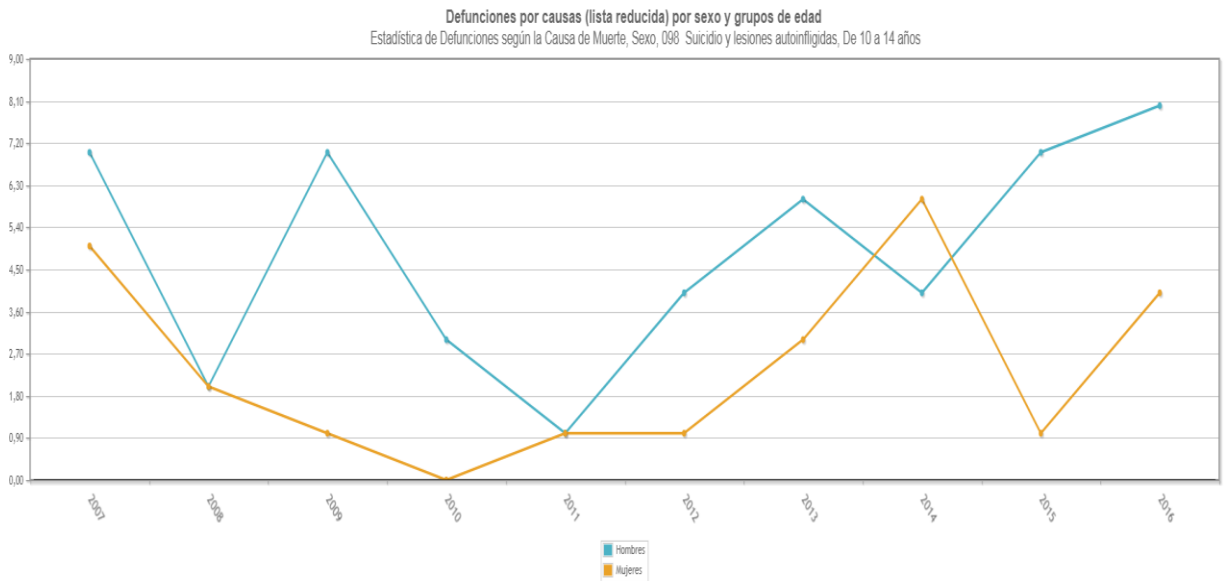


Figura 3. Estadística de defunciones según la causa de muerte por sexo y grupos de edad de 10 a 14 años (INE, 2018)

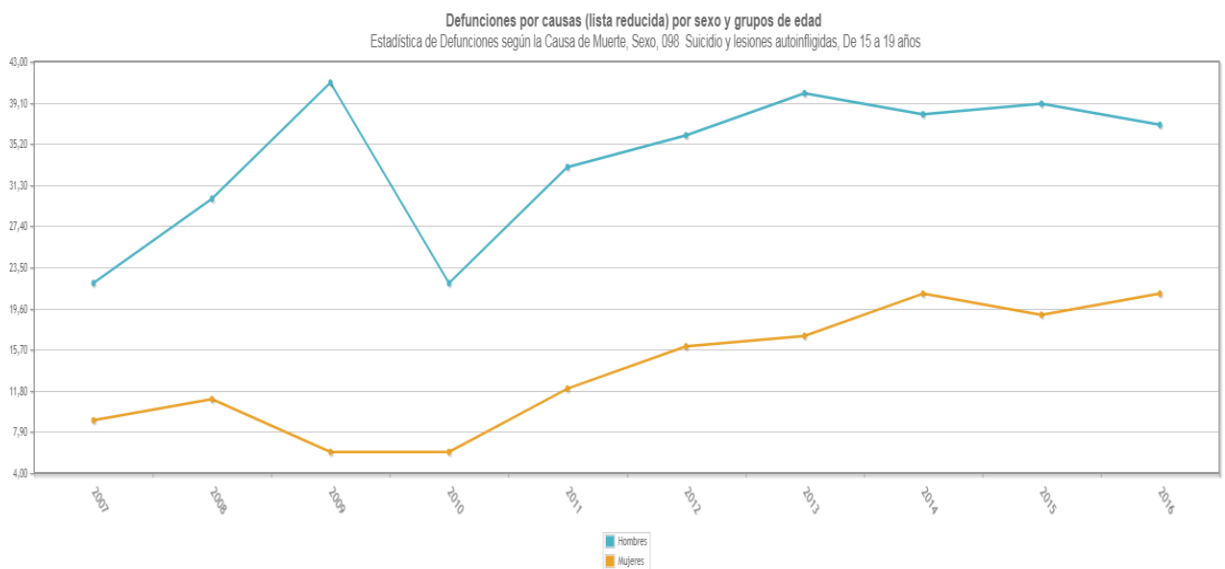


Figura 4. Estadística de defunciones según la causa de muerte por sexo y grupos de edad de 14 a 19 años (INE, 2018)

3.3. Factores de riesgo de la conducta suicida

Respecto a los factores de riesgo, 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). Revisiones sistemáticas recientes identifican tres factores principales que parecen incrementar el riesgo de suicidio: 1) Factores psicológicos (depresión, ansiedad,

uso de tóxicos y alcohol y otras comorbilidades psiquiátricas), 2) Eventos vitales estresantes (conflicto familiar y con iguales) y 3) Rasgos de personalidad (neuroticismo e impulsividad) (Carballo et al., 2019). Sin embargo, todo y que el estudio de los factores de riesgo ha generado mucho interés en los últimos años, parece seguir vigente la opinión de Oquendo y colaboradores, respecto a que los factores de riesgo que se han identificado en la conducta suicida, no tienen especificidad suficiente, e implican altas tasas de falsos positivos que acaban por no resultar de utilidad para guiar acciones preventivas eficaces (M. A. Oquendo, Currier, & Mann, 2006).

El principal factor de riesgo de suicidio descrito es el hecho de haber cometido una tentativa previa (Nock et al., 2008; World Health Organization, 2014), y se sabe que este riesgo aumenta conforme el número de tentativas incrementa, presentando mayor vulnerabilidad los adolescentes que realizan más tentativas (Gould et al., 2009; Miranda 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; Matthew K Nock et al., 2013; Pelkonen & Marttunen, 2003).

En el estudio de los factores de riesgo también se han descrito diferencias de género. Así, se ha encontrado mayor asociación entre el riesgo de suicidio y los trastornos de salud mental menores en los hombres que en las mujeres (Gunnell, Rasul, Stansfeld, Hart, & Davey Smith, 2002), situación que algunos han justificado por la descrita menor tendencia de los hombres a buscar o recibir ayuda médica o soporte social ante los estados depresivos (Möller-Leimkühler, 2002; Parslow & Jorm, 2000).

En la Tabla 1 se muestran los factores de riesgo que tienen mayor evidencia empírica, y en negrita con un asterisco los específicos de la etapa adolescente. También hay que destacar el acceso a métodos, especialmente en la adolescencia (Keith Hawton & Harriss, 2007).

>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

Tabla 1. Factores de riesgo según el número de estudios (Adaptada de Van Orden et al. 2010)

*Factores de riesgo específicos de la adolescencia

Una revisión sistemática reciente llevada a cabo por referentes en psiquiatría a nivel estatal (Carballo et al., 2019), ha evidenciado la complejidad del fenómeno de estudio, especialmente por la interacción de los factores de riesgo que contribuyen a la conducta suicida, a los clasifica en tres grupos:

- ❑ Factores Psicosociales: Depresión, ansiedad, tentativa previa, uso de sustancias, drogas y alcohol, y comorbilidad psiquiátrica.
- ❑ Acontecimientos vitales estresantes: Problemas familiares y conflicto con iguales.
- ❑ Rasgos de personalidad: Neuroticismo e impulsividad

Actualmente se están utilizando análisis más avanzados con la *Machine Learning*, con muestras muy amplias en las que se generan algoritmos predictivos; los datos son muy interesantes, especialmente para acabar de complicar la situación, pues describen el carácter dinámico de los factores de riesgo, que en lugar de ser vistos como factores con un valor estático e inalterable en el tiempo, se ha observado cómo y cuándo tienen su máxima influencia, encontrando factores de riesgo más relevantes durante los días previos a la tentativa, mientras que otros quedan latentes con un efecto más a largo plazo (Walsh, Ribeiro, & Franklin, 2018).

3.4. Predictores de repetición de la conducta suicida

Una línea de estudio también muy interesante, es la de los factores predictores de repetición de la conducta suicida. Sin duda la aspiración en el estudio del suicidio es poder identificar el riesgo de una persona de realizar una tentativa autolítica, a fin de poder evitarla. Pero mientras esta línea de investigación no consiga los resultados esperables, y mientras sigamos atendiendo en hospitales a personas que han realizado un intento de suicidio, el estudio de los factores de predicción de recaída se hace fundamental. Especialmente considerando que el principal objetivo de toda nuestra intervención a partir de ese momento es que el paciente no vuelva a realizar un nuevo intento. La problemática no es menor, 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).

Por tanto, el estudio de los factores predictores de repetición nos debería permitir identificar y planificar acciones preventivas, destinando más recursos al que más lo necesita. Del mismo modo que con los factores de riesgo, además de como principal factor, la tentativa autolítica es uno de los principales predictores del suicidio consumado (Nock et al., 2008; Tidemalm, Långström, Lichtenstein, & Runeson, 2008; World Health Organization, 2014).

En apartados posteriores presentaremos el actual marco teórico “de la ideación a la acción”, en el que se enmarcan teorías como la Teoría interpersonal del suicidio (T. Joiner, 2005), El Modelo integral Motivacional-Volitivo de Conducta Suicida (IMV) (O’Connor, Platt, & Gordon, 2011) y la Teoría de los Tres Pasos (3ST) (Klonsky & May, 2015). Este marco teórico ha abierto un nuevo abanico de posibilidades de investigación. La aportación más relevante de este nuevo marco teórico es la conceptualización de la conducta suicida en dos procesos diferenciados. De este modo, hay un primer tránsito que una persona seguiría que la conduciría a la ideación suicida, y posteriormente un segundo tránsito en que la persona pasaría de estas ideas de muerte a la acción,

entendida como intentos de suicidio o suicidio consumado. Este planteamiento ha permitido, entre otras cosas, reactivar el estudio de los factores de riesgo, pudiendo identificar de forma más precisa a qué proceso afectaría cada uno de los factores de riesgo, ya sea sobre la ideación suicida o sobre el paso al acto con gestos, tentativas o suicidio consumado. Algunos estudios han identificado la sintomatología depresiva como un predictor de la ideación suicida en la adolescencia (Morales-Vives & Dueñas, 2018), otros la han identificado como predictor tanto de la ideación como de la conducta suicida en la adolescencia (Lasgaard, Goossens, & Elklit, 2011; Viñas, Canals, Gras, Ros, & Domènech-Llaberia, 2002). Hintikka y colaboradores consideran el humor depresivo como una condición necesaria para la presencia de la ideación suicida (Hintikka et al., 2009).

Sin embargo, nuestro grupo de investigación no identificó la depresión como un predictor de recaída a los seis meses de seguimiento (Villar, Castellano-Tejedor, Verge, Sánchez, & Blasco-Blasco, 2018). Tampoco Yen et al. (2013) identifican la depresión como predictor de la repetición de tentativas a los seis meses de seguimiento en una muestra de adolescentes. En la misma línea, Nock y colaboradores (2010) plantean que la depresión puede ser un predictor de la ideación suicida, pero no de la planificación ni de las tentativas entre aquellos con ideación (M. K. Nock, Hwang, Sampson, & Kessler, 2010). En la misma línea se orientan sus resultados publicados posteriormente, donde identifica el trastorno depresivo mayor como predictor de la ideación autolítica, pero no lo relacionan con la transición desde la ideación suicida hasta la tentativa, a diferencia de lo que ocurre en otros trastornos como el trastorno límite de personalidad, el trastorno de conducta, el trastorno oposicionista desafiante, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno por estrés postraumático, que sí predecían esta transición (Matthew K. Nock et al., 2015). Con esto no pretendemos confundir ni hablar de gradientes de riesgo, ya que es importante recordar que la ideación suicida precede a los actos suicidas, por lo que su conocimiento permitiría una mejor comprensión del riesgo de suicidio (Park, 2013).

Nuevamente, el género acaba identificándose como un elemento importante en la comprensión de los predictores de conducta suicida. En nuestro estudio acerca de los predictores de repetición, el género no mostró relación con la repetición de la conducta

suicida a los seis meses de seguimiento (Villar et al., 2018), resultado que nos informa que tanto mujeres como hombres tienen el mismo riesgo de repetición de intento suicidio en el tiempo de seguimiento descrito. Sin embargo, algunos estudios han encontrado factores de riesgo diferenciales por género, así Lewinsohn y colaboradores encuentran que la falta de apoyo social por parte de la propia familia era un predictor significativo de intentos de suicidio en mujeres jóvenes, factor que no estaba relacionado con la conducta suicida en el caso de los hombres. También encontraron que tanto la ideación suicida como los intentos de suicidio en la adolescencia son predictores de futuros intentos en mujeres jóvenes, pero no en los hombres, en los que el mal afrontamiento fue el predictor más destacado del intento futuro (Lewinsohn et al., 2001).

También en este foco de estudio de los predictores de repetición, se hace necesario dedicar esfuerzos en obtener evidencia que nos permita orientar intervenciones más ajustadas, especialmente orientadas al género masculino, ya que frecuentemente suele estar menos representado en estos estudios, pero a la vez es el género con mayor riesgo de fallecer por suicidio consumado.

3.5. Conducta suicida y adolescencia

La prevención del suicidio tiene que ser ajustada por diferentes aspectos, como el diagnóstico, el género y la edad (Qin, 2011). De estos elementos, el más claramente diferencial es la edad, por las características evolutivas de cada una de las etapas. Se han descrito diferencias evolutivas entre adolescencia y la adultez respecto a la intencionalidad, la impulsividad y la letalidad, describiendo las tentativas de los adolescentes como más impulsivas, de menor letalidad y que son ingresados con mayor frecuencia que los adultos (Parellada et al., 2008).

Los contenidos que conforman el presente documento se han orientado fundamentalmente en la adolescencia, ya sea de entrada o mediante el desarrollo de las sucesivas explicaciones. A pesar de ello, esta etapa evolutiva tiene unas características tan propias como pasajeras en muchos aspectos, por lo que se hace necesario acabar de destacar algunas de sus características. En esta línea, la propia Asociación Internacional

para la Prevención del Suicidio (IASP) ha promovido un grupo de interés específico para el estudio del “adolescente suicida” (IASP, 1960).

La adolescencia es una etapa de especial vulnerabilidad en la que se ha descrito una disminución de la satisfacción con la vida y un incremento del estrés para ambos géneros (Goldbeck, Schmitz, Besier, Herschbach, & Henrich, 2007). Algunos estudios sugieren que esta insatisfacción con la vida es un predictor de la ideación suicida en la adolescencia (Amer & Hamdan-Mansour, 2014; Morales-Vives & Dueñas, 2018).

Los cambios evolutivos característicos de esta etapa como son la propensión a la impulsividad, la necesidad de pertenencia al grupo o la infravaloración de los riesgos, pueden estar relacionados con el aumento de la probabilidad de presentar conductas suicidas (Bursztein & Apter, 2009). Además, algunos estudios han señalado como específico de esta etapa la importancia de los aspectos relacionales, tanto familiares como con iguales, en relación a la conducta suicida (King & Merchant, 2008).

Se han observado diferencias en esta etapa entre chicos y chicas como las descritas en el apartado 3.4 y 3.5 respecto a cómo afectan diferentes factores de riesgo en la conducta suicida. Otros comportamientos han mostrado diferencias, por ejemplo, algunos comportamientos antisociales y delictivos aparecen antes en chicos que en chicas (Marmorstein & Iacono, 2005), y según los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística de España también en mayor frecuencia (INE 2021), 8 de cada 10 condenas por sentencia firme entre los 14 y los 17 años fueron en hombres.

Por su parte, en el apartado 3.2. ya hemos nombrado la “paradoja del género”, concepto que da cuenta del mayor número de tentativas en mujeres y mayor número de suicidios en hombres en todas las etapas del desarrollo, pero esas no son las únicas diferencias en esta etapa. Los patrones de prevalencia de ideación y planes de suicidio parecen alcanzar un pico más temprano en las chicas que en los chicos (Boeninger, Masyn, Feldman, & Conger, 2010), siendo la conducta suicida más prevalente en el género femenino (Beautrais, 2002a; Boeninger et al., 2010; Canetto & Sakinofsky, 1998; Freeman et al., 2017; Lewinsohn et al., 2001; Pitman, Krysiniska, Osborn, & King, 2012).

Además, la evolución de la conducta suicida también tiene sus particularidades, y también está afectada por el género. Se ha descrito que la tasa de ideación cambia desde la adolescencia temprana hasta la adolescencia tardía, se ha descrito un pico entre los 14 y los 16 años, para posteriormente decrecer (Carlson & Cantwell, 1982; R. C. Kessler, Borges, & Walters, 1999; Kosky, Silburn, & Zubrick, 1986; Rueter & Kwon, 2005). Algunos autores atribuyen este decremento en los adolescentes mayores y los adultos jóvenes por la evolución de la conducta suicida en mujeres, describiendo un decremento en el género femenino vs un mantenimiento, incluso leve incremento en el masculino, de modo que encuentran que a los 19 años la tasa de riesgo de intento para las chicas adolescentes descendió a un nivel comparable al de los adolescentes varones. La desaparición de la diferencia de género para los intentos de suicidio en la adultez temprana, no fue paralela a una disminución en la diferencia de género para la depresión mayor, que presenta mayores tasas en el género femenino en todas las etapas de la vida (Lewinsohn et al., 2001).

Tanto las particularidades evolutivas de la etapa, como la diferente evolución entre hombres y mujeres, son elementos fundamentales a tener en cuenta. Sin desagregar los resultados para los participantes masculinos y femeninos, Lewinsohn y colaboradores podrían haber llegado a la conclusión errónea de que la tasa de intento de suicidio disminuye desde la adolescencia hasta la adultez temprana, conclusión correcta pero incompleta. Y estas conclusiones son fundamentales incluso de cara a la prevención, pues el comportamiento suicida (ideación o intento) durante la niñez y la adolescencia predijo un intento de suicidio durante la edad adulta joven sólo en las mujeres, pero no en los participantes masculinos (Lewinsohn et al., 2001).

También los tratamientos y las medidas de seguridad tienen sus particularidades en esta etapa. A diferencia de algunos adultos, normalmente los adolescentes cuentan con un entorno familiar que puede ayudar a garantizar la eficacia y la puesta en marcha de los planes de seguridad, consiguiendo de forma más efectiva una restricción del acceso a métodos y facilitando el cumplimiento y vinculación a los seguimientos en salud mental y también tienen más opciones de tratamiento, como las terapias de orientación familiar:

- 1) Terapia multisistémica (*multisystemic family therapy*; MST) orientada a una

intervención familiar para adolescente (Huey et al., 2004); 2) Intervención en Crisis Orientada a la Familia (*Family-Based Crisis Intervention*; FBCI) (Wharff et al., 2017; Wharff, Ginnis, & Ross, 2012); o 3) Terapia familiar basada en el apego (*Attachment-Based Family Therapy*; ABFT) (G. M. Diamond et al., 2013; G. S. Diamond et al., 2010).

Por otro lado también hay que considerar las características de la intervención con adolescentes, en las que es necesario considerar las limitaciones de razonamiento. Por ejemplo, con preadolescentes y adolescentes jóvenes, tanto los abordajes terapéuticos como el foco de la intervención, deberían estar más orientados 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 referencia a los desencadenantes identificados, Hawton, Saunders y O'Connor (2012) apuntan que los estresores de tipo psicosocial, especialmente los problemas relacionales, aparecen como factores precipitantes con mayor frecuencia en 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 (Keith Hawton et al., 2012). También en los datos analizados en nuestro hospital, los desencadenantes más frecuentemente identificados son, en ambos géneros, los conflictos relacionales. Por esto, en la adolescencia serían recomendables intervenciones basadas en la adquisición de habilidades orientadas a mejorar los diferentes aspectos relacionados con la resolución de conflictos interpersonales, como son la gestión emocional, las habilidades sociales de la Terapia Dialéctico Conductual de Linehan (Linehan et al., 2015; Mehlum et al., 2016) y la resolución de problemas (problem solving theory; PST) (Rudd et al., 1996).

Otro aspecto diferencial de la adolescencia tiene que ver con los factores de riesgo o predictores de la conducta suicida, ya que actúan de forma diferente según la etapa vital. Como predictor, las autolesiones en la edad adolescente presentan menor riesgo de

suicidio que cuando aparecen en la edad adulta, y esto es especialmente así en los hombres (Keith Hawton et al., 2015; Keith Hawton, Zahl, & Weatherall, 2003).

3.6. Conducta suicida, redes sociales y medios de comunicación

Antes de dejar las particularidades de la conducta suicida en la adolescencia, y antes de adentrarnos en los modelos explicativos, voy a abordar brevemente un elemento esencial que está suponiendo un reto en la actualidad en el suicidio, especialmente en la adolescencia. La búsqueda de la palabra suicidio en Google devuelve 31.8 millones de resultados. En su equivalente al inglés (suicide), la cifra asciende a 296.000.000, mientras que buscando la palabra en YouTube se obtiene un total de 791.000 resultados, incrementando hasta 18,5 millones en inglés.

En lo que refiere a la conducta suicida del menor, la no aparición de determinadas noticias en los medios de comunicación, la reducción de la cantidad de las mismas o la mejora en la calidad de la información, pueden tener un efecto protector o “efecto Papágeno”, mientras que la exposición en medios de comunicación puede producir un efecto contagio o “efecto Werther” (Acosta Artiles, F. J., Rodríguez Rodríguez-Caro, C. J., & Cejas Méndez, 2017). Esto también aplica a los contenidos audiovisuales que consumen los jóvenes y adolescentes, no únicamente a los contenidos en prensa. El efecto de identificación es un elemento esencial en el efecto contagio de la conducta suicida. En 2017, el estreno de la serie de Netflix “*13 Reasons Why*”, ofreció otra oportunidad para valorar la vigencia de este fenómeno contagio, que en ocasiones se había llegado a poner en duda. Así, los efectos de la serie evidenciaron un incremento de la conducta suicida en adolescentes, especialmente en chicas adolescentes que se asemejaban a las características de la protagonista (Niederkrotenthaler et al., 2019).

Está descrito que Internet es un medio de difusión masiva con efectos mixtos sobre la población infantil y juvenil. En cuanto a los beneficios que ofrece a los jóvenes encontramos el anonimato, la accesibilidad a cualquier tipo de información, la percepción de empatía, aceptación y comprensión a nivel social y el soporte emocional. Por otro lado, también tiene efectos perjudiciales, como son el acceso a contenidos de riesgo no supervisados por los adultos, o la continua exposición a imágenes de éxito y estándares

inalcanzables, que son altamente invalidantes de la propia experiencia del adolescente y que generan elevados niveles de frustración (Fiedorowicz, J. G., & Chigurupati, 2009).

Se ha descrito que la población infanto-juvenil es la principal usuaria de recursos on-line y a su vez la más vulnerable por la mayor incidencia de conductas de riesgo y abuso de sustancias, siendo de mayor riesgo que la población adulta consultando webs pro-suicidas y adquiriendo conocimientos de métodos concretos (Guan & Subrahmanyam, 2009; Szumilas & Kutcher, 2009). Además, existe evidencia de que las personas que participan en el uso de Internet relacionado con el suicidio, experimentan niveles más elevados de ideación suicida (Biddle, Donovan, Hawton, Kapur, & Gunnell, 2008), lo que puede llegar a influir sobre la decisión final de morir por suicidio (Dunlop, More, & Romer, 2011), fomentando la presión a los iguales para consumir el suicidio o animando a los usuarios a considerar como líderes aquellos que han completado el suicidio (Baume, Cantor, & Rolfe, 1997). Incluso se han descrito casos en los que se han realizado tentativas o suicidios consumados después de utilizar Internet para obtener información sobre métodos de suicidio (Alao, Soderberg, Pohl, & Alao, 2006; Corkery, Button, Vento, & Schifano, 2010). Según el meta-análisis realizado por Marchant y colaboradores en 2017, la adicción a Internet y el uso de webs pro-suicidas están altamente asociados a un mayor riesgo de conducta suicida, sobre todo en aquellos individuos vulnerables o aislados socialmente (Marchant et al., 2017).

Estos resultados muestran la importancia de determinados fenómenos de exposición a determinados contenidos, que son difícilmente controlables, pero que dado su impacto en la prevalencia del suicidio en la adolescencia, deberían considerarse incluso como interferencias en los estudios de eficacia de tratamientos.

3.7. Modelos explicativos de la conducta suicida

En los últimos años han surgido varios modelos explicativos de la conducta suicida que intentan conciliar los hallazgos presentados anteriormente con un eje explicativo de la conducta suicida, en el que existe una relación entre disfunciones neuroquímicas y algunas dimensiones psicopatológicas como la depresión y la ansiedad. Aunque es poco probable que se pueda prevenir este comportamiento, existen algunas medidas que se

pueden aplicar tanto en atención primaria como especializada, que pueden ayudar en la difícil tarea de prevenir este tipo de comportamientos (Jiménez Treviño, Luis Bobes García, Julio Saiz Martínez, 2006).

A continuación vamos a presentar algunos de los modelos más relevantes, todavía vigentes en la actualidad, y de cuya combinación se puede extraer una comprensión global de las muchas aristas que engloba un fenómeno tan complejo como es la conducta suicida.

3.7.1. Modelo de las fuerzas “contrabalanceadas”(Robert Plutchik, van Praag, & Conte, 1989)

El modelo de las fuerzas contrabalanceadas es un modelo con una buena capacidad explicativa, muy marcado por influencias teóricas, especialmente de psicoanálisis, de los planteamientos de Menninger. Así, afirma que todo comportamiento incluye dirección, fuente de energía (libido) y objeto, y que la mayoría, si no todos los comportamientos (incluidos síntomas y rasgos), son formaciones de compromiso. Del mismo modo, interpreta las observaciones empíricas en el sentido de que tanto el suicidio como la violencia son expresiones del mismo impulso agresivo subyacente. La presencia o ausencia de algunas otras variables diferenciales determina si la agresión está dirigida a otros (violencia) o a uno mismo (suicidio) (Apter, Plutchik, & Praag, 1993; Robert Plutchik et al., 1989).

El modelo asume que cualquier evento es un vector resultante de la interacción de fuerzas opuestas. Es un concepto etológico clave que se ha utilizado para explicar muchas interacciones en modelos animales (Hinde, 1966). Y en esta oposición de fuerzas sostiene que diferentes variables comunes actúan como inhibidores del riesgo de suicidio y el comportamiento violento. Sin duda un concepto que enriquece el modelo considerando a su vez lo que podríamos entender como factores de riesgo (potenciadores) y factores protectores (atenuantes). Éstos últimos incluyen tener amplias redes sociales (apoyo social), un estilo de parentalidad relativamente educado y ciertos estilos de resolución de problemas de la vida. En referencia a los estilos de afrontamiento o resolución, si una persona generalmente trata de resolver problemas buscando ayuda de otros, el riesgo de

suicidio o violencia disminuye, sentando las bases de lo que en la actualidad son objetivos terapéuticos, como fomentar cambios en el patrón de búsqueda de ayuda.

Estos resultados generales se pueden interpretar utilizando el modelo de fuerza contrabalanceada de dos etapas que se muestra en la Figura 5. Así, la secuencia conductual se inicia por unos desencadenantes del impulso agresivo, generalmente amenazas, desafíos, insultos, pérdida de control y amenazas a la posición jerárquica percibida (Blanchard, 1984). El impulso agresivo creado por estos desencadenantes puede aumentar o disminuir según la presencia o ausencia de otros factores. Las variables que actúan como amplificadores pueden ser síntomas físicos, enfermedades mentales, desconfianza, acceso a armas u otros. Las variables que pueden servir como atenuadores incluyen la presencia de una red familiar, ciertos estilos de afrontamiento y ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, timidez) (Pfeffer, Plutchik, & Mizruchi, 1983; R Plutchik, Climent, & Ervin, 1976). Dado que en este momento coexisten factores potenciadores y atenuantes, la fuerza del impulso agresivo será un vector que surja de la presencia de estas fuerzas opuestas o contrarias. Este proceso de equilibrio se denomina suma vectorial de fase I, que determina el nivel de impulso agresivo que cruza el umbral y luego se expresa en un comportamiento o acción explícita. Sin embargo, la acción requiere un objetivo hacia el que se dirige. Este objeto está definido por un conjunto separado de variables. Plutchik y colaboradores, encuentran una correlación entre riesgo suicida y comportamiento violento, lo que dificulta las conclusiones, pero encuentran diferencias entre variables que correlacionan con cada una de ellas y no con la otra. Por ejemplo, encuentran evidencias de que la depresión, eventos vitales estresantes en el pasado (incluidos problemas laborales, médicos y familiares), sentimientos de desesperanza y una actitud tolerante ante el suicidio, predisponen a una persona a dirigir impulsos agresivos hacia sí misma, lo que lleva a incrementar el riesgo de suicidio. Por el contrario, la impulsividad, los problemas legales, los problemas menstruales en las mujeres y las tensiones de la vida actuales, predisponen a una persona a dirigir impulsos agresivos hacia los demás, lo que genera el riesgo de violencia. Estos dos conjuntos de variables que determinan el objetivo del impulso agresivo se denominan fuerzas de equilibrio de la etapa II (Robert Plutchik et al., 1989).

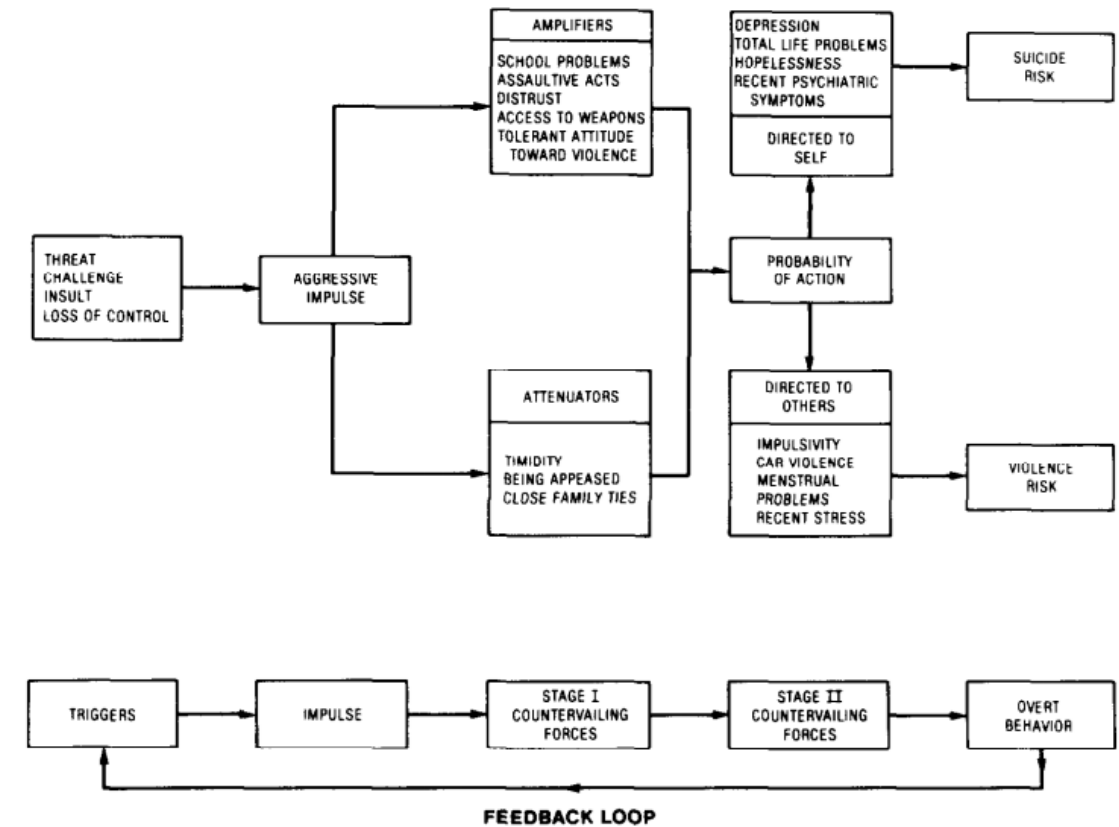


Figura 5. Two-stage model of suicide and violence (Plutchik, R., H.M. Van Praag & H.R. Conte, 1989)

En la aspiración explicativa del modelo se entienden los intentos de suicidio y el comportamiento agresivo como reacciones de utilidad para algunos objetivos de adaptación de una persona. Consideran que los actos suicidas pueden ser un "grito de auxilio", mientras que los actos violentos pueden ser intentos de cambiar una situación frustrante o superar obstáculos que impiden la satisfacción de las propias necesidades. En consecuencia, el comportamiento manifiesto de los individuos funciona como parte de un complejo sistema de retroalimentación en el que el comportamiento suicida o violento puede alternar amenazas, desafíos, insultos, pérdida de control o una amenaza en la posición jerárquica, los cuales actuarían como desencadenantes iniciales de la reacción agresiva. A nivel de identificación de las bases neuroquímicas relacionadas con el proceso, sostiene la influencia de la disregulación del sistema serotoninérgico como responsable de producir una constelación variable de efectos psicopatológicos, muy relacionada con la sintomatología depresiva (Apter et al., 1993).

3.7.2. Modelo etiopatogénico de la impulsividad (Linnoila & Virkkunen, 1992)

Este modelo de impulsividad se ha considerado como un modelo explicativo de conducta suicida, asumiendo así la íntima relación que durante muchos años se ha establecido entre impulsividad y conducta suicida, en la actualidad matizada por algunos autores (Bender, Gordon, Bresin, & Joiner, 2011). El modelo sostiene que la existencia de un síndrome de hipofunción serotoninérgica central, sería la responsable de la impulsividad que presentan los sujetos de su estudio (delincuentes violentos con historia familiar de alcoholismo y conducta suicida). Concretamente describen un déficit de actividad serotoninérgica de los núcleos del rafe, con afectación de las aferencias relacionadas con el control de impulsos (Linnoila & Virkkunen, 1992). A este modelo se le crítica su condición de modelo puramente biologicista, porque no tiene en consideración otro tipo de variables explicativas de la conducta suicida. Sin embargo, su planteamiento ha impulsado muchos otros estudios en los que se ha estudiado el vínculo entre la genética molecular del sistema serotoninérgico y la impulsividad / agresividad. Algunos de estos estudios sugieren que la disfunción serotoninérgica está asociada a todas las conductas impulsivas, independientemente de que sean autolesivas o heteroagresivas (Courtet, Jollant, Castelnaud, Buresi, & Malafosse, 2005). Algunos también relacionaron la expresión fenotípica específica del genotipo en la génesis explicativa de las diferencias de género que observaron en su revisión de estudios clínicos, de gemelos y en adoptados (Roy, Rylander, & Sarchiapone, 1997).

La base de la conducta suicida es compleja y multifactorial. Los estudios de genética epidemiológica (estudios de familia, estudios de gemelos, estudios de adopción) sugieren que existe una base genética para la conducta suicida y que ésta es específica e independiente de los factores genéticos implicados en la predisposición a los trastornos psiquiátricos asociados con la conducta suicida (trastorno bipolar, esquizofrenia, alcoholismo). Los estudios de psiquiatría biológica sugieren que la fisiopatología de la conducta suicida implica una disfunción del sistema serotoninérgico y que el gen que codifica la enzima limitante en la síntesis de serotonina, la triptófano hidroxilasa (TPH), y el gen que codifica el transportador de serotonina, están involucrados en la predisposición a la conducta suicida (Courtet et al., 2005).

3.7.3. Modelo clínico-bioquímico de 4 vías (Fawcett, Busch, Jacobs, Kravitz, & Fogg, 1997)

Este modelo asume completamente la relación entre depresión y conducta suicida, interpretando que la alta prevalencia de conducta suicida en otros trastornos de salud mental, como puede ser el Trastorno Límite de la Personalidad, está influenciada por la presencia o la comorbilidad con la depresión. Con estos principios, el modelo propone cuatro vías que conducen al suicidio en la depresión clínica (Figura 6):

1. Ansiedad / agitación
2. Desesperanza
3. Anhedonia
4. Impulsividad

La ansiedad se ha considerado un factor relevante en la génesis de la conducta suicida. En este sentido, se plantea un modelo explicativo de la conducta suicida en que se considera la ansiedad/ agitación severa, como un marcador de estrés asociada con niveles altos del factor liberador de corticotropina cerebral (CRF o CRH), capaz de interactuar con la anhedonia y la desesperanza, así como con la impulsividad (considerada, en este caso, como marcador de rasgo vinculado con la hipofunción serotoninérgica (CSF 5-HIAA)) y con niveles bajos de colesterol de lipoproteína de baja densidad total como posible correlato periférico (Fawcett et al., 1997).

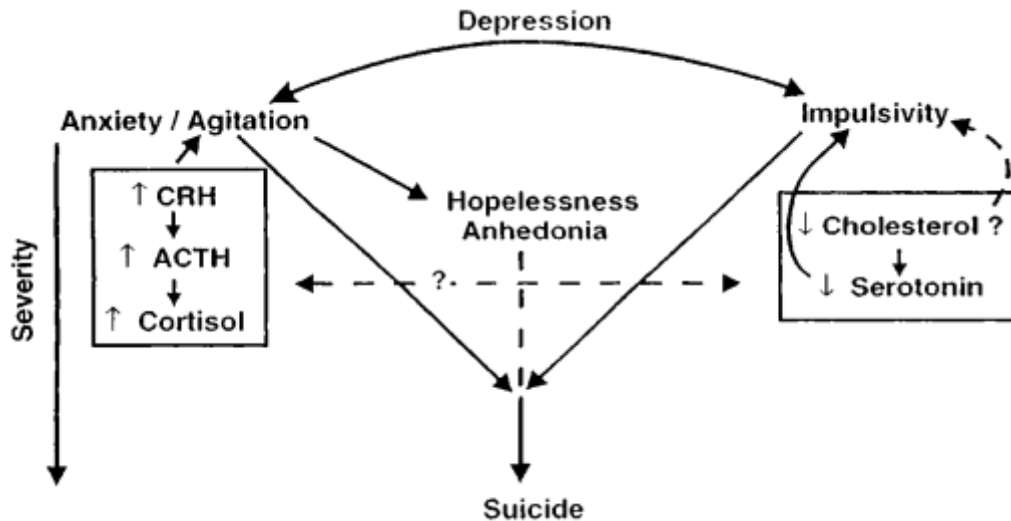


Figura 6. A hypothetical model of suicide (Fawcett, J., et al., 1997)

El modelo asume las cuatro vías como elementos necesarios que explican la aparición de la conducta suicida. Es un planteamiento sumamente interesante, en el que se empieza a hacer énfasis en las diferencias entre factores de riesgo proximales y distales, o de carácter agudo y crónico. Sitúan la temporalidad en factores que influyen la aparición de la conducta suicida durante el año anterior, diferenciados de factores de riesgo presentes antes de un año de la aparición de la conducta suicida. Así, la ansiedad y síntomas relacionados con ella como son el insomnio, los ataques de pánico, la falta de concentración, el consumo moderado de alcohol y la anhedonia, provocarían efectos a corto plazo, un riesgo agudo de suicidio motivado por un deseo de escape de la situación. Por otra parte, la desesperanza, así como la ideación de muerte, las tentativas previas y el doble abuso de sustancias (Alcohol y otra sustancia de abuso diferente a éste), se considerarían factores de riesgo de suicidio más crónicos, que acaban generando la conducta suicida a largo plazo, entre los 2 y los 5 años (Fawcett et al., 1997). Este tipo de planteamientos son de suma importancia a la hora de afrontar la planificación de los tratamientos, marcando los focos de la intervención terapéutica en diferentes momentos temporales.

A nivel de identificación de las bases neuroquímicas, las dos vías psicopatológicas bioquímicamente caracterizadas (1/ hiperactivación del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPA) en la vía aguda, y 2/ una disfunción del sistema serotoninérgico en la

vía crónica), que unidas a estados de anhedonia y desesperanza, provocan la conducta suicida. Los factores agudos son vehiculizados a través de la vía aguda que se manifiesta con ansiedad y agitación, asociada a alta secreción cerebral de hormonas corticotropas. Por otro lado, la hipofunción serotoninérgica, que actúa indistintamente como una vía aguda o crónica, condicionaría la impulsividad de la conducta suicida (Fawcett et al., 1997).

3.7.4. Modelo estrés-diátesis del suicidio (Mann 2003; Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999)

Este modelo aspira a ser un modelo integrativo global que toma como referencia, esencialmente, las evidencias neurobiológicas del suicidio, pero también teniendo en cuenta su contexto. Es un modelo que ha sido sometido a una continua modificación, con una progresiva incorporación de conceptos que lo han ido enriqueciendo y ha orientado programas de prevención de suicidio (Mann et al., 2005). Toma como referencia los planteamientos teóricos de Monroe y Simons en depresión, y se enmarca claramente en sus modelos teóricos. Los eventos vitales estresantes no siempre generan los mismos resultados, siendo necesaria una comprensión más profunda de las interacciones que subyacen a las circunstancias particulares de los eventos estresantes y la diátesis, por lo que se hacen necesarios marcos más amplios y a la vez más específicos para las teorías de la diátesis-estrés (Monroe, Profile, & Simons, 1991).

Mann, en su aspiración de aportar un modelo explicativo global, tiene en consideración diferentes aspectos, entendiendo que la conducta suicida es el resultado de la interacción entre estresores ambientales y una predisposición/vulnerabilidad a dicha conducta. En su modelo explicativo (Figura 7), observamos cómo combina los conceptos más importantes relacionados con la conducta suicida, tanto biológicos como ambientales. Valida en su modelo todos ellos, así, en su estudio encuentra que la depresión subjetiva, la desesperanza y los pensamientos suicidas fueron más pronunciados en las personas que intentaron suicidarse que en las que no lo intentaron, independientemente de los indicadores comparables de la gravedad objetiva de la depresión o la psicosis (Mann et al., 1999).

Sitúa la desesperanza, ya relacionada con el suicidio en los trabajos de Beck (A. T. Beck, Steer, Kovacs, & Garrison, 1985), en rango de predictor de la conducta suicida. Encuentra mayor desesperanza en aquellos que realizan intentos de suicidio en todas las fases de la enfermedad, depresión o psicosis, durante los episodios agudos, tras un tratamiento efectivo e incluso en el espacio interepisodios. Del mismo modo, en su modelo contempla factores protectores como las razones para vivir, un concepto que correlaciona negativamente con la desesperanza. Es muy importante este factor protector, porque no parece verse afectado por los eventos vitales estresantes (Mann et al., 1999), lo que sitúa las razones para vivir como un elemento mediador de protección, independientemente de las dificultades que la vida pueda plantear en un momento determinado.

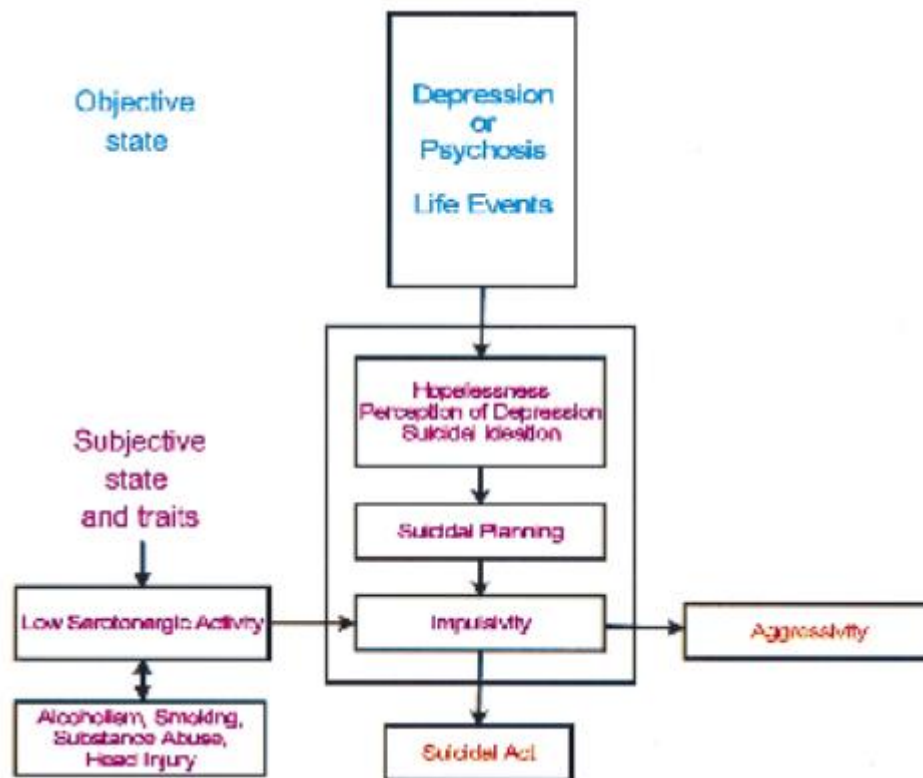


Figura 7. A model of Suicidal Behavior (Mann et al., 1999)

En su modelo contempla la contribución de los factores genéticos o familiares al riesgo de suicidio. Los correlatos neurobiológicos implicados serían la baja actividad serotoninérgica, atribuyendo a dicha disminución el valor de marcador de rasgo, y por la respuesta a estrés mantenida del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal, que supondría un

marcador de estado. Una baja actividad serotoninérgica que puede mediar los efectos genéticos e influir en el desarrollo del suicidio, la agresión y el alcoholismo (Mann et al., 1999; Plutchik et al., 1989). La agresión / impulsividad y el trastorno límite de la personalidad también pueden ser el resultado de factores genéticos o experiencias tempranas de la vida, incluido un historial de abuso físico o sexual. En este sentido, se ha visto una asociación positiva entre los intentos de suicidio y los antecedentes de suicidio en familiares de primer grado, independientemente de la presencia de psicopatología, pero con la agresión y la impulsividad como elementos heredables (Mann J.J, 2003; Maria A. Oquendo & Mann, 2000).

El grupo de Mann, estudió específicamente la transmisión familiar de la conducta suicida, en cuyos hallazgos encontraron la depresión como elemento esencial. En su estudio, el 82% de los intentos de suicidio en la descendencia ocurrieron en el contexto de un trastorno del estado de ánimo. Basados en estos datos, ponen en cuestión la imitación como explicación de la transmisión del fenómeno suicida de padres a hijos. Tanto por esto, como por el hecho de que la diferencia de tiempo entre los intentos del padre y del hijo era muy variada, y en algunos casos el intento del hijo precedía al intento del padre (Mann, 2003). Siguiendo el modelo, también se han analizado los factores de vulnerabilidad en las primeras etapas de la vida, la importancia de los estresores familiares en el desarrollo temprano y su impacto en el desarrollo, pero siempre contextualizado en el marco de la depresión (Brent et al., 2002; Kuramoto, Brent, & Wilcox, 2009; Links, Gould, & Ratnayake, 2003).

La riqueza del modelo permite hacer aproximaciones en términos de causalidad; así, los niños y adultos agresivos e impulsivos tienen más probabilidad de sufrir traumatismos craneoencefálicos que pueden provocar desinhibición y comportamientos agresivos. Por otro lado, las madres de niños maltratados presentan mayores tasas de intentos de suicidio, pudiendo transmitir el riesgo de suicidio tanto genéticamente como a través de modelos parentales. Del mismo modo, el alcoholismo y el abuso de sustancias están asociados con la conducta suicida y pueden ser factores causales, lo que aumenta la probabilidad de traumatismos craneoencefálicos debido a una intoxicación aguda (Mann et al., 1999).

Por último y basado en el análisis de los elementos comunes entre el suicidio y la conducta violenta que ya presentaron Plutchink y Van Praag (Robert Plutchik et al., 1989), el modelo contempla la dificultad de contención de la conducta impulsiva por disfunción de la actividad serotoninérgica, como una conducta que podría tener dos direcciones, hacia sí mismo, con el suicidio como resultado, o hacia los otros, con el resultado de conducta violenta (Mann, 2003; Oquendo & Mann, 2000).

La riqueza del modelo no lo exime de ciertas limitaciones, una de ellas es la definición más ajustada de la forma en que interactúan la diátesis y los factores estresantes que se consideran causantes directos de la conducta suicida, y no únicamente su interacción. Tampoco ha permitido solucionar uno de los grandes retos actuales en el suicidio, como es su predicción, y tampoco ha contribuido a explicar la escalada de la conducta suicida, desde la ideación hasta la acción. Muchos de estos son retos que siguen presentes en la actualidad.

3.7.5. Modelo de Turecki (G Turecki, 2005)

Con el modelo de Turecki, entramos en los modelos explicativos de la conducta suicida del S.XXI. Todo y así, el modelo sigue nutriéndose y asumiendo los planteamientos de sus predecesores, sin suponer un claro avance. Turecki asume la relación de la depresión y sus mecanismos neurofisiológicos subyacentes como mediadores de las conductas impulsivas y agresivas. Así mismo, acepta la propuesta de Courtet (Courtet et al., 2005) de la existencia de bases genéticas específicas de la conducta suicida, independientemente de los factores genéticos implicados en la predisposición a trastornos psiquiátricos asociados a conducta suicida. Concretamente en la contribución de tres genes: (1) el gen implicado en la codificación de la enzima que sintetiza la serotonina (tryptophan hydroxylase, TPH), asociado con la conducta suicida en general; (2) el gen responsable de la síntesis del transportador de serotonina (5-HTT), relacionado con la violencia y los intentos de suicidio repetidos, y (3) el gen encargado de codificar la enzima responsable de la degradación de la serotonina (monoamine oxidase A, MAOA), asociado con un cambio en el fenotipo suicida que lleva a actuar de forma violenta. Nuevamente, como ya hizo Mann en su modelo, asume un amplio abanico de factores de riesgo, que incorpora al modelo que vemos a continuación en la Figura 8.

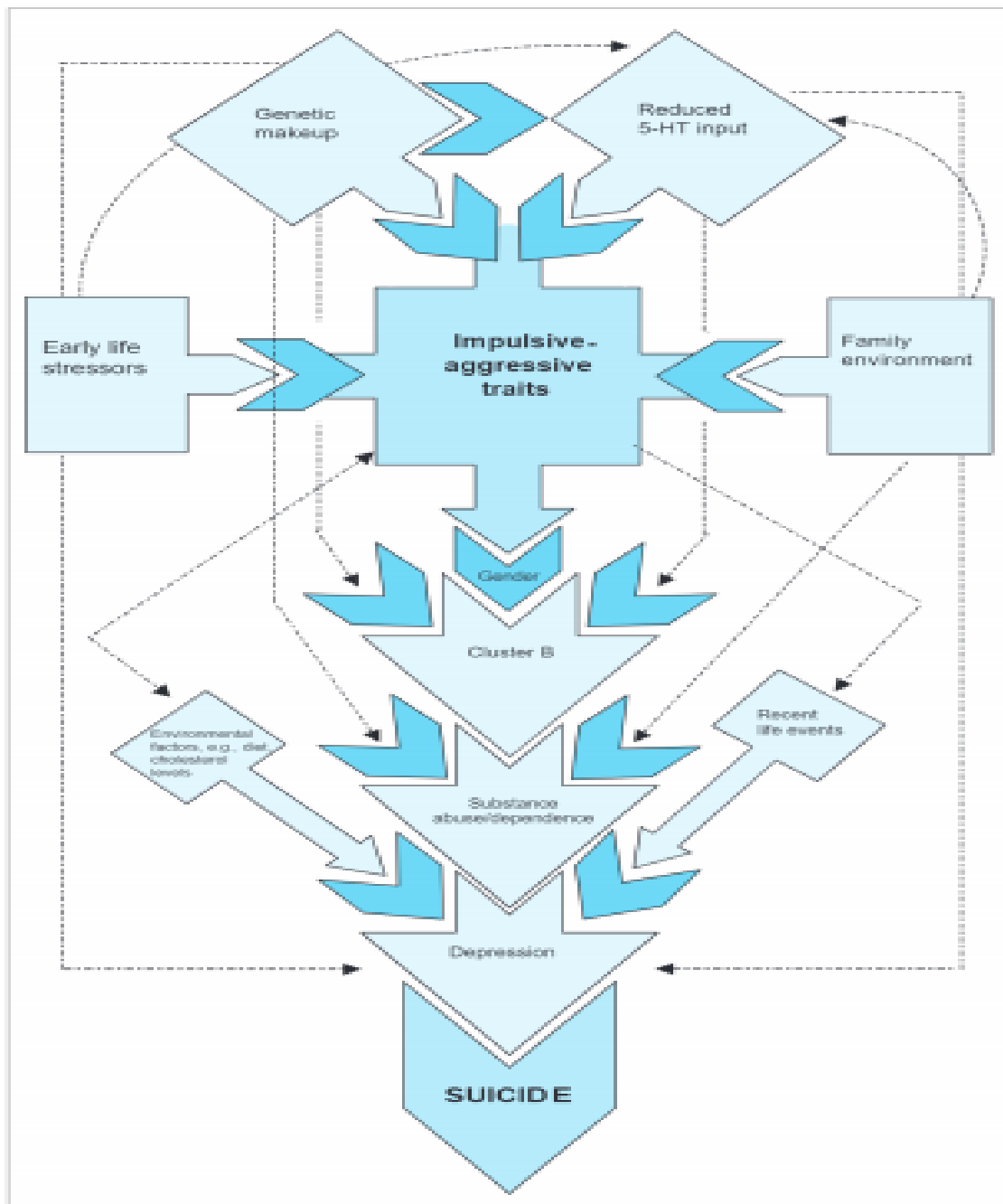


Figura 8. *The Hypothesized relations between different risk factors for suicide in major depression, with emphasis on the mediating role of impulsive-aggressive behaviours; 5-HT=Serotonin (G. Turckise, 2005)*

Los factores que contempla son los que han ido mostrando más evidencia en su relación con la conducta suicida: la historia previa de intentos de suicidio, variables sociodemográficas como el sexo y el estado civil, psicopatología, apoyo social y accesibilidad a servicios médicos y el alta médica en dispositivos psiquiátricos. Todos

estos factores se han demostrado ineficaces a la hora de predecir el suicidio, así como poco útiles para planificar estrategias preventivas (M. A. Oquendo et al., 2006). Estas dificultades de predicción llevan a Turecki a seguir en la línea de la búsqueda de una predisposición biológica, también resaltada por sus predecesores (J. John Mann, 2003; Roy et al., 1997), contemplando a su vez las aportaciones relativas a los eventos vitales estresantes ya aportados por el grupo de Mann, especialmente los que se originan en la primera infancia, como son los abusos y el maltrato (Beautrais, Joyce, & Mulder, 1997; Brodsky et al., 2001; Cavanagh, Owens, & Johnstone, 1999; Cooper, Appleby, & Amos, 2002; Fergusson, Woodward, & Horwood, 2000; Ystgaard, Hestetun, Loeb, & Mehlum, 2004).

En los estudios realizados por G. Turecki, se revisa la evidencia que respalda el papel de los factores genéticos. Del mismo modo, en sus trabajos previos a la propuesta de su modelo, ya identificaba el papel de los rasgos impulsivo-agresivos como factores de riesgo de comportamiento suicida en los trastornos afectivos. Encontraba una asociación entre el comportamiento suicida y una disminución de la actividad serotoninérgica central, especialmente en los casos en los que se utilizan métodos violentos (G Turecki, 2001). La investigación sugiere que las personas con violencia impulsiva pueden tener disfunción de la corteza prefrontal, y esto es de interés porque el examen post mortem de los cerebros de sujetos suicidas ha mostrado un aumento en la unión postsináptica de serotonina y una disminución en la unión del transportador de serotonina, lo que sugiere una disminución de la actividad serotoninérgica en la corteza prefrontal (G Turecki, 2001).

En general, Turecki asume en su modelo que los suicidios familiares se deben a la carga de enfermedad psiquiátrica, pero no dependen de ella directamente (G Turecki, 2005). Del mismo modo asume el papel de la impulsividad, concretamente de la conducta impulsivo-agresiva en el riesgo de suicidio, asumiendo en su génesis una trayectoria caracterizada por los efectos acumulativos de los factores estresantes negativos de la vida y el abuso, lo que sugiere que algunos de los suicidios pueden ser el resultado de una cascada de desarrollo disfuncional con inicio temprano en vida y mediada por un comportamiento excesivo impulsivo-agresivo (G Turecki, 2005). Así, Ferguson y colaboradores identifican una asociación entre el comportamiento suicida y una amplia

gama de factores, incluida la adversidad infantil y familiar, antecedentes familiares de comportamiento suicida, factores de personalidad, adaptaciones conductuales, vinculación escolar, rendimiento académico y relaciones con los iguales (Fergusson, D. M., Beautrais, A. L., & Horwood, 2003).

El propio Fergusson, evidencia en su estudio las limitaciones del modelo explicativo de Turecki, en el hecho de que la mayoría de jóvenes deprimidos no desarrollan ideación suicida ni realizan intentos de suicidio, por lo que resalta la necesidad de contemplar factores adicionales como la vulnerabilidad / resiliencia. La vulnerabilidad / resiliencia a la conducta suicida entre jóvenes deprimidos (y los que no están deprimidos) está influenciada por una acumulación de factores que incluyen: antecedentes familiares de suicidio, abuso sexual infantil, factores de personalidad, vinculación con los compañeros y éxito escolar. Las configuraciones positivas de estos factores confieren una mayor capacidad de recuperación, mientras que las configuraciones negativas aumentan la vulnerabilidad (Fergusson, D. M., Beautrais, A. L., & Horwood, 2003).

El modelo de Turecki, como sus predecesores, sigue teniendo dificultades para explicar de forma adecuada el proceso de suicidio, además incorpora mayor complejidad en los planteamientos, por lo que su capacidad explicativa se reduce. No obstante, es un buen modelo como base de futuros desarrollos de cada una de sus partes.

3.7.6. Modelo neurocognitivo de la conducta suicida (Jollant, Lawrence, Olié, Guillaume & Courtet, 2011)

El modelo neurocognitivo de la conducta suicida, significa un cambio cualitativo respecto a los que hemos ido presentando. Aporta una novedad al centrarse en la neuropsicología, con la exploración de los déficits en procesos cognitivos o funciones ejecutivas básicas relacionadas con la conducta suicida y en las bases neuroanatómicas de las mismas (Jollant et al., 2011).

En esencia, el modelo sostiene la existencia de una alteración de la modulación del valor atribucional, una regulación inadecuada de las respuestas emocionales y cognitivas y una facilitación de actos en contextos emocionalmente relevantes. Todas estas estarían fundamentadas en: 1) déficits en la toma de decisiones, 2) una capacidad de resolución

de problemas disminuida, 3) una alteración de la fluencia verbal y 4) un incremento de la atención selectiva a estímulos emocionales negativos. Todas estas funciones, con sus correspondientes áreas neuroanatómicas: 1) e área orbital ventrolateral, 2) el córtex prefrontal dorsomedial y dorsolateral, 3) el giro cingulado anterior y (4) la amígdala; cada una de ellas por separado pero también la interacción entre las mismas (Figura 9) (Jollant et al., 2011).

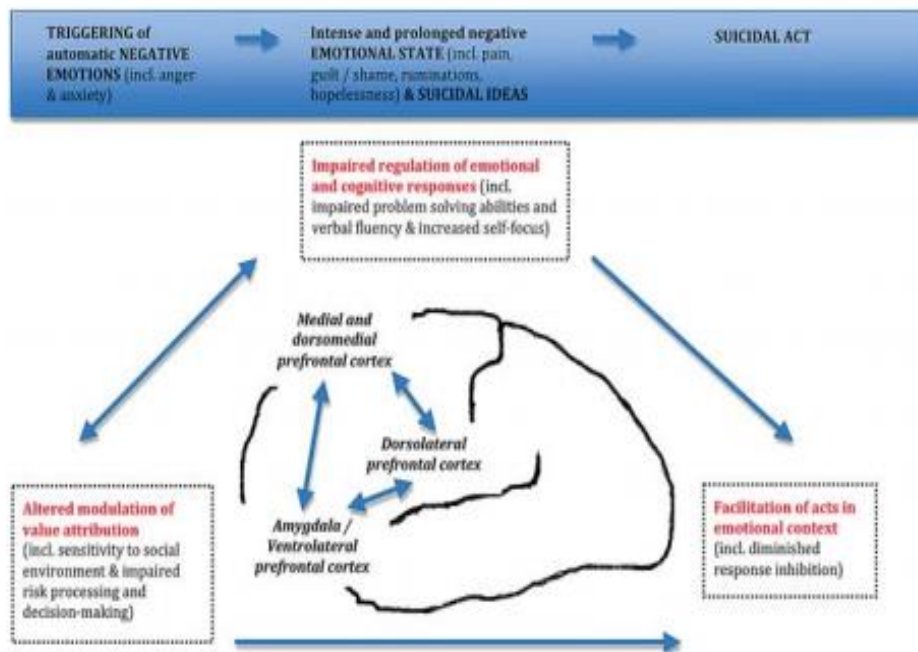


Figure. The three-step suicidal process, and underlying cognitive and neuroanatomical dysfunctions. Neuroanatomical alterations may be related to both grey matter and white fiber tracks. Main regions underlying three general cognitive deficits are presented here.

Figura 9. *The three-step suicidal process (Jollant et al., 2011)*

Este modelo intenta brindar una visión integral de la conducta suicida mediante la integración de la cognición (función) y el cerebro (estructura), tanto a un nivel de comprensión clínica como neurobiológico. De hecho, los modelos cognitivos clásicos de conducta suicida pasan por alto en gran medida los fundamentos neuronales (y más generalmente neurobiológicos). En resumen, mientras todos los modelos expuestos exponen la relevancia bioquímica de la hipofunción serotoninérgica como factor de vulnerabilidad del paciente que interaccionaría con factores estresantes, en este modelo habría que añadir las características psicopatológicas que se expresarían con la conducta impulsiva y nuevos hallazgos neuropsicológicos y neurofuncionales que influyen en la

realización de la conducta suicida ante situaciones ambientales ansiógenas. Las funciones ejecutivas tienen la particularidad que podrían ser entrenables, por lo que modelos basados en estos hallazgos, podrían asumir también los planteamientos de vulnerabilidad/resiliencia de Fergusson y colaboradores (Fergusson, D. M., Beautrais, A. L., & Horwood, 2003).

El modelo propone incorporar dos aspectos esenciales en las teorías actuales del suicidio, la condición de proceso y la gradación o escalada de la conducta suicida, lo que se conoce como “el marco teórico de la ideación a la acción”. Así, postula un proceso de tres pasos aparentemente sencillos: una activación exagerada ante estímulos, unas dificultades de regulación y un paso al acto como consecuencia de lo previo, como escape. Cada una de ellas con la implicación de determinadas áreas neuroanatómicas.

El primer paso neurocognitivo que favorece el proceso suicida puede ser la incapacidad de las personas en crisis suicida para evaluar con precisión los eventos externos. La corteza orbitofrontal lateral puede estar particularmente involucrada en la señalización del valor predicho de los resultados esperados en una situación dada. Ésta se activa ante situaciones muy diferentes, pero muchas de ellas se asocian con experimentar emociones negativas asociadas con el rechazo social y la culpa. Además, el exceso de activación de estas emociones podría alterar o interferir en los procesos de toma de decisiones. En un contexto suicida, esto puede estar particularmente asociado con una mayor sensibilidad a ciertos estímulos sociales y una disfunción de los procesos decisionales (Jollant et al., 2011).

El segundo paso en el proceso suicida puede implicar una disfunción en la regulación del estado emocional una vez desencadenado. La disfunción de la corteza cingulada anterior y mediodorsal, áreas asociadas con la regulación de las emociones, puede estar particularmente implicada aquí (Jollant et al., 2011).

El tercer paso tiene que ver con el paso al acto, una vez la ideación suicida está establecida el paso al acto podría estar relacionado con la disfunción en algunas áreas, incluido el córtex prefrontal dorsolateral derecho, pues está involucrado en la inhibición de la respuesta, especialmente en el contexto emocional. El córtex prefrontal dorsolateral

también participa en el control cognitivo y tiene en cuenta eventos pasados y contextuales para guiar la acción. Además, participa en la reevaluación de los estímulos emocionales para reducir el afecto negativo (Jollant et al., 2011).

El modelo está siendo muy inspirador, su aproximación neuropsicológica ha abierto las puertas al estudio del suicidio desde otros ángulos y perspectivas, un terreno abonado que está generando mucho interés y dedicación de esfuerzos con resultados muy prometedores. Por un lado se han evidenciado coincidencias genéticas entre la ideación suicida y funciones neurocognitivas (Keilp et al., 2014). La asociación de determinadas funciones ejecutivas con la conducta suicida podría estar relacionada con esa evolución tórpida o esa dificultad de gestionar determinados estresores que diferencia a las personas que acaban viendo en el suicidio la única salida. Algunos de estos aspectos relevantes son la perseverancia como aspecto de la impulsividad (Cole, Littlefield, Gauthier, & Bagge, 2019) o el estilo de resolución de problemas (Linda, Marroquín, & Miranda, 2012). Pero también se ha enfatizado la importancia de la teoría de la mente, dada la fuerte relación de los factores interpersonales en la etiología y el mantenimiento de la ideación y los intentos de suicidio en los adolescentes, proponiendo en consecuencia el estudio y evaluación de los déficits cognitivo-sociales que pueden subyacer a dichos problemas interpersonales (Hatkevich, Venta, & Sharp, 2019). También de procesos básicos relacionados como la memoria (Stephane Richard-Devantoy, Berlim, & Jollant, 2015), o déficits en reconocimiento facial de emociones (Pan et al., 2013; Stéphane Richard-Devantoy, Guillaume, Olié, Courtet, & Jollant, 2013). En la misma línea, se han identificado marcadores neuropsicológicos de vulnerabilidad para la conducta suicida en personas con trastornos del estado de ánimo (Keilp et al., 2014; Stéphane Richard-Devantoy et al., 2014). Así mismo una disminución en la capacidad verbal para anticipar diversos eventos positivos y comunicar sus dificultades puede contribuir a la comisión de una tentativa (Jollant et al., 2011). Todos estos hallazgos defienden la tesis de la presencia de determinados déficits en las funciones ejecutivas que subyacen al proceso del suicidio, afectando la capacidad de resolución de experiencias negativas o viendo superados los recursos de la propia persona a la hora de afrontarlos.

3.7.7. Teoría interpersonal del suicidio (T. Joiner, 2005)

Con este modelo teórico, Joiner inaugura el marco teórico conocido como “de la ideación a la acción”. Es un planteamiento esencial que hasta el momento no había quedado resuelto en los planteamientos previos, pues da cuenta del suicidio como un proceso, y ofrece un modelo explicativo que aporta luz a la evidencia de que la mayoría de personas que tienen ideación suicida no pasan a desear la muerte, y que de éstas, solo unas cuantas pasan a realizar intentos de suicidio. Esta concepción se observa en el modelo neurocognitivo que acabamos de describir, y la encontraremos en los subsiguientes modelos.

La Teoría interpersonal del suicidio de Thomas Joiner (2005), ofrece un modelo explicativo completo con tres únicos constructos que permiten explicar el proceso de suicidio: 1) la pertenencia frustrada (*Thwarted belongingness*), 2) la sensación de ser una carga para los otros (*Perceived Burdensomeness*) y 3) la capacidad de suicidio. Posteriormente, incorpora también la desesperanza (K. a Van Orden, Witte, Cukrowicz, Braithwaite, & Selby, 2010). Con estos cuatro constructos plantea cuatro hipótesis que vemos reflejadas en la Figura 10:

- ✓ Hipótesis 1: *Thwarted belongingness*” o *Perceived Burdensomeness*” como causas proximales suficientes para la ideación pasiva de muerte.
- ✓ Hipótesis 2: presencia de *Thwarted belongingness*” y *Perceived Burdensomeness*” percibidas como permanentes y estables (con desesperanza): causa proximal y suficiente para el deseo de muerte.
- ✓ Hipótesis 3: presencia simultánea de un deseo de suicidio y un bajo miedo a la muerte, lleva a tener intencionalidad suicida.
- ✓ Hipótesis 4: una tentativa grave (letal o casi letal) es más probable que aparezca cuando *Thwarted belongingness*” y *Perceived Burdensomeness*” (con desesperanza), se asocian con un bajo miedo a la muerte y una alta tolerancia al dolor.

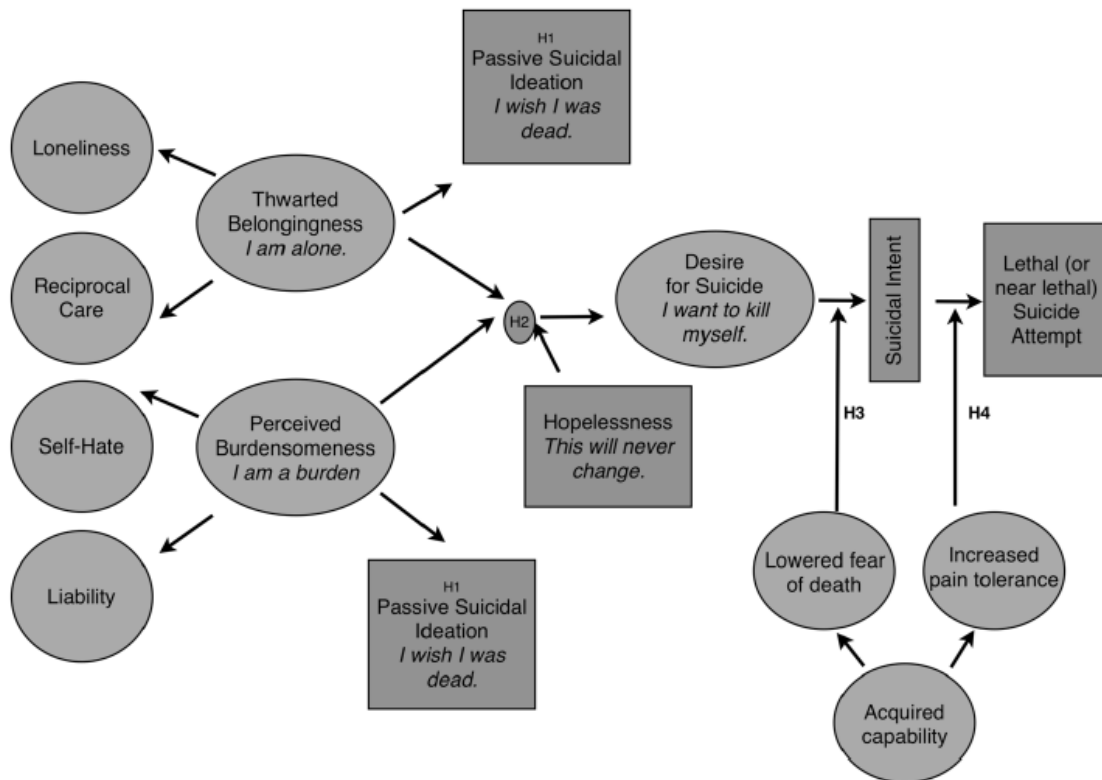


Figura 10. Causal Pathway to lethal suicidal behavior (K. a Van Orden et al., 2010)

Siguiendo el modelo, tanto la pertenencia frustrada como la sensación de ser una carga para las personas importantes, de forma individual son causas proximales y suficientes para el deseo de muerte. Cuando esa falta de sensación de pertenencia y esa sensación de ser una carga para los otros coexisten y son percibidos con desesperanza, 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 la intencionalidad suicida. 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 (K. a Van Orden et al., 2010).

Este enfoque es un enfoque claramente psicológico e interpersonal que parece dejar al margen todos los aspectos neurobiológicos y anatómicos. Todo y así, la sencillez del planteamiento, su potencial explicativo y su capacidad de ser aplicado a la realidad, lo ha convertido en uno de los modelos más importantes en la actualidad y el interés se ha

visto reflejado en la contrastación empírica. Los constructos “Pertenenencia frustrada” 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 (K. A. Van Orden, Cukrowicz, Witte, & Joiner, 2012). Recientemente, también ha sido validado el constructo “Capacidad de suicidio” (Ribeiro et al., 2014). Así mismo, se han realizado estudios que confirman la existencia de estos factores en población clínica adolescente (Horton et al., 2015; Stewart, Eaddy, Horton, Hughes, & Kennard, 2015) y, asimismo, se ha puesto de manifiesto la relación entre los constructos definidos por Joiner y la disregulación emocional (Anestis, Bagge, Tull, & Joiner, 2011).

3.7.8. Modelo Integral Motivacional-Volitivo de la Conducta Suicida (O’Connor et al., 2011)

El Modelo integral Motivacional-Volitivo de la Conducta Suicida (*The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour; IMV*) propone que el comportamiento suicida es el 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 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 únicamente el suicidio. Vemos a continuación el proceso completo (Figura 11).

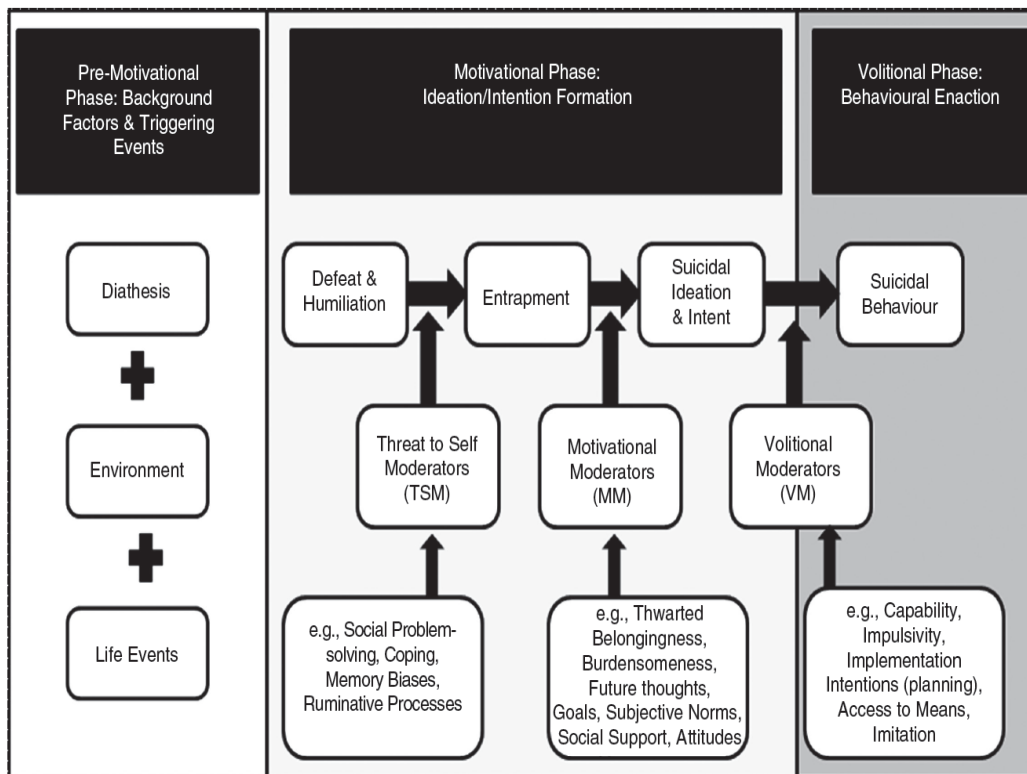


Figura 11. *The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour (O'Connor et al., 2011)*

O'Connor sugiere que la *defeat* y el *entrapment* son los principales impulsores de la ideación suicida, y que la capacidad adquirida junto con otros factores (por ejemplo, acceso a medios letales, planificación o impulsividad) explican la propensión a actuar estos pensamientos suicidas. El IMV propone que el comportamiento suicida es el resultado de una compleja interacción de factores, cuyo predictor proximal es la intencionalidad de uno de participar en un comportamiento suicida (intención conductual). La intención conductual a su vez, está determinada por sentimientos de atrapamiento donde el suicidio se ve como la solución principal a las circunstancias de la vida y el atrapamiento se desencadena por la valoración subjetiva de derrota / humillación (O'Connor et al., 2011).

3.7.9. La teoría de los tres pasos (3ST) (Klonsky & May, 2015)

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

Teoría interpersonal del suicidio. Hemos visto que los enfoques más complejos, acaban por resultar poco aplicables a la realidad clínica, y éste, como heredero de la Teoría Interpersonal de Joiner, sigue unos principios de parsimonia que lo hacen sumamente asumible y aplicable en la realidad clínica.

El modelo postula que la ideación suicida resulta de la combinación de “dolor y desesperanza”, recuperando así el concepto de dolor, esencial en los planteamientos de Sneedmann y que había sido apartado por Joiner. Este dolor y desesperanza, cuando concurren con una “falta de conexión o vinculación a otras personas” o la “ausencia de un trabajo o proyecto vital significativo”, sería suficiente para provocar un deseo de suicidio en la persona basado en una sensación de dolor y sufrimiento incurable e infinito y en una falta de vinculación a la vida. Por último, recoge el importante concepto de “capacidad de suicidio”. Precisamente de la conjunción de estos factores se explica el paso de la ideación a la acción. El potencial explicativo del modelo se refleja perfectamente en la Figura 12:

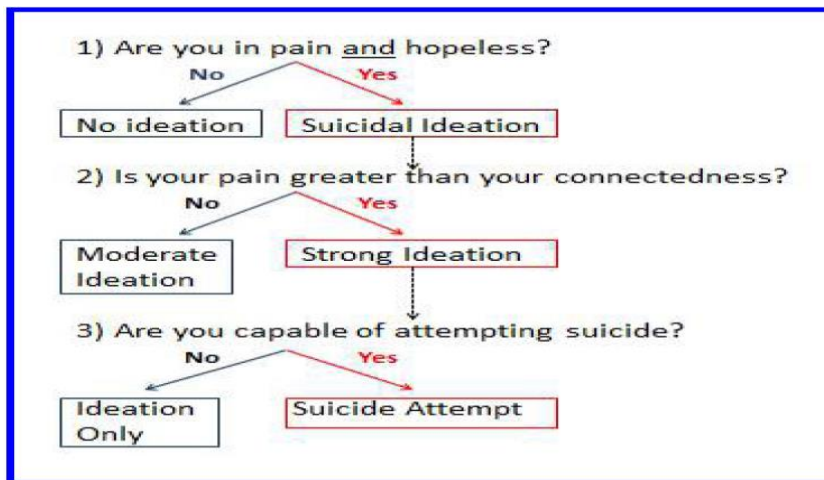


Figura 12. *The three-step theory; 3ST (Klonsky & May, 2015)*

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, May, & Saffer, 2016).

Quizás, el aspecto más interesante es que el modelo permite la posibilidad de plantear objetivos concretos de intervención:

- ✓ Reducir el sufrimiento
- ✓ Incrementar la esperanza
- ✓ Mejorar la vinculación, la conexión de las personas a grupos o a proyectos personales
- ✓ Reducir la capacidad de suicidio

Es probable que el éxito del modelo tenga su base en la orientación que puede ofrecer en todos los ámbitos aplicados de intervención con el suicidio. Da carpetazo a las controversias generadas en el estudio de los predictores, englobándolos todos en un único concepto de “Dolor”, que sitúa en la génesis del proceso de suicidio. Incorpora la desesperanza como elemento esencial. Reconoce la importancia de los elementos individuales contemplándolos en un grupo de variables relacionadas con la capacidad de suicidio, a las que denomina “variables disposicionales”. Rescata los aspectos relacionales, conceptualizándolos como mediadores entre el proceso de ideación y acción. Todos estos elementos lo hacen un modelo realmente interesante.

3.8. Evaluación de la conducta suicida

La evaluación de la conducta suicida es uno de los grandes retos en la actualidad. Hemos visto en los apartados anteriores la falta de consenso para una definición internacionalmente acordada, las dificultades relacionadas con los factores de riesgo y predictores y las dificultades de los modelos explicativos para explicar el proceso de suicidio y señalar los aspectos esenciales o patognomónicos de la conducta suicida. Todo

esto explica las dificultades para identificar factores de riesgo que no generen tantos falsos positivos. Todas estas limitaciones explican la precariedad de la evidencia científica en este aspecto concreto, que es transversal a todos los niveles de prevención, tanto a la hora de identificar personas de forma precoz, personas que puedan estar iniciando un proceso de valoración de la muerte, como en la valoración del riesgo de recaída e incluso del riesgo actual. A modo de ejemplo, la conducta suicida es la causa más frecuente de demandas judiciales al psiquiatra (Carrasco-Gomez, 1990), por lo que mejorar los mecanismos de evaluación es un reto pendiente.

Se han hecho pocos avances significativos a pesar del trabajo dedicado. Por ejemplo, el término *suicidality* se ha descartado por su poca utilidad clínica, proponiendo una terminología más específica de cada uno de sus aspectos (ideación, comportamiento, intentos y suicidio). Del mismo modo, se han bajado las expectativas reconociendo que los instrumentos psicométricos no deberían sustituir a una entrevista clínica, a lo sumo complementarla (Meyer et al., 2010). En este acuerdo de consenso se reconoce la *Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA)* (Posner et al., 2007), como una buena clasificación para valorar la conducta suicida (Meyer et al., 2010). El propio grupo de Posner aporta mayor evidencia a favor de la validez de la *Columbia–Suicide Severity Rating Scale (C–SSRS)* con propiedades psicométricas mejores que otras escalas, concluyendo que la C-SSRS es adecuada para la evaluación de la ideación y el comportamiento suicida en entornos clínicos y de investigación (Posner et al., 2011). En 2012, la *United States Food and Drug Administration (FDA)* reconoce a la *Columbia–Suicide Severity Rating Scale (C–SSRS)* como el instrumento “*gold standard*” para la valoración de la conducta suicida. Sin embargo, dos años más tarde, recibe una dura crítica por sus limitaciones psicométricas (Giddens, Sheehan, & Sheehan, 2014). A pesar de las duras críticas de estos autores, la C-SSRS sigue siendo de suma utilidad en contextos clínicos, pues no únicamente permite realizar una buena exploración de la conducta suicida en todos sus aspectos, sino que tiene un fuerte potencial formativo para los profesionales que se entrenan para administrarla.

A pesar de la recomendación de usar los instrumentos de evaluación como complementos a la entrevista clínica y nunca como sustitutos, la proliferación de

instrumentos de evaluación de la conducta suicida en los últimos años ha sido muy prolija: Cuestionario de actitudes hacia los intentos de suicidio (ATAS-Q); Creencias de actitud en la escala de conducta suicida (CCCS -18); Cuestionario de comportamiento suicida (SBAQ); Escala de Evaluación de Actitudes Suicidas (SAVE); Escala Diferencial Semántica de Actitudes hacia la Conducta Suicida (SEDAS); Cuestionario de actitud suicida (SUIATT); Escala de Actitud Suicida (ATSS); Escala de Actitud y Atribución Suicida (SAAS); Las cuatro preguntas de la Investigación Social General (GSS 4); Escala de suicidio social (SPAS); Cuestionario de Pikel; Cuestionario de ideas suicidas (SIQ); Cuestionario de pensamientos suicidas en adultos (ASIQ); Cuestionario de comportamiento suicida (SBQ); Escala de pensamiento suicida (SIS); Cuestionario para la identificación de pensamientos suicidas (SIS-Q); Escala de pensamientos suicidas modificados (MSSI); Escala de probabilidad de suicidio (SPS); Ideas suicidas positivas y negativas (PANSI); Escala de Pensamiento Suicida InterSePT (ISST); Escala de pensamiento suicida geriátrico (GSIS) *Diagnostic Predictive Scales* (DPS); *Suicidal Ideation Questionnaire* (SIQ); *Suicidal Ideation Questionnaire JR* (SIQ-JR); *Risk of Suicide Questionnaire* (RSQ), *Suicide Risk Screen* (SRS); *Suicide Probability Scale* (SPS) (Giddens et al., 2014).

Por mencionar algunos de los más utilizados:

- ✓ Escala de desesperanza de Beck (Aaron T. Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974)
- ✓ Escala de intencionalidad suicida de Beck (R. W. Beck, Morris, & Beck, 1974)
- ✓ Escala de ideación suicida de Beck (*Scale for Suicide Ideation*) (A. T. Beck, Kovacs, & Weissman, 1979)
- ✓ The SAD PERSONS scale (Patterson, Dohn, Bird, & Patterson, 1983)
- ✓ *Columbia Suicide Screen* (CSS): muestra unas buenas propiedades psicométricas para el cribado de la conducta suicida en institutos (Shaffer et al., 2004)
- ✓ *Sheehan Suicidality Tracking Scale* (S-ST5) (Preti et al., 2013)

Todavía son muchas las críticas que aglutinan los instrumentos de evaluación de la conducta suicida, algunas hacen énfasis a la complejidad asociada a la estructura de las escalas, a su aplicabilidad en un entorno clínico o de investigación, al número de ítems, a menudo excesivo y con poco consenso, y a su poca especificidad, en parte dada la variedad de indicadores identificados para evaluar pensamientos y actitudes suicidas. Además, la elección de una medida debe considerar cuidadosamente la naturaleza de las actitudes suicidas y la ambigüedad intercultural de las actitudes que las personas pueden tener acerca del suicidio. Para fines de investigación, también es importante considerar que debido a la inestabilidad implícita de la relación, la confiabilidad de las escalas puede deteriorarse con el tiempo. Así, los instrumentos identificados pueden no ser confiables para fines de diagnóstico o investigación, incluso si su validez ha sido confirmada en estudios previos. Los diversos parámetros considerados en las escalas seleccionadas muestran la falta del consenso necesario sobre esta cuestión. Este desacuerdo también se ha destacado en estudios anteriores (Giddens et al., 2014).

La conclusión de los procesos de evaluación son sencillos, la forma más eficaz de valorar la conducta suicida es preguntar directamente por su presencia. Desde un punto de vista práctico y a pesar de las críticas, la *Columbia–Suicide Severity Rating Scale (C–SSRS)* seguiría siendo considerada la de mayor utilidad clínica. Como elemento adicional, podríamos incorporar la propuesta de Giddens y Sheehan de incluir una pregunta sencilla como “¿Has pensado alguna vez que estarías mejor muerto?”, y tomarla muy en consideración en caso de que la respuesta sea afirmativa (Giddens & Sheehan, 2014).

3.9. Intervención en conducta suicida

Nuevamente, enfrentamos un reto conceptual a la hora de abordar este capítulo. La Organización mundial de la Salud entiende el suicidio como un problema de salud pública, no lo considera una enfermedad ni un trastorno mental (J J Mann et al., 1999) (World Health Organization, 2014). Tampoco la Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) (WHO, 2008), ni en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2014) consideran al suicidio como una enfermedad. En ninguna clasificación 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. Como novedad, el DSM-5 propone para estudio dos trastornos diferenciados: autolesiones no suicidas y trastorno de conducta suicida. 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)(American Psychiatric Association, 2014). En el momento actual, el suicidio no puede ser considerado una enfermedad, y si esta consideración es correcta, no podemos hablar de tratamientos médicos ni psicológicos que la vayan a curar. Esto da cuenta de los escasos tratamientos específicos para el suicidio. Por lo general, contamos con tratamientos orientados a diferentes patologías mentales o dificultades adaptativas de la vida, orientados principalmente a aliviar el dolor o el sufrimiento, éstos sí muy relacionados con el suicidio. Este es el caso de los tratamientos psicofarmacológicos, que van orientados directamente al alivio sintomatológico que puede estar en la génesis de la conducta suicida, una intervención que puede ser necesaria y útil, pero que también es insuficiente como única intervención. Por otra parte, contamos con un repertorio de tratamientos psicológicos, estos orientados a dos objetivos: tratamientos para aliviar el sufrimiento, como los farmacológicos, y tratamientos orientados a incrementar las propias habilidades de afrontamiento de situaciones difíciles.

Desde el punto de vista de los niveles de prevención, podríamos entender que los tratamientos farmacológicos se situarían única y exclusivamente en niveles de prevención selectiva e indicada, dependiendo del matiz de consideración. Mientras que los tratamientos psicológicos serían los únicos que sí tendrían impacto en todos los niveles de prevención: universal, selectiva e indicada.

Los retos comunes para los tratamientos, independientemente de que sean psicológicos, farmacológicos o combinados, no tienen tanta relación con el arsenal terapéutico, sino con los problemas de acceso y adherencia a los mismos, dos elementos imprescindibles para su eficacia. Hay algunos datos realmente preocupantes, 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, 2015a). Esta baja iniciativa respecto a la demanda de ayuda en adolescentes, sumada a la baja vinculación dibuja un escenario complicado. En la misma línea, Nock y colaboradores 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).

Un tratamiento sólo puede ser eficaz si es bien implementado y demandado, por lo que si el adolescente no acude y/o 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 y un reto común. Dos fenómenos podrían explicar parcialmente estos resultados; en primer lugar quizás no todos los adolescentes que presentan conducta suicida precisan el 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 por tanto no se trate) de forma rutinaria por parte de los profesionales de salud mental, de la misma forma que ocurre con la sexualidad o 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 si tiene ideas suicidas no incrementa el riesgo suicida, más bien todo lo contrario (Keith Hawton et al., 2012; Silverman & Berman, 2014; World Health Organization, 2014b).

3.9.1. Tratamientos farmacológicos

La Asociación Psiquiátrica Europea (EPA) para la prevención y el tratamiento del suicidio remarca que la prevención clínica de la conducta suicida se logra mediante el tratamiento de los trastornos mentales subyacentes y el tratamiento de síntomas mentales específicos, aunque existe evidencia de que algunos medicamentos brindan una protección específica contra el suicidio. En población adulta, el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico está presente en casi el 90% de los pacientes con suicidio consumado. La comorbilidad con depresión, ansiedad, trastornos por abuso de OH u otras sustancias o con trastornos de la personalidad es alta. El riesgo de suicidio en pacientes con trastornos del humor es de 13-26 veces superior al de la población general, en esquizofrenia de 5-10 veces superior, en trastorno por abuso de OH u otras sustancias 6 veces superior y en el trastorno bipolar 25 veces superior (D Wasserman et al., 2011). Recordemos también, que entre el 20-47% de la población adolescente psiquiátrica, realizará una tentativa suicida antes de los 18 años (Bursztein & Apter, 2009).

El suicidio es un patrón de conducta multifactorial en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. Es por esto que un manejo farmacológico de la patología de base o de algunos síntomas como son la depresión, la ansiedad o la impulsividad, no es suficiente para abordar la conducta en su globalidad, a la vez que hace muy difícil atribuir con certeza el efecto real antisuicida de un fármaco al tratar un trastorno mental (Martínez-Aguayo, Silva, Arancibia, & Angulo, 2016). El impacto del tratamiento psicofarmacológico sobre el riesgo de suicidio ha generado un mayor interés en la investigación en los últimos años. Existe evidencia limitada de que un fármaco específico tenga efecto protector contra la conducta suicida, a excepción del litio en el trastorno bipolar o la clozapina en la esquizofrenia y los trastornos relacionados. Para el resto de fármacos, antipsicóticos, anticonvulsivantes y antidepresivos, la evidencia es escasa y metodológicamente poco consistente. En general, es difícil comparar estudios que evalúan el impacto de la psicofarmacología en la conducta suicida, debido

fundamentalmente a las diferencias en la metodología utilizada y a la generalización de la polifarmacia en salud mental (Juan, Marcelo, & Hernán, 2015).

Por todo lo dicho, es imprescindible mejorar la metodología de la investigación en este campo con más ensayos controlados aleatorizados para analizar el efecto de cada tipo de fármaco y de la combinación de los mismos en la conducta suicida, a la vez que es necesario esclarecer los mecanismos de acción subyacentes a la farmacología de la suicidalidad (Ernst & Goldberg, 2004; Martínez-Aguayo, Silva, Arancibia, & Angulo, 2016; Yerevanian & Choi, 2013). También son necesarios más estudios de tratamientos combinados que incluyan abordajes psicofarmacológicos y terapias psicológicas (Holländare, Tillfors, Nordenskjöld, & Sellin, 2020) en la intervención de la conducta suicida.

3.9.1.1. Antidepresivos

Los antidepresivos han demostrado su utilidad en el tratamiento de la depresión y en la reducción de los intentos y las muertes por suicidio. En los pacientes con trastorno depresivo moderado-severo, es frecuente la presencia de conducta suicida, y este riesgo está asociado a la gravedad, la duración y a la recurrencia de los episodios. Por lo tanto, el tratamiento de los trastornos afectivos es fundamental en la prevención del suicidio. Numerosos estudios han demostrado que el tratamiento antidepresivo produce una reducción sustancial del comportamiento suicida en pacientes con depresión (Arroll et al., 2009; Ernst & Goldberg, 2004; Filaković & Erić, 2013; Isacson, Bergman, & Rich, 1996; Olfson, Shaffer, Marcus, & Greenberg, 2003; Pompili et al., 2012).

Existen varios grupos de fármacos antidepresivos, en general cada vez más seguros, efectivos y con un perfil de efectos secundarios mejor tolerado. La elección del fármaco dependerá de varios factores, entre los que destacan el tipo de síntomas, la gravedad de los mismos y el impacto en la funcionalidad, los trastornos comórbidos, la toma de otros medicamentos, los problemas médicos asociados y el historial personal de eficacia y tolerabilidad con tratamientos previos. Desde comienzos de los años 80 con la introducción de los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), ha habido un importante cambio en el manejo de la depresión, ya que su perfil resulta más

favorable desde el punto de vista cardiovascular, siendo a su vez más difícil el suicidio por sobredosis (Martínez A. & González L., 2007). La mayor disponibilidad y uso de los antidepresivos desde finales de los años 80 ha coincidido también con una reducción notable de las tasas de suicidio en distintos países.

Actualmente la fluoxetina es el único fármaco aprobado por la FDA (*Food and Drug Administration*) para el tratamiento de niños y adolescentes con trastorno depresivo a partir de los 8 años, y muestra una clara diferencia entre el fármaco y el placebo en comparación con otros antidepresivos (Whittington et al., 2004; NICE guidelines, 2019). En 2003, *The Committee on Safety of Medicines* (CSM) del Reino Unido, alertó contra el uso de los ISRS a excepción de la fluoxetina en población infantil, debido al posible aumento de la conducta suicida en esta población. Seguidamente en 2004, la FDA aplicó el Black Box Warning a todos los ISRS en pacientes menores de 18 años, por la relación entre el uso de estos antidepresivos y un posible aumento de la conducta suicida en población infanto-juvenil (Ryan, 2005; Schneeweiss et al., 2010), aunque en ningún estudio de los que se habían examinado se había evidenciado una muerte por suicidio. En 2005, la FDA precisa que el uso de ISRS incrementaría la ideación y la conducta suicida, pero no el riesgo de suicidio consumado (Hammad, Laughren, & Racoosin, 2006); se sugirió entonces vigilar también su uso en los pacientes adultos por la aparición de estos efectos. A raíz del Black Box Warning, algunos estudios apuntan a que en los años posteriores hubo un descenso significativo en el número de diagnósticos de depresión realizados en población infanto-juvenil y de prescripciones de antidepresivos, con el subsiguiente aumento de muertes por suicido en esta franja de la población, inclusive en adultos jóvenes (Kurian et al., 2007; Lu et al., 2020).

A pesar de que sigue presente cierta controversia respecto al posible aumento de pensamientos / conductas suicidas en adolescentes y adultos en tratamiento con antidepresivos, se sigue recomendando su uso cuando los síntomas y signos de la enfermedad son significativos, no habiendo razón para privar a estos pacientes de sus claros beneficios (Cheung, Emslie, & Mayes, 2005). De hecho, los estudios que llevaron al Black Box Warning por parte de los organismos regulatorios Británicos y Americanos, no gozan de una metodología rigurosa y los resultados muestran un incremento de la

suicidalidad de 2-3 cada 100 pacientes, cifras que no se pueden comparar con el riesgo asociado a la enfermedad depresiva (Martínez A. & González L., 2007; Rihmer & Akiskal, 2006).

Como ya hemos comentado, el tratamiento con antidepresivos reduce significativamente la suicidalidad en pacientes con depresión mayor. Sin embargo, el riesgo de comportamiento suicida y conducta autolesiva en pacientes deprimidos que reciben antidepresivos, sí existe y puede aumentar durante las primeras semanas de tratamiento, sobretudo en población infanto-juvenil, siendo más infrecuente en población adulta (Coupland et al., 2015; Hammad et al., 2006; Khan & Prince, 2003). Esto supone la toma de medidas preventivas y la necesidad de un seguimiento estrecho del paciente al inicio del tratamiento, para monitorizar la aparición de efectos secundarios relacionados con la conducta suicida. En población infanto-juvenil en concreto, siempre se recomienda la supervisión por parte de un especialista en salud mental (Martínez A. & González L., 2007). Es recomendable el tratamiento coadyuvante a corto plazo con ansiolíticos e hipnóticos para la ansiedad y el insomnio, sobre todo durante este periodo inicial.

Se han propuesto varios mecanismos para explicar la relación entre los antidepresivos y la ideación y el comportamiento suicida y las conductas autolesivas (Martínez A. & González L., 2007; R. R. Reeves & Ladner, 2010; Teicher, Glod, & Cole, 1993), estos incluyen:

- 1) estimulación de pacientes cuyo retraso psicomotor desaceleró el impulso suicida
- 2) empeoramiento paradójico de la depresión en algunos pacientes
- 3) aparición de acatisia
- 4) aparición o aumento de ataques de pánico o ansiedad
- 5) viraje a manía o estados mixtos
- 6) aparición de insomnio
- 7) inducción de preocupaciones obsesivas
- 8) reacciones de agresividad y hostilidad

9) alteración del control de impulsos

10) efecto de los antidepresivos con una vida media corta y síndrome de retirada

11) ineficacia clínica de los antidepresivos

En general se ha demostrado que los intentos de suicidio en pacientes con trastorno bipolar son más frecuentes en aquellos que sólo recibieron terapia antidepresiva. Aunque la monoterapia con antidepresivos reduce significativamente el riesgo de comportamiento suicida en pacientes con depresión mayor unipolar, tiene un valor limitado en el tratamiento agudo o a largo plazo de la depresión bipolar debido a sus efectos desestabilizadores sobre el estado de ánimo, ya que puede causar virajes o puede también causar o empeorar la agitación/sintomatología de los estados mixtos; motivo por el que es imprescindible el tratamiento coadyuvante con estabilizadores del estado de ánimo (Ghaemi et al., 2004; Yerevanian & Choi, 2013).

Algunos estudios también muestran que la interrupción de los antidepresivos se asocia con un mayor riesgo de suicidio, principalmente si se suspenden abruptamente los medicamentos con vidas medias más cortas (Shelton, 2006; Valuck, Orton, & Libby, 2009)

Aunque las tasas de suicidio son altas entre los pacientes con trastornos de ansiedad e insomnio, y la ansiedad severa puede acompañar al comportamiento suicida, la evidencia de que los medicamentos contra la ansiedad o el insomnio pueden afectar el riesgo de suicidio es muy limitada (Tondo & Baldessarini, 2016).

3.9.1.2. Esketamina

La FDA (Food and Drug Administration) y la EMA (Agencia Europea del Medicamento) han aprobado recientemente (en 2019 y 2020 respectivamente) el uso del nuevo fármaco intranasal esketamina (nombre comercial Spravato) para el tratamiento de la depresión resistente en población adulta, en combinación con otro tratamiento oral antidepresivo. La esketamina es el S enantiómero de la molécula ketamina, que actúa como antagonista del receptor de glutamato NMDA y su efecto es el de un antidepresivo de acción rápida. Recientemente (2021), la EMA también ha autorizado el uso de esketamina intranasal para el tratamiento de pacientes con Trastorno depresivo mayor moderado-leve con

riesgo inminente de suicidio, en combinación con el tratamiento habitual, ya que los estudios en población adulta han demostrado que este fármaco produce un alivio rápido y significativo de los síntomas depresivos durante las primeras 24 horas tras su administración (Fu et al., 2020; Ionescu et al., 2021). Actualmente existen estudios internacionales multicéntricos en fase III para el uso de esketamina intranasal en población adolescente con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor y riesgo inminente de suicidio, de los que todavía se desconocen los resultados. Todos estos estudios también están analizando el efecto de este fármaco en la conducta suicida de los pacientes.

3.9.1.3. Litio y otros anticonvulsivantes

El tratamiento a largo plazo con litio ha demostrado reducir el riesgo de conducta suicida (pensamientos, tentativas y suicidios consumados) en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar y otros trastornos mayores del estado de ánimo, como son el trastorno esquizoafectivo o el trastorno depresivo unipolar recurrente (R. J. Baldessarini & Tondo, 2009; Ross J Baldessarini et al., 2006; Collins & McFarland, 2008; Ernst & Goldberg, 2004; Yerevanian & Choi, 2013). Este efecto antisuicida del litio podría relacionarse con sus propiedades setotoninérgicas, antiimpulsivas y antiagresivas, y a la acción estabilizadora del ánimo para prevenir la recurrencia de fases depresivas y para el tratamiento sobre los síntomas depresivos (Martínez-Aguayo, Silva, Arancibia, & Angulo, 2016). El ácido valproico, el divalproato y la carbamazepina, aunque en menor medida que el litio, también han demostrado ser eficaces para reducir la conducta suicida en pacientes con trastorno bipolar (Filaković & Erić, 2013; Goodwin et al., 2003; Søndergård, Lopez, Andersen, & Kessing, 2008; Yerevanian, Koek, & Mintz, 2003; Yerevanian, Koek, Mintz, & Akiskal, 2007).

Los estabilizadores del ánimo en general, también han sido ampliamente usados para reducir el descontrol impulsivo-agresivo observado, por ejemplo, en los trastornos de la personalidad, en los que normalmente existe un elevado riesgo de suicidio. Existe cierta evidencia, aunque leve, que tanto el litio como la carbamazepina tienen un efecto beneficioso en la conducta suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad

con depresión y descontrol conductual respectivamente (Cowdry & Gardner, 1988; Rombold et al., 2014).

3.9.1.4. Clozapina y otros antipsicóticos

Una revisión sistemática de los antipsicóticos de primera generación, reveló una alta variabilidad de los estudios publicados con respecto al tratamiento, dosis, duración, tratamiento concomitante y diagnósticos, por lo que la capacidad para sacar conclusiones generales sobre su efectividad en la conducta suicida se estima muy limitada. En cuanto a los antipsicóticos atípicos o de segunda generación, sí se ha demostrado que la clozapina tiene un efecto específico antisuicida en pacientes con esquizofrenia (Martínez-Aguayo, Silva, Arancibia, Angulo, & Madrid, 2016). De hecho, el primer fármaco aprobado por la FDA con un efecto antisuicida fue la clozapina (Meltzer et al., 2003; Pompili et al., 2016), y posteriormente, varios estudios han demostrado el efecto de este fármaco en la reducción del comportamiento suicida en pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo y alto riesgo de suicidio (Hennen & Baldessarini, 2005). Sin embargo, esto representa un problema en la práctica clínica, ya que la clozapina no es actualmente la medicación de primera elección en el tratamiento de estos trastornos (Filaković & Erić, 2013). En un estudio reciente por Taipale y colaboradores (2021), la clozapina fue el único antipsicótico asociado con una disminución del riesgo de tentativa de suicidio o de suicidio consumado en pacientes con esquizofrenia, por lo que estos autores sí abogan por el uso de este fármaco como primera línea de elección en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y alto riesgo de suicidio (Taipale, Lähteenvuo, Tanskanen, Mittendorfer-Ruth, & Tiihonen, 2021).

La evidencia de la eficacia de otros antipsicóticos en la reducción del riesgo de suicidio no ha sido suficientemente estudiada y los posibles efectos contra el suicidio requieren de más esfuerzos de investigación. Existe alguna evidencia de que la olanzapina reduce la conducta suicida en pacientes con esquizofrenia (Barak, Mirecki, Knobler, Natan, & Aizenberg, 2004; Tran et al., 1997) y en pacientes con trastorno bipolar tipo I, cuando se da en combinación con otros estabilizadores del ánimo (Houston et al., 2006) o con Fluoxetina (Benazzi et al., 2009; Detke, Delbello, Landry, & Usher, 2015). La risperidona

por su parte ha mostrado beneficio en la reducción del riesgo suicida como tratamiento coadyuvante a los antidepresivos, en adultos con depresión mayor y comportamiento suicida (H. Reeves et al., 2008), efecto que también se ha encontrado en pacientes con esquizofrenia tratados con este fármaco (Barak et al., 2004). La quetiapina también se ha asociado a una reducción de la ideación suicida en pacientes con esquizofrenia, depresión bipolar y depresión unipolar (Calabrese et al., 2005; Ketter, Miller, Dell’Osso, & Wang, 2016; Meltzer, 2001; Pompili et al., 2012; Suppes, Vieta, Liu, Brecher, & Paulsson, 2009; Weisler, Montgomery, Earley, Szamosi, & Eriksson, 2014). Y ya por último, el aripiprazol también ha demostrado tener un cierto efecto en la reducción de la ideación suicida (Scholten & Selten, 2005).

3.9.2. Tratamientos psicológicos

Los tratamientos psicológicos se pueden organizar según su nivel de intervención de prevención. A diferencia de los tratamientos psicofarmacológicos en los que hay que contemplar la presencia de posibles efectos adversos, algunos tratamientos considerados como intervenciones selectivas e indicadas, especialmente los orientados a la adquisición de habilidades, además de demostrar validez en población clínica, se han utilizado también en población general. Estas intervenciones obtienen resultados muy prometedores y ese es uno de los potenciales de este tipo de intervenciones.

Los tratamientos psicológicos no están libres de controversias, sería extraño que las particularidades de un fenómeno tan complejo como el suicidio, no generaran problemas en todos los niveles, tanto en la evaluación como en la intervención, ya sea psicofarmacológica o psicológica. Uno de los más relevantes impacta directamente en la eficacia de los tratamientos. Así, 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 el que toman en consideración y sin diferenciación tanto las autolesiones como la conducta suicida), con un mayor tamaño del efecto para las terapias “*gold standard*” del tratamiento de la conducta suicida: Terapia dialéctico conductual (*dialectical behavior therapy; DBT*), Terapia cognitivo-conductual (*cognitive-behavioral therapy; CBT*), y Terapia

basada en la mentalización (*mentalization-based therapy; MBT*). Sin embargo, esto es cierto cuando estos autores consideran autolesiones y conducta suicida en conjunto (fenómeno global), encontrando resultados positivos. Sin embargo, cuando se analizan por separado autolesiones y conducta suicida, los efectos terapéuticos se debilitan significativamente, especialmente en relación a la conducta suicida (Ougrin, Tranah, Stahl, Moran, & Asarnow, 2015).

3.9.2.1. Tratamientos psicológicos como prevención universal

La intervención más eficaz para evitar la muerte por suicidio sigue siendo la restricción de acceso a métodos letales (Keith Hawton, 2007; Keith Hawton et al., 2001; World Health Organization, 2014). Este es uno de los grandes ejemplos de intervenciones que, siendo indicadas, podrían tener un gran impacto a nivel de prevención universal. Así, para personas que han realizado una tentativa de suicidio o tienen ideación de muerte, una medida esencial es la privación de acceso a métodos, y esto va a cargo de sus familiares o representantes legales. Pero muchas otras intervenciones se pueden poner en marcha en este sentido, orientadas a toda la población. Por ejemplo, obligar a las farmacéuticas a reducir los comprimidos de determinados fármacos, haciendo siempre que sea posible empaquetados cuya dosis total dispensada quede por debajo de la dosis tóxica letal del fármaco. Otra sería hacer campañas de concienciación social en nuestro entorno sociocultural relativas a la acumulación de fármacos en el domicilio, e incrementar los consejos de ponerlos fuera del alcance de los niños y de alargarlo hasta la mayoría de edad.

Cuando hablamos de población adolescente, los tratamientos universales por excelencia se enmarcan en el ámbito escolar. Hay dos estudios que son una buena muestra de los componentes básicos que se recomienda que contemple un programa de prevención universal en estos ámbitos. El primero es el estudio EMPATHY (Silverstone et al., 2017), desarrollado y aplicado en nueve escuelas de Canadá con un total de 6.227 alumnos de entre los 11 y los 18 años. 1.884 alumnos completaron los 4 momentos de valoración (inicial, 3, 7 y 15 meses). Es un estudio modélico de la implicación de diferentes agentes

en la prevención del suicidio: Educación, Atención primaria de salud y secundaria de salud mental, Servicios sociales, Policía local y otros. Consta de los siguientes componentes:

- ✓ Identificación temprana de los grupos “*Actively suicidal*” y “*High-Risk*”
- ✓ Intervención rápida basada en los principios de la terapia cognitivo conductual
- ✓ Intervención universal (Programa OVK) para alumnos entre 11 y 14 años
- ✓ *Resiliency-Coaches*: profesionales jóvenes formados que compartían espacios libres con los alumnos, interviniendo en conflictos y fomentando la vinculación entre iguales
- ✓ Derivaciones preferentes a servicios de Salud mental

El programa EMPATHY obtuvo muy buenos resultados en la disminución de conductas suicidas. Sin embargo, resulta difícil discernir el impacto de cada uno de los componentes del programa de prevención. En este sentido, en 2015 se publican los resultados del programa SEYLE (Danuta Wasserman et al., 2015), un programa desarrollado entre los años 2009-2010, con un total de 11.110 alumnos (de 14 a 16 años) de 168 escuelas de 10 países de la UE. Es un estudio sumamente interesante en cuanto a sus conclusiones, porque usa todos los componentes de los programas multimodales, pero de forma individual, así, incorpora los siguientes grupos:

- ✓ Entrenamiento a maestros: *Question Persuade and Refer* (QPR). Es un modelo ideado en EEUU, entrenamiento a la figura del “*gatekeeper*” por el instituto (40 escuelas, 2692 alumnos)
- ✓ Cribaje por Profesionales: Universidad de Heidelberg (43 escuelas, 2.764 alumnos)
- ✓ Entrenamiento a alumnos (YAM) : Intervención específica para alumnos; Columbia University and Karolinska (45 escuelas, 2.721 alumnos)
- ✓ Grupo control (40 escuelas, 2933 alumnos)

Los resultados de este estudio son realmente interesantes, porque permiten valorar cada uno de los componentes por separado, siendo el de mayor beneficio el orientado a la formación de los adolescentes, en el que encontraron una disminución de la incidencia de tentativas de suicidio (>50%), disminución en la incidencia de ideación/planificación suicida y una disminución en la incidencia de depresión (Danuta Wasserman et al., 2015).

Lamentablemente, las campañas de prevención, sensibilización e incluso los proyectos citados (EMPATHY y SEYLE), son de difícil aplicación. Mientras las intervenciones de prevención universal no adquieran unos niveles razonables de implantación, tendremos que seguir lamentando las consecuencias de una realidad tan cruda y seguir dedicando esfuerzos en los siguientes ámbitos de prevención, la selectiva y la indicada.

3.9.2.2. Tratamientos psicológicos como prevención selectiva

En este punto haremos referencia a las intervenciones que, sin ser específicas para el suicidio, impactan en los elementos esenciales de éste (dolor, desesperanza y vinculación). Son las orientadas al tratamiento de personas en riesgo 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 adolescentes (Huey et al., 2004), la Intervención en Crisis Orientada a la Familia (*Family-Based Crisis Intervention; FBCI*) (Wharff et al., 2017, 2012), o la terapia familiar basada en el apego (*Attachment-Based Family Therapy; ABFT*) (Diamond et al., 2013; Diamond et al., 2010).

Hay tres líneas de tratamientos que van un paso más allá de éstos y que podríamos entender como pertenecientes a ambos niveles de intervención, selectiva e indicada. Esto es porque en su origen no fueron concebidos como intervenciones concretas para la conducta suicida, sino para aliviar el malestar o incorporar recursos personales, pero que hoy en día tienen plena validez para el tratamiento específico de la ideación y las tentativas suicidas. Estas son 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*) (Ougrin D et al., 2015).

En este punto es esencial recordar que estos tratamientos indirectos, provocan una mejoría a largo plazo de la ideación suicida y de las tentativas. De cara a evitar tentativas en las primeras fases del tratamiento, son imprescindibles dos actuaciones, la primera evaluar la presencia de riesgo suicida, para seguidamente intervenir directamente en la conducta suicida en las primeras fases del tratamiento (Meerwijk et al., 2016), con intervenciones como las que veremos en el siguiente apartado.

En esta apartado, también entrarían todas las iniciativas y las medidas conocidas en suicidio como postvención. En realidad, la postvención es una intervención orientada a los supervivientes del suicidio, es decir, a los afectados por la muerte por suicidio de un familiar o allegado. Estos supervivientes están considerados personas de alto riesgo de suicidio y de padecer trastornos de salud mental como el duelo complicado, la depresión, los trastornos de uso de sustancias y del propio suicidio. Se acepta el término postvención, pero dado que se hace con vivos que se consideran en riesgo, es más apropiado entenderlos como enmarcados en los programas de prevención selectiva.

3.9.2.3. Tratamientos psicológicos como prevención indicada

Ya hemos indicado que la intervención más eficaz para evitar la muerte por suicidio sigue siendo la restricción de acceso a métodos letales (Keith Hawton, 2007; Keith Hawton et al., 2001; World Health Organization, 2014b). El modelo de intervención que mejores resultados ha obtenido, es la consideración de la crisis suicida como un evento que no desaparece en el momento de la intervención, ni a corto plazo. Así, 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). Un meta-análisis publicado en 2017, identifica la *WHO BIC* como la única intervención que muestra una significación

estadística que permite considerarla como un tratamiento que reduce el suicidio, por encima de la Terapia cognitivo-conductual y de estrategias farmacológicas como el litio (Riblet, Shiner, Young-Xu, & Watts, 2017). Intervenciones indicadas que han mostrado buenos resultados en la reducción de la muerte por suicidio como la “*Youth-Nominated Support Team (YST)*”, proponen una intervención original en que hacen énfasis en estos dos aspectos esenciales, una intervención inicial y un seguimiento posterior, pero con la novedad de que el seguimiento no es directamente por parte de los profesionales sino de un grupo de adultos, pueden ser profesores o tutores, y consiste en 3 meses de soporte por parte del equipo de profesionales clínicos al grupo de apoyo seleccionado por el adolescente (King et al., 2019).

Los elementos relevantes para la intervención es la actuación inmediata en crisis. Han obtenido buenos resultados la incorporación de elementos de psicoeducación respecto a las particularidades de la conducta suicida (Fleischmann et al., 2008); intervenciones breves consistentes en la elaboración de planes propios de autoayuda, con buenos resultados en la reducción de las amenazas y tentativas (Armitage, Rahim, Rowe, & O’Connor, 2016; O’Connor et al., 2017). Otros elementos esenciales son realizar un análisis en cadena del episodio, para ayudar al 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). Tanto para menores como para adultos, 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 este 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, o planes de crisis que expliciten un

compromiso de cumplimiento con el tratamiento y donde se reflejen las alternativas antes de involucrarse en la conducta suicida (Bryan et al., 2018; Rudd, Mandrusiak, & Joiner, 2006).

Los avances en el estudio de líneas terapéuticas efectivas para el abordaje de la conducta suicida son una evidencia innegable, que no tapa la realidad de que todavía falta mucho por conocer sobre este fenómeno. Un aspecto clave en la intervención podría ser no considerar al suicidio como un fenómeno unitario a todo el mundo, y analizar y evidenciar las diferencias de algunos grupos para poder determinar la intervención más adecuada para cada caso, a fin de garantizar tanto la mayor eficacia, como la adherencia más alta posible.

4. Diferencias de género en la conducta suicida

En este último punto del apartado introductorio, se van a abordar de forma breve tres elementos diferenciales que se han usado frecuentemente como explicativos de las diferencias de mortalidad por suicidio según el género, que se ampliarán más a lo largo de las interpretaciones de los resultados. En la Figura 13 observamos las claras diferencias en la mortalidad por suicidio en todas las franjas de edad en función del género, con una salvedad, que son los menores de 15 años. Ésta es la única franja de edad en la que las diferencias por género respecto a la incidencia es menor que en otras franjas, de hecho en 2014 y en 2017 fallecieron más mujeres menores de 15 años que hombres (INE, 2021). Estos datos no los volvemos a encontrar en ninguna otra etapa evolutiva como se puede apreciar en el gráfico. En este sentido, cuando hablamos de datos totales, la OMS, en plena coincidencia con lo que observamos en el gráfico de la Figura 14, indica que de cada 4 muertes por suicidio, 3 son de hombres (World Health Organization, 2014). Pero también es cierto que, si observamos la secuencia de Figuras de la 15 a la 18, observamos que durante la adolescencia encontramos las menores diferencias respecto al género, y que estas diferencias llegan en la etapa final de la vida a 9 hombres fallecidos por suicidio de cada 10 muertes. Con esto pretendemos rebatir la falsa idea que se puede extraer de que el suicidio es una cosa de hombres. Y que esto es especialmente falso en la adolescencia.

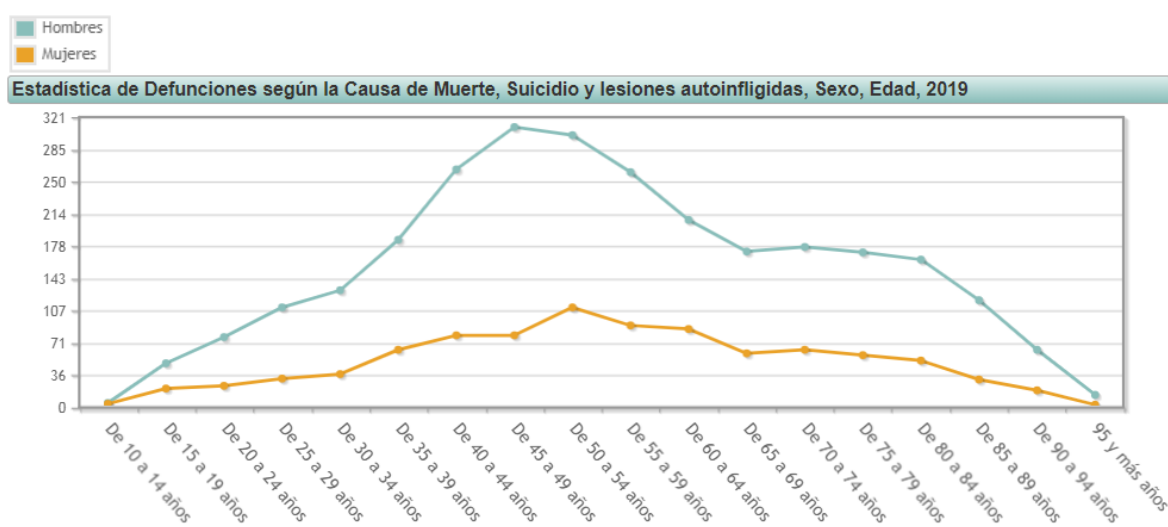


Figura 13. Defunciones por género todas las edades, España 2019 (INE, 2021)

Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte, Suicidio y lesiones autoinfligidas, Sexo, Todas las edades, 2019

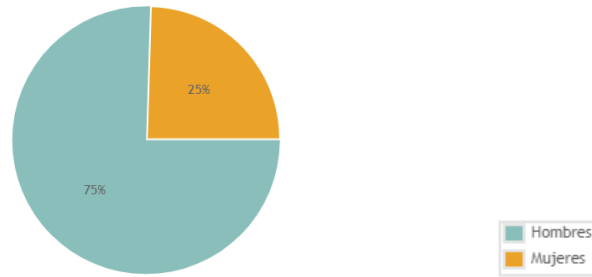


Figura 14. Defunciones por género total España 2019 (INE, 2021)

Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte, Suicidio y lesiones autoinfligidas, Sexo, De 10 a 14 años , 2019

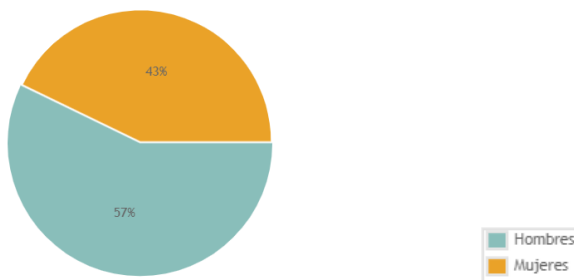


Figura 15. Defunciones por género de 0 a 14 años. España 2019 (INE, 2021)

Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte, Suicidio y lesiones autoinfligidas, Sexo, De 15 a 19 años , 2019

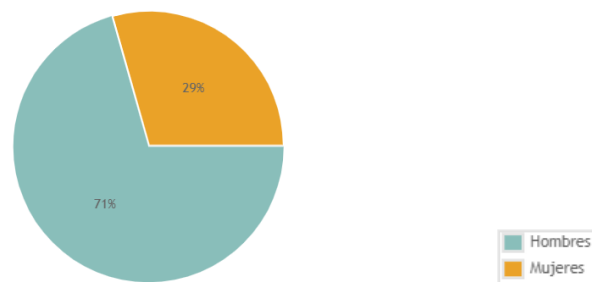


Figura 16. Defunciones por género de 15 a 19 años. España 2019 (INE, 2021)

Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte, Suicidio y lesiones autoinfligidas, Sexo, De 45 a 49 años, 2019

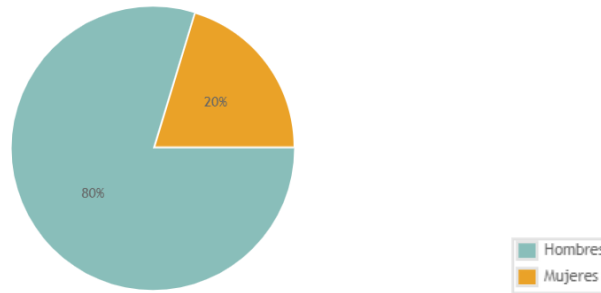


Figura 17. Defunciones por género de 45 a 49 años. España 2019 (INE, 2021)

Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte, Suicidio y lesiones autoinfligidas, Sexo, 95 y más años, 2019

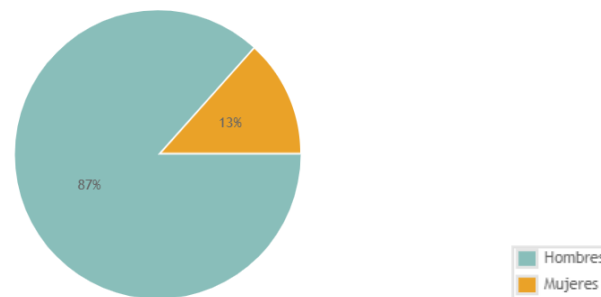


Figura 18. Defunciones por género 96 años y más. España 2019 (INE, 2021)

Frecuentemente estos datos se han explicado combinados con los datos parciales de tentativas que se extraen de estudios, en los que se demuestra que las tentativas son mucho más frecuentes en mujeres que en hombres (Beautrais, 2006; Freeman et al., 2017). Este fenómeno se conoce como la 'paradoja del género' (Canetto & Sakinofsky, 1998). Los intentos de aportar luz a esta realidad han generado mucho interés, pero todavía hoy quedan muchas sombras, especialmente en lo relativo a esta realidad en las diferentes etapas del desarrollo humano.

Todos estos datos han generado mucho interés, y se han planteado explicaciones desde diferentes perspectivas, una de ellas es la propia consideración del género en la sociedad, de las expectativas respecto a cómo los roles de género influyen el comportamiento en combinación con otros roles, como son la etnia, la religión, los procesos hormonales, las

expectativas sociales y las disposiciones individuales (Eagly, 2009). Entendiendo además que el sexo es heredado de la biología y el género es construido culturalmente, el sexo hace referencia al ser hombre o ser mujer, mientras que cuando aludimos al género nos referimos a los constructos conocidos como femenino y masculino, por lo tanto es consecuente aludir a la existencia de un aprendizaje social, es decir, que se aprende qué significa ser niña, ser niño, ser mujer o ser hombre (Addis, Mansfield, & Syzdek, 2010). Sin duda, todos estos aspectos juegan un papel determinante en la explicación de las diferencias en el comportamiento suicida (Payne, Swami, & Stanistreet, 2008). Pero tampoco estas aproximaciones son determinantes y clarificadoras, ni las influencias de algunos cambios de consideración van exactamente en la línea de lo esperable. Estudios recientes observan que mientras que los países mejoran en sus índices de desigualdad de género, considerándose más igualitarios, incrementan a su vez las tasas de suicidio, tanto en mujeres como en hombres. Además, los hallazgos ilustran que a medida que aumentan los niveles educativos y la participación femenina en el mundo laboral, incrementa el suicidio en ambos géneros (Moore & Heirigs, 2021).

4.1. El método de suicidio

Las diferencias respecto a la elección del método suicida, atribuyendo elección de métodos más violentos a los hombres que a las mujeres, ha sido una de las explicaciones más usadas para justificar estas diferencias en la mortalidad, a pesar de las diferencias referidas respecto al número de intentos de suicidio que es superior en mujeres. Algunos estudios han destacado una mayor tendencia del hombre a escoger métodos de mayor riesgo como el ahorcamiento, saltar de lugares elevados, interponerse a objetos en movimiento, incisiones con objetos cortantes y envenenamiento por sustancias distintas a las drogas (Mergl et al., 2015). Algunos autores han complementado este aspecto, dado que observan que la muerte por suicidio en hombres siempre es mayor, independientemente de la elección del método. Es decir, incluso con los mismos métodos, incluidas las sobreingestas medicamentosas, los hombres mueren más por suicidio que las mujeres, por ello ponen en cuestión que el método elegido explique la totalidad de las diferencias en mortalidad por suicidio entre hombres y mujeres (Cibis et al., 2012; Freeman et al., 2017; Mergl et al., 2015).

En el gráfico de la Figura 19 referente a las muertes por suicidio en España, podemos ver cómo efectivamente los métodos que acaban con la muerte por suicidio en hombres y en mujeres son prácticamente los mismos, y en cualquiera de los métodos los hombres tienen más muertes que las mujeres. El método de elección únicamente tiene un leve orden diferencial. Así, para hombres, el primer método de suicidio en cuanto a número de muertes que provoca es el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (Tabla 2). Para mujeres, el primer método es saltar desde un lugar elevado. Respecto a la comparativa entre los datos totales y la realidad de los jóvenes, no se observan grandes variaciones, pero hay una significativa, y es el hecho de un mayor número de muertes en mujeres que en hombre por el método de envenenamiento (Figura 20). Todos estos elementos invitan a considerar cada etapa evolutiva de la persona con sus propias particularidades, lo que podría explicar diferencias en los estudios respecto a la elección del método. Así, a diferencia de los resultados de la Figura 20 (todas las edades), los resultados que ofrece la gráfica de la Figura 21 (Jóvenes), coinciden mejor con las evidencias que señalan que las mujeres tienen más probabilidad de morir por envenenamiento y los hombres por medio de métodos más letales como ahorcarse o dispararse (Nordentoft & Branner, 2008).

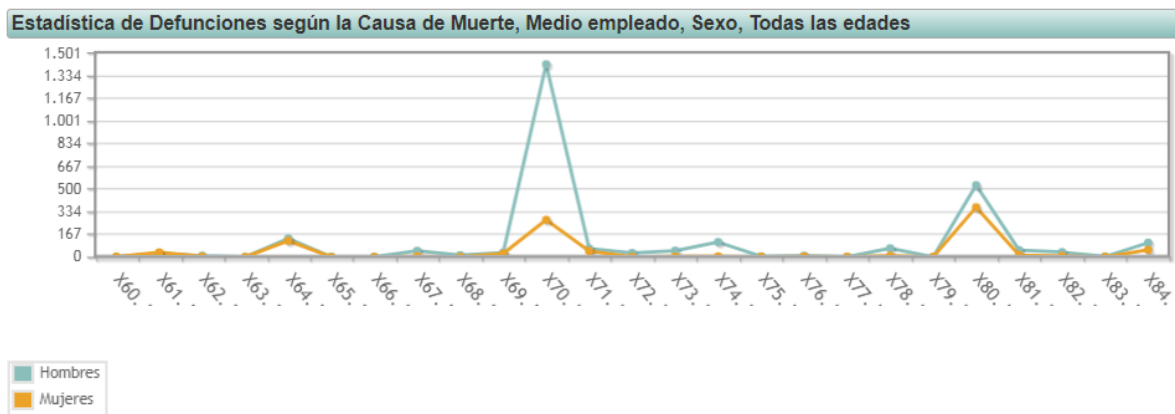


Figura 19. Defunciones por género según causas de muerte. España 2019 (INE, 2021)

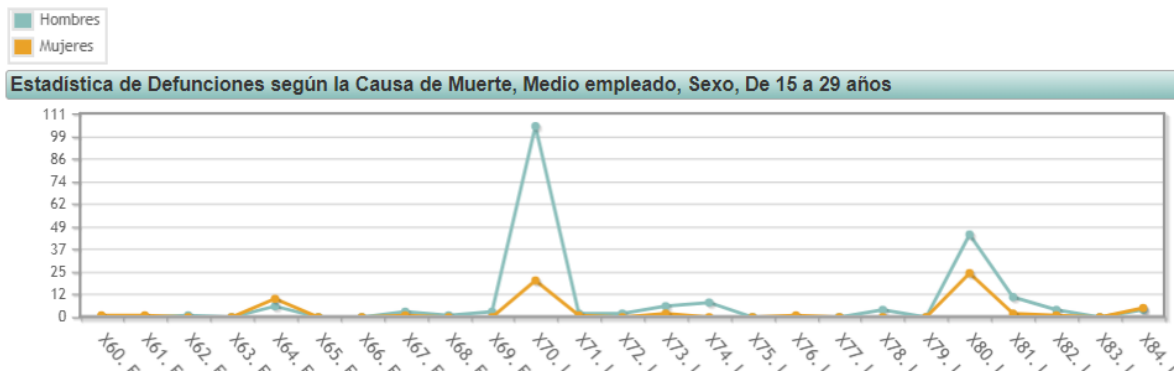


Figura 20. Defunciones por género según causas de muerte entre 15 y 29 años (INE, 2021)

X60. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antiirreumáticos
X61. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte
X62. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) narcóticos y psicodislépticos, no clasificados en otra parte
X63. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo
X64. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados
X65. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) alcohol
X66. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores
X67. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) otros gases y vapores
X68. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) plaguicidas
X69. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados
X70. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación
X71. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión
X72. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta
X73. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga
X74. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas
X75. Lesión autoinfligida intencionalmente por material explosivo
X76. Lesión autoinfligida intencionalmente por humo, fuego y llamas
X77. Lesión autoinfligida intencionalmente por vapor de agua, otros vapores y objetos calientes
X78. Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante
X79. Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto romo o sin filo
X80. Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado
X81. Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojar o colocarse delante de objeto en movimiento
X82. Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo de motor
X83. Lesión autoinfligida intencionalmente por otros medios especificados
X84. Lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados

Tabla 2. Listado completo códigos diagnósticos de las causas de muerte (INE, 2021)

Un elemento interesante respecto a la gravedad de los métodos elegidos, es la presencia de unas fluctuaciones estacionales también diferenciales respecto al género. Se ha

observado una disminución de las tentativas de suicidio en mujeres durante la primavera, especialmente pronunciado en intentos con métodos de suicidio más graves, mientras que en los hombres no se han observado esas fluctuaciones estacionales (Mergl et al., 2010).

Nuevamente, la perspectiva de género sigue ofreciendo una variedad de explicaciones a estas innegables diferencias, así, se ha observado que la realización de intentos de suicidio para los hombres, implicaría de forma implícita cierto tipo de estigma interno y también externo. Los ideales masculinos parecen permear o mediar tanto la expresión como la experiencia del suicidio y la depresión. Ello evidentemente tiene una incidencia directa en las tasas de suicidio e intentos de suicidio, que desde la perspectiva de género está relacionada con lo que implica cada rol de género, es decir, los comportamientos suicidas letales son percibidos y afirmados como algo masculino, mientras que los intentos de suicidio tenían una connotación negativa para los hombres (Nordentoft & Branner, 2008; Oliffe et al., 2016; Rice, Kealy, Oliffe, Treeby, & Ogrodniczuk, 2020).

Estos hallazgos contribuyen a comprender algunas de las razones de las diferencias de género en la letalidad de la conducta suicida, por lo que debería considerarse el desarrollo de estrategias específicas de género para la prevención del suicidio (Freeman et al., 2017; Mergl et al., 2015).

4.2. Patrones de búsqueda de ayuda

Cualquier intervención terapéutica de prevención del suicidio, debería incorporar el trabajo de un cambio en el patrón de búsqueda de ayuda, que la persona opte por la ayuda en lugar de realizar un intento de suicidio (World Health Organization, 2014). Uno de los grandes impedimentos respecto al cambio de estos patrones de ayuda ha sido históricamente el estigma que rodea al suicidio, y la conducta suicida en general. Ésta es una realidad innegable que hay que afrontar, pero, nuevamente, incluso este estigma afecta de forma diferencial a hombres y a mujeres. Así, el mayor número de muertes por suicidio en hombres se ha explicado parcialmente por la descrita menor tendencia de los hombres a buscar o recibir ayuda médica o soporte social, especialmente durante los estados depresivos (Möller-Leimkühler, 2002; Oliffe et al., 2016; Parslow & Jorm, 2000).

Esta tendencia de los hombres a solicitar menos ayuda, se suma a las dificultades intrínsecas que muestran los adolescentes para pedir ayuda en lugares apropiados, pues solo el 28,3% de los adolescentes y adultos jóvenes con ideación suicida, planes o tentativas, buscan ayuda en servicios de salud mental (Hom, Stanley, & Joiner, 2015b). De hecho, la intensidad del fenómeno es muy presente durante la primera mitad de la vida, así, los patrones de búsqueda de ayuda sugieren que el sexo masculino y ser menor de 45 años, dibujan un perfil predictor de menor búsqueda de ayuda en la depresión (Möller-Leimkühler, 2002).

Este patrón masculino es realmente grave, pues no únicamente afecta al uso de servicios médicos y de servicios sociales, sino que se inserta hasta los elementos de ayuda más comunitarios y próximos, como son los amigos y familiares, mostrando con mayor intensidad que las mujeres ideas relacionadas con el estigma del suicidio, y expresando con mayor frecuencia que las mujeres sentimientos de vergüenza ante la posibilidad de pedir ayuda (Oliffe et al., 2016). La gravedad del fenómeno viene determinada por su impacto en la conducta suicida. Así, si damos por válidas las teorías del suicidio presentadas en el apartado de modelos explicativos, en las que la conexión con el entorno, la vinculación, el apoyo percibido y ofrecido, sino son esenciales en la génesis de la ideación suicida (T. Joiner, 2005), sí lo son como elementos mediadores entre ésta y el deseo de suicidio (Klonsky & May, 2015). No únicamente hay que centrarse en los modelos teóricos, el apoyo social, considerado como una dimensión, se ha relacionado con menor número de tentativas autolíticas, pero también con mejores estándares de salud en general, algunos tan variados como los problemas respiratorios (Richmond, 2009), por lo que es visto generalmente como un factor protector contra cualquier estresor (Ronald C Kessler, Price, & Wortman, 1985; Thoits, 2011).

Se ha descrito en el hombre un estilo más inexpresivo para responder a los estresores, mientras que la mujer tiene un estilo más expresivo y emocional. Los hombres reportan que controlan más sus emociones, aceptan el problema y no piensan en la situación, mientras que la mujer piensa en buscar ayuda y aliviar sus sentimientos (Thoits, 2011). Pero nuevamente, es difícil determinar donde inicia, o qué elementos promueven esos diferentes estilos de afrontamiento. Estudios recientes indican que las dificultades de los

hombres para identificar y describir sus sentimientos y la angustia correspondiente, se explican particularmente por la vergüenza, una emoción con un clarísimo factor social, que puede llegar a ser desadaptativa y que promueve el ocultamiento como forma de proteger un supuesto 'yo' percibido como defectuoso o insuficiente. Este elemento está más relacionado con la génesis de la no petición de ayuda, que impediría abordar otro tipo de sentimientos claramente más relacionados con el suicidio que el anterior, como es la culpa, muy unida a los comportamientos relacionados con el suicidio en los hombres (Rice et al., 2020).

Antes de finalizar con este apartado breve, hay un elemento relativo a la petición de ayuda que es un tanto más incómodo, y es el hecho de que estos prejuicios no los tiene únicamente la persona afectada, sino que son extraídos y son compartidos con una comunidad, o con su cultura. Algunos estudios estiman que entorno al 80% de los sujetos con muerte por suicidio, tuvo contacto con el sistema de atención médica en el año anterior a su muerte por suicidio, generalmente con un médico del ambulatorio y/o un servicio de urgencias. Muchos de ellos no acaban siendo remitidos a servicios de salud mental, de lo que se puede extraer alguna limitación respecto a los *screenings* que se realizan en los servicios de urgencias, pero también en los ambulatorios, respecto a la presencia de la conducta suicida. También aquí se encontraron diferencias de género, así, las niñas tenían más contacto ambulatorio con el médico y el servicio de urgencias que los niños y, estos contactos estaban más próximos al momento de su muerte por suicidio. Además, las niñas tenían más probabilidades que los niños de tener contacto en más de un entorno, ambulatorio, urgencias y de salud mental (Rhodes et al., 2013). Resultados similares encuentran Ahmedani y colaboradores, casi todas las personas de su estudio recibieron atención médica en el año anterior a la muerte (83%), la mitad de ellas no tenía un diagnóstico de salud mental y solo el 24% tuvo un diagnóstico de salud mental en el período de 4 semanas antes de la muerte por suicidio, las personas con más probabilidades de hacer una visita en el año anterior a la muerte tendían a ser mujeres (Ahmedani et al., 2014).

Hay muchos elementos relacionados con las diferentes tendencias de petición de ayuda, algunos globales como es el estigma entorno al suicidio para toda la población, y son los

sentimientos resultantes de las expectativas diferenciales respecto al género que están en la génesis de emociones como la vergüenza y la culpa, que únicamente excluyen a la persona y la suman en una intensa soledad. Mala combinación para un momento en el que una persona se está debatiendo entre la vida y la muerte. Por último, a este respecto, el estigma asociado al suicidio podría impedir la verbalización en entornos de primaria, es muy llamativo la gran cantidad de personas que habían recibido algún tipo de atención médica un año antes de su muerte por suicidio, es muy difícil no ver la riqueza de oportunidades para la prevención del suicidio que pueden ofrecer entornos médicos y de atención primaria (Ahmedani et al., 2014; Rhodes et al., 2013).

4.3. Violencia y conducta suicida

Hemos visto en los modelos explicativos de Plutchic y Mann, la estrecha relación que observan algunos autores entre la conducta violenta y el suicidio (J J Mann et al., 1999; Robert Plutchik et al., 1989). Clásicamente, se han evaluado estas relaciones en centros penitenciarios (Conner, Duberstein, Conwell, & Caine, 2003) y con veteranos o en servicio militar, concluyendo que una mayor comprensión del papel de la agresión en el suicidio puede mejorar la capacidad de identificar a los sujetos en mayor riesgo y desarrollar intervenciones efectivas para reducir el riesgo de suicidio (Start, Allard, Adler, & Toblin, 2019). Y esta relación parece ser así en todas las etapas evolutivas, concretamente en la etapa de nuestro interés. Un metaanálisis reciente apunta a una correlación moderada entre la agresión y el suicidio en la adolescencia (Detullio, Kennedy, & Millen, 2021).

Sin poner en duda la relación entre conducta agresiva y suicidio, de lo que no cabe duda es que en agresión o violencia sí se encuentran diferencias de género, con una prominencia en el género masculino. Algunos datos epidemiológicos también invitan a esta interpretación. Por poner algún ejemplo, hemos observado que en las Figuras 13 y 14 que mueren tres hombres por cada mujer, es decir, que los hombres mueren el triple que las mujeres por suicidio. La OMS considera el suicidio como una muerte violenta. En este punto, es interesante el análisis que hace la OMS respecto a los datos de muertes violentas totales. Así, se estima que, a nivel mundial, el suicidio es responsable de la mitad de las muertes violentas en hombres, mientras que en mujeres, el suicidio es

responsable de la muerte violenta del 71% (World Health Organization, 2014a). De esto se desprende que, si consiguiéramos los objetivos de suicidio cero, evitaríamos la mitad de las muertes violentas en hombres, mientras que en el caso de las mujeres llegaríamos a evitar la muerte de 7 de cada 10 mujeres. Este tremendo impacto que provoca el suicidio en las mujeres, es otro elemento a favor de no considerar la conducta suicida como un fenómeno exclusivo de hombres.

Todo y que la conducta violenta sí parece estar relacionada con el género en todas las edades, vemos en la Figura 21 la distribución de las condenas judiciales en menores de edad. Las sentencias en menores hombres cuadruplican el número de sentencias en mujeres menores de edad. Los chicos y las chicas no se diferencian únicamente en los números totales de actos delictivos. Algunos comportamientos antisociales y delictivos aparecen antes en chicos que en chicas (Marmorstein & Iacono, 2005). Por su parte, los patrones de prevalencia de ideación y planes de suicidio parecen alcanzar un pico más temprano en las chicas que en los chicos (Boeninger et al., 2010). El “modelo de dos fases” o “de fuerzas contrabalanceadas” de la conducta suicida y violenta que hemos visto anteriormente, hace una propuesta muy interesante para la comprensión de esta realidad, conceptualiza la existencia de un impulso agresivo en determinadas situaciones, que bajo determinadas circunstancias tiene una orientación hacia uno mismo o hacia los otros (Robert Plutchik et al., 1989). Podríamos interpretar que el género masculino podría presentar una mayor tendencia a la agresividad dirigida hacia afuera y las mujeres más tendencia a dirigir la agresividad hacia sí mismas, pudiendo haber algunas características de los hombres que cambien esa tendencia de orientación de la agresividad.

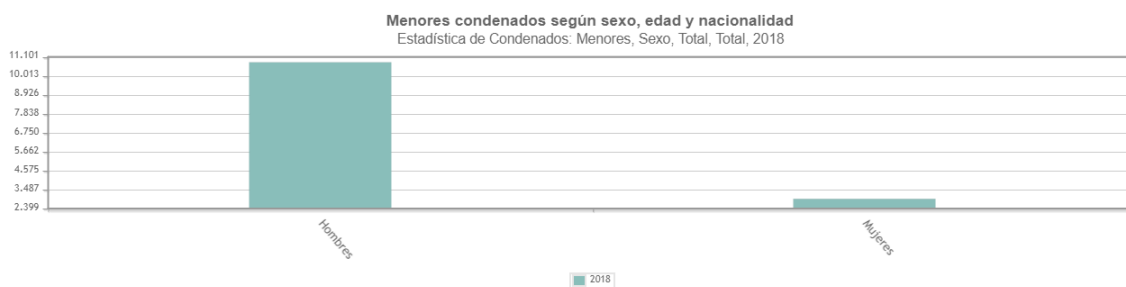


Figura 21. Menores de edad condenados. España 2018 (INE, 2021)

En la población general, los hombres se involucran en agresiones, delitos y conductas violentas con más frecuencia que las mujeres. Pero hay unos resultados interesantes en población clínica. Algunos estudios con muestras de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad (TLP), en el que una característica esencial del diagnóstico es la agresión, no encuentran una mayor agresividad en los pacientes masculinos que en los femeninos. Los autores sugieren que el TLP atenúa en lugar de agravar las diferencias de género generalmente presentes en la población general. Sin embargo, consistentemente, los pacientes varones con TLP muestran porcentajes más altos en comparación con las mujeres con TLP, de otros trastornos comórbidos que predisponen a la agresión, como son el trastorno de personalidad antisocial (Mancke, Bertsch, & Herpertz, 2015). Así mismo, en la línea de otras comorbilidades, la mayor frecuencia de conducta suicida y la gravedad de la ideación suicida en la depresión mayor con alcoholismo comórbido parece estar relacionada con los rasgos agresivos asociados (Sher et al., 2005). Resultados similares se encuentran en el caso de pacientes con trastorno bipolar en que los que intentaban suicidarse tenían con más frecuencia historia de conductas violentas (Maria A. Oquendo et al., 2000). Así mismo, se volvió a evidenciar el incremento de la conducta suicida relacionado con la impulsividad y la agresividad en pacientes que habían presentado un episodio Depresivo Mayor en el contexto de una Depresión Unipolar o de un Trastorno Bipolar (Maria A. Oquendo et al., 2004). Posteriormente se identificó la hostilidad como el factor de riesgo más importante en un conjunto de pacientes bipolares (M. A. Oquendo et al., 2006).

Sin duda este es un campo de estudio que puede ser muy fructífero, pues cualquier hallazgo en los estudios podría impactar en el suicidio o en la conducta violenta, dos conductas que precisan de un mayor marco de comprensión y para las que no podemos dejar de dedicar esfuerzos para su prevención.

5. Planteamiento y objetivos

En el estudio del suicidio ha habido colectivos en los que el fenómeno ha sido muy estudiado, sin embargo, sabemos que siguen siendo necesarios más esfuerzos para aportar luz en una etapa tan sensible como es la adolescencia. Es importante abordar aspectos controvertidos en esta etapa como es el estudio de la personalidad y, como no, seguir aportando evidencia científica a la comprensión de las diferencias de género, con la citada y llamativa prominencia de mujeres que se involucran en la conducta suicida comparada con los hombres, especialmente en las primeras fases de esta etapa.

Esta realidad ha motivado el planteamiento del presente trabajo, en el que se combina el estudio de estos tres aspectos fundamentales y poco trabajados en su conjunto, la adolescencia, la personalidad y las diferencias de género.

Aunque abordaremos los tres aspectos, el eje vertebrador de nuestro estudio se orientará en torno a las diferencias de género de la conducta suicida en el adolescente, un aspecto que sigue generando más incógnitas que certezas, y como hemos ido viendo a lo largo del presente trabajo, tan importante para la prevención y el tratamiento de la conducta suicida. Dichas diferencias podrían requerir de intervenciones diferenciales, incluso a la hora de hablar de intervenciones de prevención universal, pudiendo orientarlas según el género u otros criterios, como es la precocidad de su aparición, dadas las diferencias de género en el amanecer y el tránsito a través de una etapa tan complicada como es la adolescencia.

Con todo esto, hemos centrado nuestra investigación en dos objetivos principales:

1. Estudio 1: Describir los aspectos fundamentales de la conducta suicida en relación con el género, incluyendo factores predictores diferenciales de reconsulta, en los adolescentes que presentan alto riesgo de suicidio, como eje vertebrador de la tesis.
2. Estudio 2 (Artículo): Profundizar en el estudio de la personalidad y de la gravedad clínica desde un abordaje dimensional, basado en la teoría de Millon (Millon, 1993),

e identificar rasgos diferenciales que nos permitan conocer en mayor profundidad las diferencias de género en los adolescentes que presentan alto riesgo de suicidio.

Para el primer objetivo, se propone identificar los elementos fundamentales de la conducta suicida en la adolescencia diferenciales para cada uno de los géneros. Con este fin se han recogido una serie de variables, la calidad de las cuales no es tan rigurosa como en el segundo estudio en que se recogía la información con instrumentos psicométricos, pero sus objetivos hacen adecuada la elección de las mismas y permite afrontar un problema clásico en el estudio de la conducta suicida. Frecuentemente, en los estudios que se realizan en el campo de la conducta suicida sin resultado mortal, el género masculino suele estar infrarrepresentado, ya que en la realidad asistencial, como también en la nuestra, hay una notable representación del género femenino, hasta el 80% en nuestra muestra.

El riesgo de esta realidad es que, generalmente, las conclusiones suelen fundamentar actuaciones o intervenciones orientadas a ambos géneros, pero generalmente extraídas de muestras demasiado desequilibradas respecto a su representación de género. Un ejemplo de esta realidad son los propios estudios de nuestro grupo de investigación, en los que se acaba identificando un perfil predictor de repetición de la conducta suicida y se concluye que tratamientos basados en la adquisición de habilidades podrían tener mejores resultados en la prevención del suicidio que tratamientos específicos para la sintomatología depresiva. Esta conclusión está extraída de forma general para ambos géneros, pero algunos estudios han sugerido que puede haber diferencias en este sentido que hay que buscar de forma específica.

A fin de abordar el segundo objetivo del estudio de la personalidad y la gravedad clínica desde una perspectiva dimensional, en el que se recogen los datos mediante instrumentos psicométricos, se presentará el trabajo en el formato definitivo en forma de artículo. Además, el artículo ha sido ya defendido ante los revisores de las siguientes revistas referentes en el estudio del suicidio (Suicide and Life-threatening behavior; Crisis; The Journal of the American Academy of Child and Adolescent; Scandinavian Journal of

Psychology; Archives of Suicide Research). El que se ofrece en esta tesis tiene incorporadas todas las sugerencias hechas por revisores.

6. ESTUDIO 1: “Diferencias de género en el adolescente con conducta suicida”

6.1. Introducción

El suicidio es la primera causa de muerte por causas no naturales a nivel mundial y actualmente se ha convertido en un importante problema de salud pública, especialmente durante la adolescencia (World Health Organization, 2014). En nuestro país, los casos de suicidio se han incrementado en los últimos años (INE, 2021), alcanzando un total de 3870 defunciones en 2018. De éstas, 2911 corresponden a población masculina, a pesar de que los intentos de suicidio son de dos a tres veces más frecuentes entre las mujeres.

El género es uno de los factores sociodemográficos determinantes en cuanto a las diferencias halladas en relación a la conducta suicida (Freeman et al., 2017). Diversos estudios señalan que en la mayoría de países a nivel mundial, los intentos de suicidio son más comunes en las mujeres a pesar de que los hombres utilizan métodos de mayor letalidad y, por tanto, presentan mayores tasas de suicidio consumado (Beautrais, 2002b; Canetto & Sakinofsky, 1998; Cibis et al., 2012; K. Hawton, 2000; Keith Hawton et al., 2012). A este fenómeno se le conoce como la “paradoja del género” (Canetto & Sakinofsky, 1998). Este hecho se produce en la mayoría de países desarrollados, a pesar de que se han encontrado variaciones en algunos países no occidentales como en zonas rurales de China (Zhang, Xiao, & Zhou, 2010) y en la India (Vijayakumar, 2010), donde las mujeres presentan una mayor letalidad en los métodos de suicidio utilizados. Por tanto, se puede observar que las variaciones en las tasas de suicidio en relación al género están mediadas por el efecto del contexto sociocultural en que se producen. Actualmente sabemos que hasta un 4,1% de los adolescentes realizan al menos una tentativa antes de los 18 años (Nock et al., 2013). Asimismo, se han identificado un extenso número de factores de diferente índole que determinan las discrepancias encontradas entre hombres y mujeres y la conducta suicida. Por ejemplo, uno de los factores más relevantes para explicar las altas tasas de mortalidad entre los varones es la elección del método utilizado. En la mayoría de casos, los hombres tienden a utilizar métodos más violentos y de mayor letalidad que los elegidos por las mujeres (Beautrais, 2002b; Elnour & Harrison, 2008; Mergl et al., 2015), quienes utilizan normalmente de menor letalidad y un ritmo de

acción más lento (Elnour & Harrison, 2008). Así, el ahorcamiento, el envenenamiento por monóxido de carbono y las armas de fuego se han asociado más frecuentemente con el género masculino, mientras que las autolesiones o la sobreingesta son los métodos más usados por las mujeres en población adulta (K. Hawton, 2000).

En cuanto a la psicopatología asociada a la conducta suicida, los estudios de autopsias han demostrado que los trastornos del estado de ánimo son frecuentes en ambos géneros y la comorbilidad con los trastornos de personalidad se encuentra en un 40-50% tanto en el sexo femenino como en el masculino (Henriksson et al., 1993). Sin embargo, el metaanálisis del grupo de Arsenault-Lapierre et al. (2004) difiere en estos datos, señalando una mayor proporción de trastornos de ánimo en las mujeres que en los hombres. Además, se han descrito diferencias de género en otras psicopatologías, por ejemplo, se ha visto que el abuso de sustancias y la esquizofrenia aumentan sustancialmente el riesgo de suicidio en los hombres (De Hert, McKenzie, & Peuskens, 2001), a diferencia de los trastornos de conducta alimentaria, o el trastorno límite de la personalidad, que se han asociado en mayor frecuencia con el género femenino (Arsenault-Lapierre, Kim, & Turecki, 2004).

Por otra parte, diversos estudios destacan la asociación del suicidio con diferentes factores de riesgo psicosocial, como por ejemplo, el conflicto familiar, el acoso escolar (Klomek et al., 2011) o el abuso sexual (Martin, Bergen, Richardson, Roeger, & Allison, 2004; Rhodes, 2014). En la mayoría de investigaciones no se han encontrado diferencias significativas en cuanto al género y la conflictiva familiar o situaciones de bullying escolar, sin embargo se ha visto una mayor asociación entre el abuso sexual y las tentativas suicidas entre los varones (Rhodes et al., 2011).

En cuanto a los predictores de repetición de tentativas autolíticas, se ha objetivado que tanto la ideación suicida como una tentativa anterior, son factores predictores de una futura repetición en las mujeres, sin embargo no son predictores de repetición en los hombres (Lewinsohn et al., 2001; Mergl et al., 2015; Soor et al., 2012).

Por último, se cree que el contexto sociocultural en el que vivimos promueve la represión del malestar y del sufrimiento emocional de los hombres, esto puede conllevar una

escasa verbalización de los conflictos internos y menor actitud de petición de ayuda (Murphy, 1998); y en consecuencia presentan una mayor vulnerabilidad y un mayor número de tentativas de alto riesgo y de poca rescatabilidad, donde la petición de ayuda se vuelve prácticamente inexistente en la mayoría de los casos (Möller-Leimkühler, 2002; Oliffe et al., 2016; Parslow & Jorm, 2000).

A pesar de las evidencias presentadas en relación a la asociación entre género y riesgo suicida, desafortunadamente aún son pocos los estudios centrados en estos aspectos y aún menos con población adolescente. En el año 2013, Klimes y colaboradores ya hicieron hincapié en la importancia de incrementar el número de investigaciones relacionadas con las diferencias de género de cara a los programas de prevención del suicidio, puesto que comprobaron que apenas existían investigaciones focalizadas en este campo (Klimes-Dougan, Klingbeil, & Meller, 2013). Seis años después, revisiones sistemáticas y metaanálisis siguen manteniendo las mismas conclusiones (Miranda-Mendizabal et al., 2019), reflejando la necesidad de seguir generando evidencia científica que permita orientar intervenciones preventivas. Por ello, este trabajo resulta de especial interés, de cara a facilitar la detección de pacientes de mayor gravedad clínica y a realizar una prevención selectiva que tenga en cuenta las diferencias halladas en relación al género.

Teniendo en cuenta los datos expuestos, y siguiendo la línea de investigación iniciada por nuestro grupo (Villar-Cabeza et al., 2018; Villar et al., 2018; Villar, Castellano, Sánchez, Verge, & Blasco, 2017), el objetivo de este trabajo es identificar, describir y analizar las diferencias clínicas y epidemiológicas de género en la conducta suicida de pacientes menores de edad que han sido valorados en un servicio de urgencias de psiquiatría, y detectar aquellos factores de mayor riesgo de repetición o mal pronóstico asociados.

6.2. Metodología

Diseño: Estudio observacional y descriptivo, retrospectivo, transversal y unicéntrico.

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

Participantes

Se incluyeron un total de 1216 participantes menores de edad de forma consecutiva en función de su orden de llegada al servicio de urgencias de psiquiatría del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, atendidos por conducta suicida desde Noviembre del 2013 hasta Noviembre de 2019.

Los criterios de inclusión de la muestra requerían:

- (1) Pacientes menores de edad (<18 años)
- (2) Pacientes atendidos por tentativa suicida, o que hubiesen presentado una conducta suicida diferente a tentativa (esto incluye: ideación, amenazas, gestos suicidas) con un claro riesgo de pasar al acto (p.e., realizar una tentativa, valorado por el psiquiatra de urgencias)

Se excluyeron:

- (1) Pacientes mayores de edad (>18 años)
- (2) 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 presentasen autolesiones o conductas parasuicidas, daño auto-infligido, intoxicaciones u otras conductas similares con intencionalidad ansiolítica, lúdica u otra que no fuese suicida

Procedimiento

Se ha realizado un análisis retrospectivo de la población de pacientes menores de edad que fueron atendidos por conducta suicida en el servicio de urgencias hospitalarias de psiquiatría del Hospital Sant Joan de Déu desde Noviembre de 2013 hasta Noviembre de 2019.

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

1. Datos socio-demográficos: edad en el momento de la atención y género.

2. Datos clínicos:

- existencia de diagnóstico psicopatológico (en el presente y en el pasado)
- acontecimientos vitales estresantes (en el presente y en el pasado)
- antecedentes de bullying
- antecedentes de abusos en la infancia
- antecedentes de ingresos hospitalarios en salud mental
- antecedentes de conducta autolesiva
- presencia de comorbilidades (existencia de uno o más trastornos además del trastorno principal)
- antecedentes psicopatológicos familiares

3. Variables respuesta:

1. Reconsulta por tentativa autolítica durante los siguientes seis meses tras su primera atención en el servicio de urgencias

4. Datos de estudio relacionados con la conducta suicida:

1. Motivo de consulta: ideación autolítica, amenaza, gesto o tentativa autolítica.
2. Tipo de tentativa actual: sobreingesta medicamentosa, ingesta de cáusticos, precipitación, venoclisis, apuñalamiento, ahorcamiento, ingesta de drogas u otros tipos
3. Existencia previa de conducta suicida
4. Tipo de conducta autolítica previa: ideación autolítica, amenaza, gesto o tentativa autolítica
5. Antecedentes familiares de conducta suicida y tipo (igual que en el punto 2)
6. Factor desencadenante referido por el propio adolescente para la conducta suicida: conflicto familiar, ruptura sentimental, conflicto con iguales, problemas de gestión emocional, problemas académicos, trastorno de salud mental y depresión

Aspectos éticos

El estudio se ha realizado en cumplimiento con la Declaración de Helsinki (versión vigente de octubre 2013, aprobada en Fortaleza, Brasil) y de acuerdo con el protocolo y con los

requisitos legales pertinentes de Investigación biomédica según la Ley 14/2007 del 3 de julio, al tratarse de un proyecto de investigación que no implica el uso de medicamentos.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustará al cumplimiento del Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en cuanto al tratamiento de datos personales y la libre circulación de datos, siendo de obligado cumplimiento a partir del 25 de mayo del 2018, y a la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Análisis de datos

Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), en su versión 26. 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 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.

Para analizar los predictores de las variables respuesta (1) Reconsulta por tentativa suicida a los seis meses de seguimiento, se realizaron tablas de contingencia separadas por género, para hombres y para mujeres, con la prueba de Chi-Cuadrado (χ^2). Posteriormente, se realizó un análisis de regresión logística binaria (*Stepwise*) con aquellas variables que exhibieron una relación estadísticamente significativa con la variable respuesta en cada una de las submuestras (hombres y mujeres).

6.3. Resultados

En los análisis descriptivos de la muestra (Tabla 3), las mujeres son en número predominante (n= 979, 80.6%). Mujeres y hombres tienen una media de edad de 14.7 años (SD= 1.75) y 14.9 (SD= 1.49) respectivamente, con un rango de edad entre los 8 y los 17 años.

Diferencia entre subgrupos

En la Tabla 4 de los datos clínicos de la muestra se evidencia que la chicas que acuden a urgencias por conducta suicida presentan un diagnóstico de Trastorno de la alimentación en un porcentaje mayor de las mujeres, $\chi^2(1, N = 1216) = .101, p < .000$; así como por Rasgos desadaptativos de la personalidad, $\chi^2(1, N = 1216) = 4.170, p < .044$; mientras emerge una diferencia significativa por los hombre en las variables de diagnóstico de Trastorno de la Conducta, $\chi^2(1, N = 1216) = 4.315, p < .047$; Trastorno Generalizado del Desarrollo, $\chi^2(1, N = 1216) = 33.469, p < .000$; y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, $\chi^2(1, N = 1216) = 13.299, p < .000$.

En comorbilidades no hay diferencias significativas entre los grupos según el género, pero sí hay diferencias significativas entre en las variables de antecedentes clínicos personales, abusos en la infancia, $\chi^2(1, N = 1216) = 4.978, p < .029$; y conducta autolesiva, $\chi^2(1, N = 1216) = 20.141, p < .000$; mayormente presentes en las mujeres.

Por lo que concierne a variables de antecedentes psicopatológicos familiares, emerge una diferencia significativa por mayoría en las mujeres en Trastorno por uso de sustancias, $\chi^2(1, N = 1216) = 4.004, p < .044$; y Trastorno de la conducta alimentaria, $\chi^2(1, N = 1216) = 4.734, p < .032$.

En la Tabla 5 emerge una diferencia significativa entre grupos en las variable Motivo consulta: Ideación autolítica, $\chi^2(1, N = 1216) = 12.276, p < .001$; Tentativa autolítica, $\chi^2(1, N = 1216) = 23.000, p < .000$; y Gesto, $\chi^2(1, N = 1216) = 9.742, p < .003$. En las variables del tipo de tentativa, la Sobreingesta Medicamentosa es la que más utiliza nuestra muestra de pacientes, mayoritariamente las mujeres, $\chi^2(1, N = 1216) = 28.748, p < .000$; mientras que en la Precipitación, $\chi^2(1, N = 1216) = 10.321, p < .002$; y el Ahorcamiento, $\chi^2(1, N = 1216) = 20.270, p < .001$, el porcentaje es significativamente más alto en los hombres.

Por lo que concierne a las reconsultas por tentativa a los 6 meses, $\chi^2(1, N = 1216) = 4.482, p < .034$; las mujeres tienen más probabilidad respecto a los hombres.

En las conductas suicidas previas las mujeres llevan a cabo más tentativas, $\chi^2(1, N = 1216) = 9.050, p < .001$, en comparación con los hombres.

Sobre el factor desencadenante de la conducta suicida, la ruptura sentimental, $\chi^2(1, N = 1216) = 4.963$, $p < .031$; y los problemas académicos, $\chi^2(1, N = 1216) = 9.163$, $p < .003$; se encuentran en porcentaje más alto en los hombres, mientras que problemas de gestión emocional, $\chi^2(1, N = 1216) = 10.971$, $p < .002$, son más presentes en las mujeres.

Modelo de predicción y correlaciones.

En los siguientes modelos consta la presencia de valores perdidos en dos sujetos de la muestra, por lo que el número de la muestra se reduce a mujeres (978) y hombres (236). En ninguno de los dos casos, ni para hombres ni para mujeres, obtuvimos un modelo de predicción estadísticamente significativo, en ambos modelos, la capacidad de clasificación era similar al azar.

En varones, una reconsulta por tentativa a los 6 meses se asocia con la presencia de antecedentes personales de Trastorno adaptativo $r(234) = .045$, $p = .027$; antecedentes de bullying $r(234) = .032$, $p = .014$ y antecedentes familiares de Trastorno de la conducta alimentaria $r(234) = .129$, $p = .049$.

En mujeres, una reconsulta por tentativa durante los 6 meses siguientes está significativamente correlacionada con comorbilidad de patologías psiquiátricas en la actualidad $r(976) = .072$, $p = .027$; con diagnóstico de Trastorno de la personalidad $r(976) = .112$, $p = .000$; con antecedentes personales de Trastorno de ansiedad $r(976) = .099$, $p = .002$; y Trastorno de déficit de la atención e hiperactividad $r(976) = -.070$, $p = .029$; con antecedentes de autolesiones $r(976) = .102$, $p = .001$; con antecedentes familiares de Trastorno del estado de ánimo $r(976) = .064$, $p = .047$; y con antecedentes familiares de Trastorno de la conducta $r(976) = .095$, $p = .003$.

Tabla 3. Datos socio-demográficos (N = 1216)

	Mujer	Hombre
N (%)	979 (80.6%)	237 (19.4%)
Edad M (SD)	14.7 (1.75)	14.9 (1.49)
Total Edad M (SD) rango	1216 14.9 (1.19) 8-17	

Tabla 4. Datos clínicos de la muestra

	Mujeres (n=979)	Hombres (n=237)	χ^2	<i>p</i>
	N (%)	N (%)		
Existencia de diagnóstico psicopatológico	879 (89.9%)	212 (89.4%)	.811	--
Tipo de diagnóstico psicopatológico actual				--
Trastorno por uso de sustancias	35 (3.6%)	13 (5.5%)	.032	--
Esquizofrenia u otros t. psicóticos	12 (1.2%)	6 (2.5%)	.045	--
Trastorno del estado de ánimo	237 (24.2%)	51 (21.6%)	-.024	--
Trastorno de ansiedad	58 (5.9%)	22 (9.3%)	.054	--
Trastorno de la conducta alimentaria	100 (10.2%)	7 (3%)	-.101	***
Trastorno control de los impulsos	2 (0.2%)	2 (0.8%)	.044	--
Trastorno adaptivo	440 (45.1%)	95 (40.3%)	-.039	
Rasgos desadaptativos de la Personalidad	179 (18.3%)	30 (12.7%)	4.170	*
Trastorno de la Conducta	52 (4.3%)	21 (8.9%)	4.315	*
Trastorno del Espectro Autista	13 (1.3%)	19 (8.1%)	33.469	***
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	36 (3.7%)	23 (9.3%)	13.299	***
Otros diagnósticos psicopatológicos	114 (11.7%)	34 (14.4%)	1.343	--
Comorbilidad	268 (27.4%)	73 (30.9%)	.046	--
Existencia de diagnóstico psicopatológico en el pasado/Eventos vitales estresantes	706 (72.2%)	179 (75.3%)	.938	--
Tipo de antecedentes psicopatológicos personales previos/ eventos vitales estresantes				
Trastorno por uso de sustancias	35 (3.6%)	13 (5.5%)	1.902	--
Esquizofrenia u otros t. psicóticos	10 (1%)	3 (1.3%)	.115	--
Trastorno del estado de ánimo	201 (20.6%)	47 (20%)	.041	--
Trastorno de ansiedad	105 (10.7%)	24 (10.2%)	.055	--
Trastorno de la conducta alimentaria	119 (12.2%)	8 (6.3%)	15.523	***
Trastorno control de los impulsos	1 (0.1%)	0 (0%)	.240	--
Trastorno adaptivo	91 (9.3%)	16 (6.8%)	1.478	--

Rasgos desadaptativos de la Personalidad	66 (6.7%)	8 (3.4%)	3.699	--
Trastorno de la Conducta	82 (8.4%)	33 (14%)	7.068	*
Trastorno generalizado del desarrollo	7 (0.7%)	14 (6%)	30.600	***
Trastorno por déficit de atención e Hiperactividad	61 (6.2%)	33 (13.2%)	13.073	***
Bullying	170 (17.4%)	35 (22.6%)	3.376	--
Abusos en la infancia	84 (8.6%)	10 (4.3%)	4.978	*
Ingresos hospitalarios en Salud Mental	110 (11.2%)	24 (10.2%)	.206	--
Autolesiones	453 (46.4%)	71 (30.2%)	20.141	***
Otros	111 (11.3%)	46 (19.6%)	11.375	--
Existencia de antecedentes psicopatológicos familiares	517 (52.9%)	115 (48.9%)	1.046	--
Tipo de antecedentes psicopatológicos familiares				
Trastorno por uso de sustancias	160 (16.4%)	26 (11.1%)	4.004	*
Esquizofrenia u otros t. psicóticos	76 (7.8%)	23 (9.8%)	1.066	--
Trastorno del estado de ánimo	287 (29.3%)	67 (28.6%)	.046	--
Trastorno de ansiedad	114 (11.7%)	25 (10.7%)	.173	--
Trastorno de la conducta alimentaria	35 (3.6%)	2 (0.9%)	4.734	*
Trastorno control de los impulsos	5 (0.5%)	0	1.201	--
Trastorno adaptativo	24 (2.5%)	3 (1.3%)	1.191	--
Rasgos desadaptativos de la Personalidad	40 (4.1%)	4 (1.7%)	3.059	--
Trastorno de la Conducta	30 (3.1%)	8 (3.4%)	.077	--
Otros diagnósticos psicopatológicos	111 (11.3%)	30 (12.8%)	.397	--

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ de Chi Cuadrado (χ^2)

Tabla 5. Datos en relación a la conducta suicida

	Mujeres	Hombres	χ^2	p
	N (%)	N (%)		
Motivo de la consulta según profesionales	n=979	n=237		
Ideación autolítica	242 (24.7%)	84 (36%)	12.276	**

Tentativa	649 (66.3%)	117 (49.4%)	23.000	***
Amenaza	30 (3.1%)	8 (3.4%)	.065	--
Gesto	53 (5.4%)	26 (11%)	9.742	**
Autolesiones	4 (0.4%)	0	.968	--
Muerte por suicidio	1 (0.1%)	2 (0.8%)	4.266	--
Tipo de tentativa	n=647	n=115		
Sobreingesta medicamentosa	584 (90.3%)	84 (72.4%)	28.748	***
Ingesta cáusticos	23 (3.6%)	9 (7.8%)	4.308	--
Precipitación	17 (2.6%)	10 (8.6%)	10.321	**
Venoclisis	12 (1.9%)	4 (3.4%)	1.210	--
Apuñalamiento	0	1(0.9%)	5.576	--
Ahorcamiento	4 (0.6%)	7 (6%)	20.270	***
Ingesta drogas	2 (0.3%)	0	.360	--
Otros	4 (0.6%)	1 (0.9%)	.089	--
Reconsulta por conducta suicida	n=978	n=236		
6 meses de seguimiento	143 (14.6%)	22 (9.4%)	4.482	*
Existencia de conducta suicida previa	312 (31.9%)	63 (26.8%)	2.301	--
Tipo de conducta suicida previa	n=312	n=63		
Ideación autolítica	75 (20%)	13 (20.6%)	3.766	--
Tentativa	138 (44.2%)	15 (23.8%)	9.050	**
Antecedentes Familiares de conducta suicida	128 (13.1%)	30 (12.8%)	.017	--
Tipo de conducta suicida en familiares	n=128	n=30		
Ideación autolítica	6 (4.8%)	5 (13.3%)	2.919	--
Tentativa	69 (55.2%)	18 (60%)	.226	--

Suicidio consumado	45 (36%)	8 (26.7%)	.937	--
Factor desencadenante referido por el propio adolescente	n=978	n=235		
Conflictiva familiar	290 (31.7%)	61 (28.5%)	.823	--
Ruptura sentimental	82 (8.4%)	30 (12.7%)	4.963	*
Conflicto con iguales	103 (10.6%)	30 (12.7%)	1.273	--
Gestión emocional	274 (28.1%)	42 (17.8%)	9.163	**
Problemas académicos	33 (3.6%)	19 (8.9%)	10.971	**
Trastorno de salud mental	45 (4.9%)	13 (6.1%)	.476	--
Depresión	87 (9.6%)	20 (8.9%)	.081	--

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ de Chi Cuadrado (χ^2)

6.4. Discusión

El objetivo del presente trabajo es aportar luz a uno de los retos más controvertidos y escurridizos del estudio de la conducta suicida, como es el de las diferencias de género. Se ha identificado el género como uno de los factores sociodemográficos determinantes en cuanto a las diferencias halladas en relación a la conducta suicida (Freeman et al., 2017). Parte de la controversia y la dificultad del abordaje de este aspecto tiene que ver con las influencias culturales, los roles y las expectativas sociales en diferentes entornos culturales. El elemento de confusión no es menor, porque a todo lo dicho hay que añadirle la condición dinámica de todas estas influencias culturales, los cambios en la forma de entender los roles de género y en la forma de vivirlos y su evolución constante. No cabe duda que queda mucho por hacer en pro de la verdadera igualdad, pero tampoco queda duda de que, en la mayoría de países, especialmente de la mano de la eclosión de internet y de las redes sociales, pero también de las políticas de igualdad, no es lo mismo ser un adolescente del siglo XX que serlo del siglo XXI. En este estudio descriptivo observacional, hemos pretendido hacer una fotografía móvil, o una “*story*” o “*TIK TOC*”, que nos permita describir y entender las diferencias de género en la conducta

suicida del adolescente, durante seis años de seguimiento. Para ello hemos realizado un seguimiento de la realidad asistencial de uno de los hospitales con mayor recepción de la problemática del suicidio en la adolescencia de toda Cataluña, y probablemente de toda España.

En estudios de conducta suicida, se hacen imprescindibles seguimientos prolongados que permitan acumular una muestra importante, de cara a que la muestra de hombres sea representativa. En la mayoría de países los intentos de suicidio son más comunes en las mujeres (Beautrais, 2002; Canetto & Sakinofsky, 1998; Cibis et al., 2012; K. Hawton, 2000; Keith Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012), y nuestra realidad no es una excepción, encontrando que el 80% de los pacientes atendidos en nuestro servicio de urgencias por conducta suicida son mujeres. Estos resultados no deberían malinterpretarse, pues, a pesar de las diferencias descritas, 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). Esto quiere decir que las mujeres y los hombres presentan patrones diferentes en las etapas previas al suicidio consumado, pero los que acaban muriendo por suicidio están entre los que realizan tentativas. De ahí la importancia de tomar muy en serio la conducta suicida sin resultado mortal en ambos géneros.

En el presente estudio no hemos encontrado diferencias respecto a la edad media de atención en ambos grupos, en contra de estudios que describen que los patrones de prevalencia de ideación y planes de suicidio parecen alcanzar un pico más temprano en las chicas que en los chicos (Boeninger, Masyn, Feldman, & Conger, 2010). Hemos visto por otro lado, que la petición de ayuda se retrasa en hombres respecto a las mujeres, incluida la ayuda en el entorno social y familiar (OliFFE et al., 2016; Rhodes et al., 2013). Podría entenderse que la combinación de ambos fenómenos ofreciera una explicación de estos resultados. Así, las mujeres podrían iniciar el malestar antes que los hombres, pero con una evolución más paulatina, frenada en parte por la presencia de un apoyo social percibido en respuesta a su solicitud de ayuda. En el caso de los hombres, el incremento del malestar sería más abrupto, invalidándose en el malestar y privándose de los mecanismos de ayuda más cercanos. Esto sería compatible con los estudios que describen

diferencias de género en la evolución de la conducta suicida. Se ha descrito que la tasa de ideación cambia desde la adolescencia temprana hasta la adolescencia tardía, con un pico máximo entre los 14 y los 16 años, para posteriormente decrecer (Carlson & Cantwell, 1982; Kessler, Borges, & Walters, 1999; Kosky, Silburn, & Zubrick, 1986; Rueter & Kwon, 2005). Algunos autores atribuyen este decremento observado en los adolescentes mayores y los adultos jóvenes exclusivamente en las mujeres, describiendo un decremento en el género femenino vs. un mantenimiento, incluso leve incremento en el masculino, de modo que encuentran que a los 19 años, la tasa de riesgo de intento autolítico para las adolescentes mujeres descendió hasta llegar a un nivel comparable al de los adolescentes varones (Lewinsohn, Rohde, Seeley, & Baldwin, 2001). En nuestro servicio de urgencias no llegan los pacientes al inicio de sus dificultades, sino cuando su presencia ya es grave, desconocemos el recorrido previo, pero en una muestra de más de 1000 adolescentes observamos que precisan de intervenciones en urgencias de psiquiatría a una edad similar.

En referencia al perfil clínico de los adolescentes que presentan conducta suicida, observamos que tanto para hombres como para mujeres el 90% de los adolescentes atendidos tiene un diagnóstico psiquiátrico asignado. Estos resultados son congruentes con las publicaciones en suicidio (World Health Organization, 2014). Este es uno de los fenómenos más confusos en la comprensión del fenómeno del suicidio, ya que si se acepta esta realidad de forma acrítica, se llega a la conclusión de que el suicidio es consecuencia de los diagnósticos, y que si los conseguimos combatir y tratar adecuadamente, acabaremos con él. En una aproximación más metódica observamos que el diagnóstico más prevalente entre los adolescentes que acuden a urgencias por conducta suicida es el trastorno adaptativo, que se asigna a 4 de cada 10 adolescentes atendidos, un resultado congruente con los resultados de otros estudios en población adolescente, que sitúan una reacción más abrupta a situaciones vitales estresantes (Keith Hawton et al., 2012). En referencia al cumulo de diagnósticos, es importante resaltar que tres de cada 10 adolescentes de nuestra muestra acumula más de un diagnóstico (comorbilidad), estando esta muy relacionada con el mal pronóstico y la repetición de intentos de suicidio a un año de seguimiento (Borges et al., 2010).

Thomas Joiner utiliza el término “*major five*” para hacer referencia a los diagnósticos más relacionados con el suicidio: 1) trastorno depresivo mayor; 2) trastorno bipolar; 3) esquizofrenia; 4) anorexia nerviosa y 5) trastorno límite de la personalidad (T. E. Joiner et al., 2009). Teniendo en cuenta nuestros resultados, coincidiríamos más con la propuesta de Chesney, quien excluye la esquizofrenia de la lista, manteniendo los otros 4 (Chesney, Goodwin, & Fazel, 2014). Así, en nuestra muestra, los diagnósticos más prevalentes son los trastornos del estado de ánimo, la anorexia y los trastornos o rasgos desadaptativos de la personalidad.

Por orden de prevalencia en la muestra, el segundo diagnóstico más prevalente para ambos géneros es el trastorno del estado de ánimo, un diagnóstico que presentan casi uno de cada 4 adolescentes atendidos. De estos resultados se desprende que más del 75% de los adolescentes atendidos en urgencias por conducta suicida, independientemente del género, no tiene un diagnóstico de depresión. Estos datos vuelven a apoyar el cuestionamiento de la depresión como objetivo diana principal para guiar medidas de prevención del suicidio, al menos en la adolescencia (Villar, Castellano-Tejedor, Verge, Sánchez, & Blasco-Blasco, 2018), siendo más conveniente las intervenciones orientadas al incremento de habilidades de afrontamiento. También se ha visto que tanto la ideación suicida como los intentos de suicidio en la adolescencia son predictores de futuros intentos en mujeres jóvenes, no para los hombres, en los que el mal afrontamiento fue el predictor más destacado del intento futuro (Lewinsohn et al., 2001). Pero el debate sigue abierto, algunos estudios han identificado la sintomatología depresiva como un predictor de la ideación suicida en la adolescencia (Morales-Vives & Dueñas, 2018), otros lo han identificado como predictor de la conducta suicida en la adolescencia (Lasgaard, Goossens, & Elklit, 2011; Viñas, Canals, Gras, Ros, & Domènech-Llaberia, 2002). Hintikka y colaboradores, consideran el humor depresivo como una condición necesaria para la presencia de la ideación suicida (Hintikka et al., 2009). Sin embargo, nuestro grupo de investigación no identificó la depresión como un predictor de recaída a los seis meses de seguimiento (Villar et al., 2018). Tampoco Yen et al. (2013) identifican la depresión como predictor de la repetición de tentativas a seis meses de seguimiento en una muestra de adolescentes (Yen et al., 2013). En la misma línea, Nock y

colaboradores (2010) ya habían planteado que la depresión puede ser un predictor de la ideación suicida, pero no de la planificación ni de las tentativas entre aquellos con ideación (M. K. Nock, Hwang, Sampson, & Kessler, 2010). Esta es la explicación más plausible con los resultados de nuestra muestra, porque precisamente es la planificación y las tentativas lo que determina la atención en urgencias de un hospital terciario, mientras que las ideaciones suicidas se atenderían en centros comunitarios de salud mental. En la misma línea se orientan los resultados del grupo de Nock, publicados posteriormente, que identifica el trastorno depresivo mayor como predictor de la ideación autolítica, pero no lo relaciona con la transición desde la ideación suicida hasta la tentativa, a diferencia de lo que ocurre con otros trastornos como el trastorno límite de la personalidad, el trastorno de conducta, el trastorno oposicionista desafiante, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad o el trastorno por estrés postraumático, que sí predecían esta transición (Matthew K. Nock et al., 2015).

A pesar de estas interpretaciones, sigue siendo llamativo el hecho de que, en nuestra muestra, no se encuentren diferencias entre hombres y mujeres en depresión. La citada desaparición de la diferencia de género en la prevalencia de los intentos de suicidio en la adultez temprana, no es paralela a una disminución en la diferencia de género para la depresión mayor, que presenta mayores tasas en el género femenino en todas las etapas de la vida (Lewinsohn et al., 2001). En nuestra muestra observamos que la población de adolescentes que presenta conducta suicida, los géneros se parecen más respecto a la prevalencia de depresión que lo que se observa en la población general.

A nivel de diagnósticos diferenciales entre hombres y mujeres, observamos que nuestra muestra, fuera de la depresión, es una radiografía de la realidad, pues los diagnósticos más prevalentes en cada género son equiparables a la realidad en la población general. Así, se encuentran más diagnósticos de trastornos de conducta alimentaria (TCA) y de trastornos de personalidad (TP) en mujeres que en hombres, mientras que en hombres se encuentran más diagnósticos de trastornos de conducta y del neurodesarrollo (Trastorno de atención con hiperactividad y Trastornos del espectro autista) (Linzer et al., 1996). Y esto es así tanto como diagnóstico actual en el momento de la tentativa autolítica, como en los antecedentes de salud mental de los pacientes. Esta coincidencia entre

antecedentes y diagnóstico actual no es informativa a edades tan tempranas, además, los diagnósticos referidos son crónicos o de larga duración, por lo que los antecedentes y la enfermedad actual son frecuentemente un episodio único, en todo caso con recaídas.

Para la explicación de estas diferencias clínicas respecto al género, nos resulta de suma utilidad la Teoría de los Tres Pasos (3ST) (Klonsky & May, 2015). Explica el proceso del suicidio como una sucesión de tres pasos, cuyo elemento original es el dolor y la desesperanza. En los resultados de nuestra muestra observamos que el sufrimiento que generan los trastornos mentales tiene que ver con su prevalencia según el género. Así, las mujeres presentan mayor malestar provocado por los trastornos alimentarios que los hombres, porque es un trastorno con mucha mayor prevalencia en la población femenina (Linzer et al., 1996; Rubenstein, Pigott, L'Heureux, Hill, & Murphy, 1992). En el caso de los trastornos de personalidad, sin ser más prevalentes en la población general, sí lo son en los servicios de salud (Sansone & Sansone, 2011). Como hemos visto, estos trastornos (TCA y TP) están muy relacionados con la conducta suicida más grave (Matthew K. Nock et al., 2015), a diferencia de la depresión, más relacionada con la ideación (M. K. Nock et al., 2010). La teoría es muy importante para interpretar los resultados, pero también para su aplicación respecto a la orientación de medidas preventivas, pues el dolor que generan los trastornos mentales puede estar en la génesis del proceso suicida, pero no son las únicas fuentes de malestar y sufrimiento, especialmente en la adolescencia. Revisiones sistemáticas recientes identifican tres factores principales que parecen incrementar el riesgo de suicidio: Factores psicológicos (Depresión, ansiedad, uso de tóxicos y alcohol y otras comorbilidades psiquiátricas), Eventos vitales estresantes (conflicto familiar y con iguales) y Rasgos de personalidad (Neuroticismo e impulsividad) (Carballo et al., 2019). Aunque el dolor es el elemento principal, faltarían aspectos esenciales, mediadores, como son la vinculación y la capacidad de suicidio, que permiten entender por qué la mayoría de personas con trastornos mentales no acaban muriendo por suicidio. Pero que a su vez, también explica la gravedad de los trastornos citados y su mala evolución, pues tanto en TCA como en trastornos de la personalidad, como en los trastornos de conducta y del neurodesarrollo, también observamos un importante deterioro del entorno social y familiar.

A nivel de eventos vitales estresantes como pueden ser situaciones de bullying o abuso, que generan elevado malestar en los adolescentes, observamos que en nuestra muestra la presencia de experiencias de bullying en adolescentes que han precisado atención por alto riesgo de suicidio es muy frecuente en ambos géneros. Así, uno de cada 5 adolescentes atendidos informa de haber sido víctima de situaciones de bullying en el colegio. El maltrato verbal, físico y el *cyber bullying* se han visto asociados con un incremento del riesgo de suicidio, pero ha sido el verbal el más relacionado con la realización de tentativas, y estas relaciones siempre están mediadas por sintomatología depresiva o sentimientos de tristeza (Kodish et al., 2016). En estudios comparativos entre población general y psiquiátrica, los resultados siguen siendo poco consistentes, y parece que esta mediación de la tristeza o de los trastornos de conducta está muy presente en la relación entre el bullying y el riesgo de suicidio, siendo muy poca la contribución del bullying en el riesgo sin presencia de estos mediadores (Mayes et al., 2014). Del mismo modo, no se han encontrado diferencias generales en función del género en la relación entre el bullying y la conducta suicida (Brunstein Klomek, Marrocco, Kleinman, Schonfeld, & Gould, 2007). Posteriormente se han encontrado pequeñas diferencias respecto a la duración de la situación de acoso, así, el riesgo de suicidio en hombres era mayor cuando la situación de acoso era prolongada y frecuente, mientras que en las mujeres también incrementaba el riesgo de suicidio aunque la situación de acoso fuera de menor duración e intensidad (Klomek et al., 2011).

A nivel de abusos sexuales en la infancia, la incidencia detectada en mujeres en nuestra muestra es casi el doble que la detectada en los hombres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Esta identificación puede estar mediada por las dificultades de los hombres a la hora de pedir ayuda, pudiendo ser más difícil para ellos de informar en el contexto de una urgencia de salud mental. En cualquier caso, hay que alertar de que los abusos sexuales se relacionan más con la conducta suicida, incluidas tentativas, en hombres que en mujeres, siendo esta relación muy marcada incluso en ausencia de sintomatología depresiva ni presencia de desesperanza. Con estos dos elementos (tristeza y desesperanza), también incrementa la relación entre los abusos sexuales y el suicidio en mujeres (Martin, Bergen, Richardson, Roeger, & Allison, 2004). Estos resultados son muy

importantes, porque a diferencia del bullying, la relación entre abusos sexuales y tentativas autolíticas en hombres no precisa de una tristeza previa que pudiera ser detectada, ni de otro tipo de mediadores. En las mujeres estos mediadores podrían ser elementos de detección. Los abusos sexuales por otra parte, no únicamente incrementan el riesgo de suicidio, sino que son indicadores de mal pronóstico, entendido como predictor de repetición de tentativa autolítica durante los primeros seis meses de la atención (Yen et al., 2013a).

Las autolesiones no suicidas se han identificado como elementos de mal pronóstico en la conducta suicida, como indicadores de recaídas en la adolescencia (Villar et al., 2018; Yen et al., 2013). En nuestra muestra, encontramos una mayor presencia de autolesiones en las mujeres que en los hombres. Así, casi la mitad de las pacientes mujeres que atendemos por conducta suicida se han autolesionado o se autolesionan en el momento actual, mientras que en los hombres, el 30% presentan conducta autolesiva. En este caso hay que tener especial consideración a las diferencias respecto al comportamiento del adulto, así, como factor predictor, las autolesiones en la edad adolescente presentan menor riesgo de suicidio que cuando aparecen en la edad adulta, y esto es especialmente así en el género masculino (K Hawton et al., 2003; Keith Hawton et al., 2015). Es decir, la presencia de autolesiones en una persona de 29 años es más indicadora de riesgo de suicidio que en una persona de 15, especialmente si la persona de 29 años es hombre. Nuevamente, si nos referimos a la capacidad de suicidio (Orden, Witte, Cukrowicz, Braithwaite, & Selby, 2010) y al impacto que tienen las autolesiones no suicidas en su adquisición, entenderíamos la alta presencia de esta problemática en muestras como la nuestra, en adolescentes con alto riesgo de suicidio. Si bien es cierto que la mayoría de los adolescentes de nuestra muestra no se autolesionan, la prevalencia de autolesiones no suicidas en nuestra muestra demuestra las teorías explicativas que explican su directa relación con la conducta suicida, incrementando “la capacidad de suicidio”, y los resultados descritos en estudios que encuentran una relación directa entre pacientes que se autolesionan e intentos de suicidio de mayor letalidad (Andover & Gibb, 2010). Todos estos elementos convierten en un imperativo su atención en las primeras fases, antes del tránsito a la conducta suicida.

La tentativa autolítica es uno de los principales predictores del suicidio consumado (Matthew K. Nock et al., 2008; Tidemalm, Langstrom, Lichtenstein, & Runeson, 2008; World Health Organization, 2014), y este riesgo aumenta conforme el número de tentativas incrementa, presentando mayor vulnerabilidad los adolescentes que realizan más tentativas (Gould et al., 2009; Miranda et al., 2008). De modo que los adolescentes de nuestra muestra entrarían en esta consideración. Sin embargo, sigue siendo necesaria una mayor capacidad de identificación de aquellos que, estando considerados de alto riesgo, tienen más probabilidades de acabar muriendo por suicidio. Por tanto, el estudio de los factores predictores de repetición nos debería permitir identificar y planificar acciones preventivas, dedicando más recursos al que más riesgo presenta. Lamentablemente, nuestro estudio no ha ofrecido resultados satisfactorios en los análisis de regresión logística para los modelos de predicción con la variable respuesta (reconsulta por tentativa durante los siguientes seis meses). A pesar de esto, sí hemos podido identificar correlaciones entre diferentes variables con la variable respuesta, es cierto que sin poder predictivo, pero sí con valor descriptivo. Así, hemos aportado en el apartado de resultados las correlaciones con la consulta por tentativa durante los siguientes seis meses tras la primera atención en urgencias. En hombres, una consulta por tentativa a los 6 meses se asocia con la presencia de antecedentes personales de trastorno adaptativo, antecedentes de bullying y antecedentes familiares de trastorno de la conducta alimentaria. Analizaremos posteriormente los antecedentes familiares, pero los resultados obtenidos son coherentes con el estudio de Gunnell y colaboradores, que encuentran una mayor asociación entre el riesgo de suicidio y los trastornos de salud mental menores en el caso de los hombres (Gunnell, Rasul, Stansfeld, Hart, & Davey Smith, 2002). Situación que algunos han justificado por la descrita menor tendencia de los hombres a buscar o recibir ayuda médica o soporte social ante los estados depresivos (Möller-Leimkühler, 2002; Parslow & Jorm, 2000). Por otra parte, en el caso de las mujeres, una consulta por tentativa durante los 6 meses siguientes a la primera atención correlaciona con la comorbilidad de patologías psiquiátricas en la actualidad, con diagnóstico de trastorno de la personalidad, con antecedentes personales de trastorno de ansiedad, con antecedentes de autolesiones y con antecedentes familiares de trastorno del estado de ánimo y de trastorno de conducta. Todos ellos cuadros que

marcan una mayor cronicidad, y tal y como muestran las autolesiones, con evoluciones en general más tórpidas. Estos resultados son muy relevantes y ponen en cuestión la aplicabilidad de los resultados previos de nuestro grupo de investigación, al menos en el caso de los hombres. Así, nuestro grupo identificó un perfil predictor de reconsulta por conducta suicida durante los seis meses tras el alta, en el que se identificaban a adolescentes con un perfil de rasgos desadaptativos de personalidad, autolesiones y antecedentes familiares de salud mental (Villar et al., 2018), exactamente las variables que correlacionan en las mujeres con la variable respuesta. En el mencionado estudio, como en la mayoría de los que se aborda la conducta suicida sin resultado mortal, el género masculino estaba infrarepresentado, por lo que tras estos resultados entendemos que es un perfil predictor más apropiado para las mujeres que para los hombres.

Los antecedentes familiares de salud mental han sido una constante en todos los resultados, tanto para los hombres como para las mujeres. Tanto la teoría interpersonal del suicidio como la teoría de los tres pasos indican la importancia de las relaciones familiares en el proceso de suicidio en la adolescencia, ya que entienden que el hecho de sentirse una carga para las personas significativas es un elemento esencial en la toma de la decisión de acabar con la propia vida (T. Joiner, 2005; Klonsky & May, 2015). Así, familias con presencia de trastorno mental, podrían verse más sobrepasadas y con mayor probabilidad de facilitar este tipo de pensamientos: “todos estarían mejor sin mí, suficiente tienen ya...”. En este sentido, es muy llamativa la prevalencia de trastornos del estado de ánimo en familiares, que son tan prevalentes en ambos géneros como en los propios. Así, tres de cada 10 familias de adolescentes que presentan tentativa autolítica tienen antecedentes de trastornos del estado de ánimo. Se encuentran diferencias significativas, siempre en el sentido de mayor prevalencia en las mujeres de la muestra, tanto en antecedentes familiares de trastornos por uso de sustancias, como de trastornos alimentarios. Estos resultados son congruentes con estudios previos, que no sólo relacionan el incremento de intentos de suicidio con los antecedentes familiares de salud mental, sino que consideran que la mitad de estos intentos de suicidio son directamente atribuibles a la psicopatología familiar (Mittendorfer-Rutz, Rasmussen, & Wasserman, 2008). Por supuesto, todas estas situaciones no sólo incrementan la presión sobre el

adolescente, sino que le restan factores de protección, por verse con más dificultades de ofrecer y recibir apoyo y soporte. Pero aquí encontramos resultados interesantes, algunos estudios han encontrado factores de riesgo diferenciales por género, así Lewinsohn y colaboradores en 2001 encuentra que la falta de apoyo social por parte de la propia familia se mostraba como un predictor significativo de intentos de suicidio en mujeres jóvenes, factor que no estaba relacionado con la conducta suicida en el caso de los hombres (Lewinsohn et al., 2001).

En referencia a la conducta suicida, observamos un comportamiento diferencial al observado en población adulta. En el adulto, las tentativas de suicidio son mucho más prevalentes que el suicidio, la OMS estima que hay 20 intentos de suicidio por cada suicidio consumado (World Health Organization, 2014). En la adolescencia esta proporción es mucho mayor, entre 100 y 200 tentativas por cada suicidio consumado (McIntosh & Drapeau, 2014), y en el caso de nuestra muestra, asciende a un suicidio consumado por cada 250 tentativas de suicidio. Se han descrito diferencias evolutivas entre la adolescencia y la adultez respecto a la intencionalidad, la impulsividad y la letalidad, describiendo las tentativas de los adolescentes como más impulsivas, de menor letalidad y que son ingresados con mayor frecuencia que los adultos (Parellada et al., 2008), lo que podría explicar estas diferencias.

En relación a las diferencias de género, se ha encontrado la presencia de mayores tasas de tentativas autolíticas en las mujeres que en los hombres, tanto como episodio actual, como en presencia de antecedentes de tentativas, como en la reconsulta por tentativa a seis meses de seguimiento. Por otro lado, los hombres presentan mayor tendencia a utilizar métodos considerados más letales o violentos que las mujeres, y en nuestra muestra, los fallecidos por suicidio siguen una ratio de 2 a 1 a favor de los hombres. Estos resultados son totalmente compatibles con lo observado en estudios previos (Soor et al., 2012). Lo más habitual es describir el método de suicidio utilizado como un indicador de gravedad de la conducta suicida, en este sentido, se han esgrimido explicaciones para la paradoja del género en la tendencia de hombres y mujeres a la hora de escoger el método de suicidio, que en nuestros datos se vería reflejada. Es importante señalar que algunos estudios destacan una mayor tendencia del hombre a escoger métodos de mayor

riesgo como el ahorcamiento. Sin embargo, las muertes eran más frecuentes en hombres que en mujeres, incluso utilizando los mismos métodos, incluida la sobreingesta farmacológica, por ello ponen en cuestión que el método elegido explique la totalidad las diferencias en mortalidad por suicidio entre hombres y mujeres (Cibis et al., 2012). En la misma dirección, un estudio internacional con una muestra de 5.212 participantes, encuentran dos aspectos respecto del método, el primero un uso de métodos más letales en hombres que en mujeres; y el segundo, del mismo modo que en nuestra realidad, identifica la sobreingesta medicamentosa voluntaria como el principal método de suicidio, pero incluso con el mismo método, observaron que los Intentos de suicidio graves eran más frecuentes en hombres que en mujeres (Freeman et al., 2017). Este resultado es muy interesante y queda muy bien representado en nuestra muestra. Así, en nuestro entorno sociocultural la mayoría de las tentativas, en mujeres (90%) y en hombres (70%), se hacen con el método de la sobreingesta medicamentosa. Recordamos que la adolescencia es una etapa de especial vulnerabilidad en la que se ha descrito una disminución de la satisfacción con la vida y un incremento del estrés para ambos géneros (Goldbeck, Schmitz, Besier, Herschbach, & Henrich, 2007). Estos datos encajan mal con la falta de intervenciones de prevención universal orientadas a prevenir el acceso a medicación en los domicilios y en farmacias, especialmente para los menores de edad. La prevención de acceso a métodos es la que más evidencia ha mostrado como medida de prevención del suicidio (World Health Organization, 2014), y en nuestro entorno sociocultural una medida de este tipo tendría mucha repercusión. Recuerdo el concepto de capacidad de suicidio, y su proceso de adquisición. Si conseguimos evitar tentativas de baja letalidad, conseguiremos evitar muertes por suicidio.

Finalizamos el análisis de las diferencias respecto a la conducta suicida abordando una cuestión de menor importancia, los desencadenantes identificados. Nuestros resultados son compatibles con otros estudios, en el sentido de que los principales desencadenantes son principalmente conflictos relacionales tanto familiares como con iguales (Dieserud, Gerhardsen, Van den Weghe, & Corbett, 2010).

6.5. Limitaciones

Las limitaciones del estudio son diversas y muchas tienen que ver con conflictos entre los objetivos del estudio y las limitaciones del entorno asistencial al que se pretende dar respuesta. El servicio donde se ha realizado la investigación clínica afronta de forma diaria y constante la realidad del suicidio en la adolescencia, con unos condicionantes relativos al setting de atención. Los objetivos de una parte de este trabajo tienen que ver con la mejora de la toma de decisiones en el abordaje clínico diario de los adolescentes con alto riesgo de suicidio en un contexto de urgencias. Para esto, las decisiones y las variables seleccionadas, tienen que ser variables posibles de identificar en este setting. Esto ha supuesto que las variables analizadas para el estudio sean menos rigurosas que las utilizadas en el artículo de personalidad en el que se han administrado cuestionarios validados para la obtención de las mismas.

El propio seguimiento también tiene sus limitaciones, pues se valora como la única realidad las atenciones en nuestro hospital, y esto implica que todos los procesos previos a la realización de una tentativa únicamente se puedan abordar de forma retrospectiva en la entrevista clínica, quedando expuesto a la intencionalidad y la capacidad de colaboración del paciente y de su familia. Del mismo modo, cualquier tipo de conducta suicida que no requiera de una atención hospitalaria, o que se atienda en otro hospital, no queda registradas en nuestros seguimientos, por lo que la realidad de nuestra muestra es en general más representativa de la realidad del alto riesgo de suicidio en la adolescencia, que del riesgo bajo e incluso del moderado.

Además, el estudio se realiza en un único centro hospitalario, por lo que el potencial de extraer y generalizar las conclusiones tiene sus limitaciones, siendo convenientes estudios multicéntricos que permitan reflejar realidades socioculturales más ricas y diversas. Todo y así, el hospital es un centro de referencia para esta problemática y el seguimiento exhaustivo refleja más el estudio de una población durante seis años, que el de una muestra como tal.

6.6. Implicaciones

Implicaciones en la práctica clínica

En la práctica clínica hemos observado la importancia y la necesidad de incrementar las medidas de detección del malestar en los adolescentes, especialmente cuando se trata de hombres. Hasta que la sociedad no se haga cargo de su parte de responsabilidad en este ámbito, suavizando, liberando de vergüenza y culpa, y validando el malestar en el género masculino, no como signo de debilidad, sino como condición normal del ser humano, tendremos que hacer una función más proactiva a la hora de identificar este malestar y de ofrecer la oportunidad de expresar la presencia de ideación suicida o conducta suicida en todos nuestros pacientes, con especial énfasis en el caso de los hombres, pero también en las mujeres, pues el estigma del suicidio, a pesar de algunos matices, no hace distinción entre hombres y mujeres.

Esto sin duda va a significar una mayor tensión de los servicios de salud comunitarios, como son los centros de atención primaria o los propios de salud mental. Se hace necesario un cambio de paradigma, cambiar la conducta expectante de los servicios de salud esperando a que la situación mejore y se arregle sola, al precio de tener que intervenir cuando la situación es ya muy grave y de difícil resolución, cargando los servicios hospitalarios de casos como los que vemos en nuestra muestra, con alta presencia de psicopatología y comorbilidad, con muchos eventos vitales estresantes y una progresión de la conducta suicida caracterizada por altos índices de recaídas, por no hablar de la transmisión generacional de las dificultades descritas.

Con lo recién expuesto, sin duda la implicación clínica más importante será adelantar líneas de intervención y reforzar o crear intervenciones de prevención universal en la prevención del suicidio, como por ejemplo en los centros educativos o entidades sociales específicas de juventud, en lugar de intentar reforzar las intervenciones indicadas.

Futuras líneas de investigación

Nuestros resultados abren futuras líneas de investigación para profundizar en el conocimiento de la relación de la personalidad con la conducta suicida en el adolescente,

y comprender mejor las diferencias de género y sus implicaciones en el abordaje de la problemática y en las medidas de prevención.

Sin duda, se abre un nuevo mundo de investigación en diferencias de género, asociado principalmente al auge de nuevas identidades de género, al incremento del reconocimiento del género no binario, que puede acabar haciendo confluír variables orgánicas (sexo), con variables relativas a las expectativas sociales (género) y con los procesos de aceptación y encaje de estas nuevas realidades en nuestra cultura.

Del mismo modo, parece fundamental el análisis más detallado y diferenciado por género de los perfiles de predicción de recaídas; pues, si bien en el presente estudio los resultados no han permitido uno de sus objetivos principales, que era precisamente el poder identificar estos perfiles, tanto los resultados como la revisión de la evidencia disponible son indicadores claros de que en nuestro entorno sociocultural, sí hay factores indicadores de mal pronóstico, y que éstos son diferentes para hombres y para mujeres.

Por último, es imprescindible dedicar más esfuerzo al estudio de la conducta suicida en la adolescencia, de forma diferencial y separada de los hallazgos encontrados en la población adulta. La adolescencia es una etapa de especial vulnerabilidad, pero también de gran fortaleza y resiliencia, de modo que los adolescentes son más propensos para dos cosas, tanto para sufrir daños como para recuperarse de ellos. Es una etapa de transición, dinámica, pero claramente diferente de la del adulto, y esta particularidad tiene que ser estudiada de forma diferencial, incluso en el estudio de las diferencias de género. La vida del gusano, la vida de la crisálida y la vida de la mariposa, no pueden ser estudiadas como si fueran una única o la misma cosa.

7. ESTUDIO 2: Artículo: “Diferencias de género en adolescentes con conducta suicida: Personalidad y psicopatología”

**[Title] GENDER DIFFERENCES IN ADOLESCENTS WITH SUICIDAL BEHAVIOR:
PERSONALITY AND PSYCHOPATHOLOGY**

[Running head] Gender differences in adolescents with suicidal behaviors

Sánchez-Fernández, B.^{1,2}, Lombardini, F.¹, Esnaola-Letemendia, E.¹, Vergé-Muñoz, M.¹,
Castellano-Tejedor, C.^{3,4}, Vila-Grifoll, M.^{1,2}, Perez-Racana, A.¹, Sintés, A.^{1,2}, & Villar-Cabeza,
F.^{1,2}

¹ Child and Adolescent Psychiatry and Psychology Department, Hospital Sant Joan de Déu de
Barcelona (Spain)

² Department of Psychiatry and Legal Medicine. Universitat Autònoma de Barcelona (Spain)

³ Department of Basic Psychology. GIES. Universidad Autònoma de Barcelona (Spain)

⁴ RE-FiT Barcelona research group. Parc Sanitari Pere Virgili (PSPV). Vall d'Hebron Institute
of Research (VHIR). Barcelona (Spain)

Correspondence concerning this article should be addressed to Francisco Villar Cabeza. Suicidal Behavior Program, Child and Adolescent Psychiatry and Psychology Department, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, Spain. Passeig Sant Joan de Déu, 2, 08950. Esplugues de Llobregat. E-mail fvillar@sjdhospitalbarcelona.org

Acknowledgements: The authors of the present work wish to thank the collaboration of all the adolescents who voluntarily and selflessly participated in the study.

Financing: This research project was supported by the IRPF assistance collaboration from the Ministry of Health, Social Services and Equality (2015 and 2016).

ABSTRACT

Objectives: This study aims to evaluate the relationship between gender, personality, psychopathology and suicidal behavior among adolescents.

Methods: For this purpose, a cross-sectional study with adolescent inpatients (N=92) displaying suicidal behavior was designed. Sociodemographic characteristics and data related to suicidal behavior were collected. Personality and clinical severity were assessed by administering the “Millon Adolescent Clinical Inventory” (MACI).

Results: Results revealed that for both genders, the most prevalent personality dimensions were *Introversive*, *Self-demeaning*, *Doleful*, *Oppositional*, *Borderline tendency* and *Inhibited*. However, men scored significantly higher in *Inhibited* ($p=0.02$) and women in *Egotistic* ($p=0.03$). Concerning clinical severity of syndromes, women scored significantly higher in *Delinquent Predisposition* ($p=0.04$) and men in *Anxious Feelings* ($p=0.02$), *Depressive Affect* ($p=0.04$) and *Suicidal Tendency* ($p=0.03$), with men reporting more frequent history of *Childhood Abuse* ($p=0.001$). Personality traits related to suicidal behavior in adolescents show some differences regarding gender. In terms of clinical severity, males show greater symptomatology and more frequent experience of abuse, which could be explained by a delay in seeking professional help.

Conclusions: Results highlight the importance of universal interventions aimed at both, promoting a change in attitudes towards seeking psychological help and designing treatments aimed at the acquisition of emotional management skills for both genders.

Keywords: suicide, suicidal behavior, adolescence, personality, gender differences.

INTRODUCTION

Worldwide, more than 800,000 people die from suicide every year (World Health Organization, 2016). Gender has been pointed out as one main sociodemographic factor directly related to differences found in suicidal behavior (Freeman et al., 2017). Several studies show that in most countries, suicide attempts are more frequent in women even though men have higher rates of suicide. As a matter of fact, three out of every four deaths by suicide occur in men, whereas suicide attempts are two to three times more frequent in women (Elnour & Harrison, 2008; Freeman et al., 2017; INE, 2016; WHO, 2014). This phenomenon has been conceptualized as “the gender paradox” (Canetto & Sakinosfsky, 1998). However, this concept is still controversial because it is not universal, and there are countries in which deaths by suicide in women are higher than those of men, reinforcing at the same time the influence of cultural differences on suicidal behavior (Canetto et al., 1998; Canetto, 2008; Counts et al., 1980).

In addition to this, there is no general agreement in the taxonomy of suicidal behavior (Silverman & De Leo, 2016). One of the most used classifications in the adolescent population is that of Ari, Haruvi-Catalan & Apter (2005), which came up from their research on personality traits and suicidal behavior. According to these authors, suicidal behavior encompasses suicidal ideation, suicidal threats, preparatory acts, suicide attempt and consummated suicide. As a key factor, in all these behaviors there must be “some degree of intention to die”. Despite the gradient of severity suggested in this taxonomy, all these behaviors must be taken seriously. In this sense, the study of Nock et al. (2013) shows that the transition time from the onset of suicidal ideation to suicidal planning, and from planning to the first suicide attempt is around one year for both genders.

It is important to bear in mind that adolescence is a period of special vulnerability, where a decrease in life satisfaction and an increase in stress and depression are usually reported, which

has been linked to suicidal behavior in some studies (Anderson & Smith, 2003; Goldbeck et al., 2007; Morales-Vives & Dueñas, 2018). The developmental changes that occur in this period such as the impulsive propensity, the underestimation of risks, as well as the importance of relational aspects like the need of belongingness, can also be associated with greater likelihood of presenting suicidal behavior in adolescents (Burzstein, & Apter, 2009; King & Merchant, 2008). Thus, it is estimated that up to 8% of adolescents have made a suicide attempt throughout this specific life period (Evans et al., 2005). Moreover, the psychiatric population is even more vulnerable as it is estimated that between 20-47% have made a suicide attempt before the age of 18 (Bursztein, & Apter, 2009).

Many of the research conducted in the past decade to study personality in suicidal patients have focused exclusively on a categorical/diagnostic approach, which provides very low specificity and is not capable of predicting suicidal behavior (Arie et al., 2005; Brent et al., 1994; Links, Gould, & Ratnayake, 2003; Pompili et al., 2004), whereas nowadays a more dimensional approach to personality is followed (Lee et al., 2017; Morales-Vives, & Dueñas, 2018), which provides quantitative information regarding the level of severity and the type of psychopathological dysfunction, aiding the management of suicidal behavior (Velting, Rathus, & Miller, 2000). Thus, the study of personality among adolescents is relevant to guarantee the validity of diagnoses, to determine the clinical severity of patients and to facilitate the decision-making process (Velting, Rathus, & Miller, 2000).

Although the study of personality in suicidal behavior is important, there is a scarcity of studies in adolescents using the same assessment instruments. In this sense, Morales-Vives and Dueñas (2018) found a negative correlation between suicidal ideation and emotional stability measured through the "Overall Personality Assessment Scale" (OPERAS), with men showing the highest scores in this dimension. Other studies that are based on the Millon's personality theory do not focus on gender (Ferrer & Kirchner, 2014; Simon & Sanchis, 2010; Velting Rathus & Miller,

2000) or with samples with suicidal ideation, without suicidal attempts (Ferrer & Kirchner, 2015). Other authors have found gender differences in personality in young adults, but have used assessment instruments that are not validated for adolescents, such as the revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) (Costa & McCrae, 1992); therefore, conclusions should be taken with caution. A more recent research based on the NEO-PI-R questionnaire, Koch, Forgas & Matovic (2013) found that extraversion was associated with personality variables that reflect negative emotions, such as anger, contempt, guilt or fear in men, whereas in women extraversion was associated with variables related to activity and self-regulation (Rozanov & Mid'ko, 2011). In summary, despite previous evidence, it is still not clear if there are personality differences according to gender in adolescents with suicidal behavior, which could help design preventive gender-tailored programs (Morales-Vibes & Dueñas, 2018).

The objective of this study is to investigate whether personality, sociodemographic and psychopathological profiles play some role in gender differences related to suicidal behavior during adolescence.

METHOD

Study design

This is a cross-sectional study of inpatient adolescents admitted to a tertiary paediatric Hospital because of suicidal behaviour.

Participants

A total sample of 92 adolescents aged 13 to 17 years old admitted for suicidal behavior were recruited (females, $n=61$). Suicidal behavior was defined as having suicidal ideation, making suicidal threats or preparatory acts or having made a suicide attempt (Ari, Haruvi-Catalan & Apter, 2005). Patients with cognitive or other neuropsychological impairments precluding the assessments or with non-suicidal self-harming behavior, were not included in the study. All

participants and their parents/tutors gave their written informed consent prior to participating in the study.

Outcome variables and assessment instruments

Data for the study was gathered using an *ad hoc* protocol. The following variables were recorded:

- Sociodemographic variables: gender and age.
- Suicidal behavior characteristics: 1/ type of suicidal behavior (following the classification proposed by Arie, Harvi-Catalan & Apter (2005)): suicidal ideation, suicidal threats, preparatory acts and suicide attempt; 2/ method used in the suicide attempt (including: pharmacological drug abuse, poisoning, jumping from a height, exsanguination and hanging); 3/ identified trigger for the suicidal behavior (family and/or peer(s) conflict, break in love, emotional dysregulation, academic problems, mental health disorder, organic disease, other reasons and not specific trigger referred) and 4/ past history of suicidal behavior.
- Past history of non-suicidal self-harming behavior.
- To evaluate patients' personality traits as well as clinical severity of syndromes and expressed concerns, the Spanish version of the "Millon Adolescent Clinical Inventory" (MACI) was used (Millon, 1993). The MACI is a self-report inventory designed specifically to assess personality characteristics and clinical syndromes in the adolescent clinical population (13-19 years old). This instrument has been used in several studies with adolescents presenting suicidal behavior (Ferrer & Kirchner, 2014; 2015; Simón & Sanchis, 2010; Velting et al., 2000; Villar-Cabeza et al., 2018). It has 160 dichotomous response items (T/F) divided into 31 scales. These are grouped as follow: a protocol validity scale (*Reliability*) and three modifying scales that allow measuring certain trends of patient response (*Disclosure, Desirability, Debasement*); twelve scales of personality prototypes that reflect the way in which the features and

personality characteristics of the adolescent combine to form prototypes (*Introversive, Inhibited, Doleful, Submissive, Dramatizing, Egotistic, Unruly, Forceful, Conforming, Oppositional, Self-Demeaning, and Borderline Tendency*); eight scales of expressed concerns that focus on feelings and attitudes of the adolescent that can be a source of conflict or concern (*Identity Diffusion, Self-Devaluation, Body Disapproval, Sexual Discomfort, Peer Insecurity, Social Insensitivity, Family Discord, and Childhood Abuse*) and seven other scales of clinical syndromes, which harbor disorders of high prevalence that manifest themselves in a relatively specific way among adolescents (*Eating Dysfunctions, Substance Abuse Proneness, Delinquent Predisposition, Impulsive Propensity, Anxious Feelings, Depressive Affect, and Suicidal Tendency*). This instrument was validated with a Spanish population and the reliability coefficients of the expressed concerns scales were between 0.65 (*Sexual Discomfort*) and 0.91 (*Self-Devaluation*), and in the personality pattern scales the coefficients ranged from 0.69 (*Submissive*) to 0.90 (*Self-Demeaning*) (Millon & Aguirre, 2004).

Procedure

The data collection period was between December 2015 and January 2018.

When the patient is admitted to a single pediatric room, once the clinical intervention is over, the patient is calm and the crisis has been referred, the patient and family are explained the objectives of the study, and informed consent is given after possible doubts are commented and resolved. Once the consent is signed, the assessment protocol is delivered. Sociodemographic and suicidal behavior and past history of non-suicidal behavior variables were collected by a clinician from medical records. Data related to personality traits and clinical severity were obtained through the administration of the MACI (self-administered, after clinicians' explanations). After completing the questionnaire, the computerized correction was carried out to obtain the results. The whole assessment session took less than 1 hour.

Ethical aspects

Approval for this study was obtained from the Ethics Committee of the hospital, considering the internal ethical regulations, as well as those from the World Medical Association and the Declaration of Helsinki of 1975, with its successive amendments. All the participants and their legal representatives granted their consent in writing after receiving the information regarding the study and the measures to guarantee confidentiality and protection of their personal data. All the data was treated following the Organic Law 3/2018 of Protection of personal data. The confidentiality of the data was ensured at all times using a coding system. The data collected has been exclusively used for the purposes of the present study and participation was not economically rewarded.

Statistical analyses

Statistical analyses were carried out using the SPSS version 26 for Windows. Descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency, percentage) were used to analyze the characteristics of the sample, variables associated to suicidal behavior, past history of non-suicidal behavior and the MACI outcomes for both genders. To analyze gender differences the *Chi square* test for *nominal variables* and the *Mann Whitney's U* test for independent samples (*quantitative variables*) were used. Pearson correlation (r) was used to analyze the relationship between age and the MACI scores. Statistical significance was set at the 0.05 threshold. The number of subjects is enough to test hypotheses of the study, accepting an alpha risk of 0.05 and a beta risk less than 0.2 in a bilateral contrast, 33 subjects are necessary in the first group and 64 in the second group to recognize as statistically significant a difference greater than or equal to 1.5 units. The common standard deviation is assumed to be 2.5. It has been anticipated to have a drop-out rate of 0%.

RESULTS

Descriptive results

A total of 92 patients participated in the study (66.3% females, $n=61$). Mean age was 14.99 ($SD=1.35$, range 13-17), with no statistically significant differences between genders. Regarding suicidal behavior characteristics, there were no statistically significant differences between gender in any of the following variables: type of suicidal behavior, method used to attempt suicide, the identified trigger and previous history of non-suicidal self-harming behavior. Seventy-eight per cent women ($n=48$, mean age=15 years old) were admitted by a suicide attempt compared to 58% of men ($n=18$, mean age=14.44 years old). The most widely used suicide attempt method for both genders was pharmacological drug overdose (93.7% in women, $n=45$ vs 77.7% in men, $n=14$). Likewise, almost half of the men (48%, $n=15$) and half of the women (47%, $n=29$) reported a relational trigger as the inducer of their suicidal behavior. Finally, a history of non-suicidal self-harming behavior was present in 49% of women ($n=30$) and in 38% of men ($n=12$).

MACI personality scales

Mean scores for personality dimensions assessed with the MACI were used to obtain gender-related profiles (see Table 1 and Figure 1). For women the highest scores ($M \geq 60$) were observed in the *Introversive*, *Self-demeaning* and *Doleful* scales, whereas for men the highest scores were observed in the *Introversive*, *Oppositional* and *Doleful* scales. The lowest scores ($M \leq 40$) for both men and women were observed in the *Conforming*, *Egotistic* and *Dramatizing* scales. Statistically significant differences between gender were found in the *Inhibited* scale ($U=672.5$, $p=0.02$), in which men had higher scores than women, and in the *Egotistic* scale ($U=685.5$, $p=0.03$), in which women had higher scores than men.

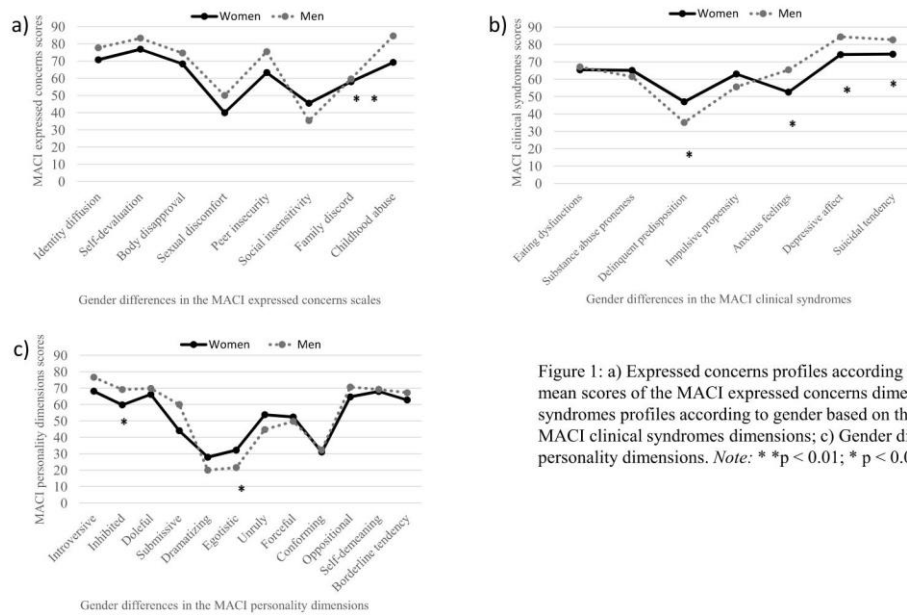


Figure 1: a) Expressed concerns profiles according to gender based on the mean scores of the MACI expressed concerns dimensions; b) Clinical syndromes profiles according to gender based on the mean scores of the MACI clinical syndromes dimensions; c) Gender differences in the MACI personality dimensions. Note: **p < 0.01; * p < 0.05.

Table 1. Gender differences in the MACI personality dimensions (N=92)

Personality Dimensions	Gender	Mean (SD)	U Mann-Whitney	p value <<.05	d-Cohen	% over BR>75
Introversive	Women	68.08 (22.65)	722.50	0.07	--	39.3%
	Men	76.61 (23.05)				54.8%
Inhibited	Women	59.75 (21.12)	672.50	0.02	0.45	26.2%
	Men	69.10 (19.35)				51.6%
Doleful	Women	66.15 (17.53)	797.00	0.22	--	34.4%
	Men	69.81 (17.07)				38.7%
Submissive	Women	44.00 (28.41)	715.00	0.06	--	14.8%
	Men	59.94 (28.02)				29%
Dramatizing	Women	27.87 (26.74)	723.00	0.06	--	8.2%
	Men	20.00 (26.11)				3.2%
Egotistic	Women	32.16 (27.14)	685.50	0.03	0.4	11.5%
	Men	21.52 (24.95)				3.2%
Unruly	Women	53.72 (19.58)	757.50	0.12	--	13.1%

	Men	44.71 (27.93)				16.1%
Forceful	Women	52.38 (18.14)	852.00	0.44	--	11.5%
	Men	49.71 (24.79)				19.4%
Conforming	Women	30.97 (24.99)	913.00	0.78	--	6.6%
	Men	32.23 (31.05)				9.7%
Oppositional	Women	64.67 (17.19)	754.00	0.11	--	27.9%
	Men	70.65 (20.30)				45.2%
Self-demeaning	Women	67.92 (17.89)	864.50	0.50	--	42.6%
	Men	69.19 (18.92)				45.2%
Borderline tendency	Women	62.72 (16.93)	739.00	0.09	--	26.2%
	Men	67.16 (17.79)				38.7%

BR: Base Rate

MACI expressed concerns and clinical syndromes

Clinical severity measured by the MACI *Expressed Concerns* and *Clinical Syndromes* are displayed in Table 2 and Table 3.

Regarding *Expressed concerns*, men had significantly higher scores than women in *Childhood Abuse* ($U=536.5$, $p<0.01$). In regards to the *Clinical syndromes*' scales, men had significantly higher scores than women in *Anxious feelings* ($U=652.5$, $p=0.02$), *Depressive affect* ($U=691.0$, $p<0.04$) and *Suicidal tendency* ($U=687.5$, $p=0.03$), whereas women had higher scores than men in *Delinquent predisposition* ($U=693.5$, $p=0.04$).

Table 2. Gender differences in the MACI expressed concerns (N=92)

Expressed Concerns	Group	Mean (SD)	U Mann-Whitney	p value <<.05	d-Cohen	% over BR>75
Identity diffusion	Women	70.69 (21.94)	766.50	0.14	--	42.6%
	Men	77.68 (24.16)				51.6%
Self-devaluation	Women	76.82 (24.01)	768.00	0.14	--	49.2%
	Men	83.23 (27.23)				61.3%
Body disapproval	Women	68.31 (24.29)	805.50	0.25	--	36.1%
	Men	74.61 (28.26)				58.1%
Sexual discomfort	Women	39.92 (26.97)	787.50	0.19	--	13.1%
	Men	49.94 (28.54)				19.4%
Peer insecurity	Women	63.25 (28.90)	735.00	0.80	--	37.7%
	Men	75.45 (26.52)				51.6%
Social insensitivity	Women	45.46 (26.84)	751.00	0.11	--	19.7%
	Men	35.32 (27.64)				12.9%
Family discord	Women	57.95 (22.23)	915.00	0.80	--	23.0%
	Men	59.55 (23.57)				19.4%
Childhood abuse	Women	69.15 (20.30)	536.50	0.001	0.7	37.7%
	Men	84.48 (24.63)				71.0%

BR: Base Rate

Table 3. *Gender differences in the MACI clinical syndromes (N=92)*

Clinical syndromes	Group	Mean (SD)	U Mann-Whitney	p value <<.05	d-Cohen	% over BR>75
Eating dysfunctions	Women	65.43 (21.31)	919.00	0.83	--	27.9%
	Men	67.10 (23.82)				32.3%
Substance abuse proneness	Women	65.10 (20.88)	847.00	0.42	--	29.5%
	Men	61.52 (27.80)				32.3%
Delinquent predisposition	Women	47.00 (25.67)	693.50	0.04	0.45	13.1%
	Men	35.13 (26.60)				6.5%
Impulsive propensity	Women	63.03 (21.76)	774.50	0.16	--	24.6%
	Men	55.65 (25.93)				22.6%
Anxious feelings	Women	52.57 (25.16)	652.50	0.02	0.51	16.4%
	Men	65.42 (25.04)				35.5%
Depressive affect	Women	74.21 (23.39)	691.00	0.04	0.41	44.3%
	Men	84.45 (25.93)				61.3%
Suicidal tendency	Women	74.49 (20.59)	687.50	0.03	0.37	41.0%
	Men	82.68 (24.99)				61.3%

BR: Base Rate

DISCUSSION

The main objective of this study was to investigate if there are gender differences among adolescents with suicidal behavior in order to propose differential interventions.

The most prevalent type of suicidal behavior in both genders was the suicide attempt and the method most used was drug overdose (9/10 in girls and 7/10 in boys). These results are in line with those found by other authors such as Cibis et al. (2012) or Freeman et al. (2017), who questioned whether the chosen method could explain all gender differences in terms of rates of mortality, as more deaths occurred in men even when using the same method. In addition, in our

sample half of the adolescents identified relational conflicts as the main trigger for suicidal behavior, a result that is in line with previous studies (Dieserud et al., 2010). Similarly, and in relation to self-harming behavior, our results are also consistent with other studies (Kirchner et al., 2011; Nock et al., 2007) that did not find differences in the prevalence of self-harming behavior depending on the gender. The high prevalence of self-harm in the present sample is also in line with the new theoretical approaches to suicide, which explain the relationship between suicidal behavior and self-harm through a model based on the increase of pain tolerance accompanied by a loss of fear to bodily harm, which increases the likelihood of severe self-harming behaviors and therefore enhances the "suicide capacity" (Joiner et al., 2009; Klonsky & May, 2015; Van Orden et al., 2010).

The new theories of suicide such as the "Interpersonal theory of suicide" and "The Three step theory", defend that there are differences between suicidal ideation and suicidal action, and they understand it as a defined process. Research shows that suicidal ideation starts earlier in girls, while preparatory acts or suicidal attempts show no gender differences in the age of onset (Boeninger et al., 2010; Pitman et al, 2012; Freeman et al., 2017). This could indicate either that the transition from suicidal ideation to action is faster in men, or that women communicate it better or earlier than men. Moreover, although both genders experience an increase of suicide attempts at the age of 15-16 years, females show a decrease in late adolescence and young adulthood, while males show a slight linear increase or no differences (Boeninger et al., 2010; Lewinsohn et al., 2001; Rueter et al., 2008). This could be explained by the fact that in Western societies, girls tend to experience social pressure sooner than boys, specifically regarding body image, which might make them mature earlier and face different developmental and identity challenges.

Regarding personality, the general profile of the adolescents from both genders in our sample

shows high scores in the MACI dimensions of *Introversive*, *Inhibited*, *Self-demeaning*, *Doleful*, *Oppositional* and *Borderline tendency*, and low scores in *Conforming*, *Egotistic* and *Dramatizing*, for both genders. These results are consistent with previous studies such as that of Velting et al. (2000), who found low scores in *Conforming* and *Submissive*, and that of Simon and Sanchis (2010), with low scores in the *Conforming*, *Submissive*, *Dramatizing* and *Egotistic*. Besides, our data show that there are indeed several personality traits associated with a higher risk of suicide than others, in fact, some of them appear to be protective, with equal effects independently of gender.

In the present study, differences in the personality profile according to gender were only found in two scales: *Inhibited* and *Egotistic*. Thus, the presence of the *Inhibited* trait in the clinical range was evident in more than half of men. This tendency towards inhibition might indicate an avoidance of intimacy with the other and a lesser expression of one's feelings and experiences. At the same time, this is related to having fewer relationships with others and promoting connectionless, which is, according to the “Interpersonal Theory of suicide” and the “Three Step theory”, an essential factor for suicidal behavior. Besides that, it is also congruent with the approach of Rhodes et al. (2011) explaining the greater presence of internalized symptomatology (higher scores in *Anxious feelings* and *Depressive affect*) and, consequently, the greater *Suicidal tendency*. Finally, higher *Egotistic* scores can be observed in women in the present sample, although globally it is a trait with very little prevalence for both genders. All these results are partially coherent with Rozanov & Mid'ko (2011), who showed that a certain combination of personality traits can help predict the probability of committing a suicide attempt in certain life circumstances, but these combinations may differ according to gender (Rozanov & Mid'ko, 2011).

In relation to the MACI “Expressed concerns”, a large percentage of women and men scored high in *Identity diffusion*, *Self-devaluation*, *Body disapproval* and *Peer insecurity*, which would indicate that adolescents with suicidal behavior also show a broad spectrum of expressed concerns. This is consistent with the “Three Step theory” that highlights pain and suffering as the essential components for committing a suicidal behavior.

Regarding gender differences, men scored significantly higher in *Childhood abuse* (7/10 men vs 4/10 women). Thus, those adolescents who have experienced situations of *bullying*, or psychological, verbal, physical or sexual abuse, tend to score higher in this scale. Consistently with the results of the present study, Rhodes et al. (2011) published a systematic review in which they found a greater association between suicide attempts and sexual abuse in males, which according to the authors is explained by men being less likely to share their traumatic experiences due to feelings of shame and fear of stigmatization because of the traditional male role (Lisak D. 1995). This could be related to a worse integration and elaboration of the trauma and consequently higher psychopathological repercussions, such as feelings of isolation, guilt, sadness and suicidal ideation. With respect to *bullying*, there is no consensus among the literature regarding the possibility of gender differences. While in the first studies by Klomek et al. (2007) the likelihood of occurrence of suicidal behavior was higher with a greater victimization of the victim and no gender differences were found, the same research group, some years later, found that there was a relationship between harassment and suicidal ideation in men who suffered bullying frequently and for long periods of time, whereas in women this association was also found even when the frequency was low (Klomek et al., 2011). Thus, this data accumulates evidence towards men’s tendency of not asking for help and keeping their pain in silence.

Regarding the MACI “Clinical Syndromes”, men obtained higher scores in the scales that measure internalizing symptoms such as *Anxious feelings* and *Depressive affect*, while women

had higher scores in externalizing symptoms, such as the *Delinquent predisposition* scale. Although this finding in females may seem contradictory because of the results obtained in the personality dimensions which show higher scores in the *Introversive*, *Self-demeaning* and *Doleful scales*, they are however coherent with those of other authors who point out that female delinquents have an introverted, self-demeaning and doleful personality profile, accompanied by greater emotional instability, low self-esteem and high incidence of suicidal behavior, compared to male offenders (Loper, Hoffschmidt, & Ahs, 2001; Vinet & Alarcón, 2009). Regarding *Anxious feelings* in men, our results are consistent with those who state that adolescents with high levels of anxiety are more apprehensive, reactive and skeptical, and have higher levels of suicidal symptomatology (Stewart et al., 2008). In relation to *Depressive affect*, Rozanov and Mid'ko (2011) found similar results as they identified depression as the mediating variable that best explained the relationship between personality dimensions and suicidal behavior in men. They concluded that the personality profile of men was more related to the tendency of having feelings of guilt, sadness, hopelessness and loneliness, while in women it was more associated with variables related to activity and self-regulation (Rozanov & Mid'ko, 2011). In the same line, a greater association between the risk of suicide and “minor mental disorders” has been found in men (Gunnell et al., 2002), and also a lower tendency to seek and receive medical treatment and social support in the face of depressive symptomatology (Parslow & Jorm 2000). In this sense, the experience to suffer from depression and anxiety could be greatly influenced and explained by the stereotypical male role of western cultures (Eisler, Skidmore, & Ward, 1988; Good & Mintz, 1990; Sharpe & Heppner, 1991), who consider the expression of these symptoms as something typically feminine related to greater vulnerability, passivity and dependence (Chodorow 1978). Other authors have also related this stereotype to difficulties building strong and long-term relationships, and sharing with confidence emotional pains, which are in part fundamental to cope with daily stressors (Lisak, 1995).

For an integrated understanding of the results we need to consider a sociological perspective. In western societies, death by suicide in women is considered more wrong, foolish and less permissible than suicide in men (Canetto, 2008; Deluty, 1988), whereas suicidal ideation or suicide attempt seem to be more accepted in females than in males. In a study by Rich et al (1992), girls were less worried about being disapproved for their suicidal ideation than boys. It could also be an issue of expectation, as girls have higher rates of suicidal behavior than boys. In regards to the gender differences in the clinical presentations, our results are in line with previous studies that identify depression in men as the mediating variable that best explains the relationship between personality dimensions and suicidal behavior, while in women it is more associated to variables related to activity and self-regulation, and not so much to depression (Rozanov & Mid'ko, 2011). Therefore, we hypothesize that men could benefit more from treatments aimed at treating depressive symptomatology, whereas women could benefit more from interventions based on the acquisition of emotional management resources and social skills from the Dialectical Behavioral Therapy (Linehan et al., 2015; Mehlum et al., 2016) and problem-solving (Rudd et al., 1996).

It seems clear that the male attitude of “wait and see” instead of seeking medical or social help, is common in regards to body or mental health concerns or in situations perceived as abusive (Addis & Mahalik, 2003; Mansfield, et al. 2003; Möller-Leimkühler, 2002; Parslow & Jorm, 2000). This gender-related delay effect is socially determined, as men are more likely to avoid seeking help when they are confronted with life events that diminish their sense of control (Brehm JW ,1996; Powell et al.,2016). Furthermore, masculinity norms or shared cultural expectations about male behavior (Spence et al., 1987), have a profound influence on men’s identity and help-seeking attitudes (Addis, & Mahalik, 2003; Galdas et al., 2005; Fish et al., 2015). In regards to preventing suicidal behaviors, interventions aimed at favoring a social

change in the delay of seeking help are suitable. These interventions aimed at identifying one's own emotions, encouraging attitudes of requesting help and identifying risk partners, could be carried out in schools. Examples of such programs are the "Empowering a Multimodal Pathway Toward Healthy Youth Empathy program" from Canada (Silverstone et al., 2017), or the "Youth Aware of Mental Health YAM program", a multicenter trial from Austria, Estonia, France, Germany, Hungary, Ireland, Italy, Romania, Slovenia and Spain (Wasserman et al., 2015). At an individual level, it seems important to work with the more inhibited boys and break the cultural taboos and shame that prevents them from reporting problems/symptoms and asking for help.

In conclusion, the results of the present study highlight the need to address the suicidal behaviors in adolescents in a different way, to avoid the risk of drawing conclusions based only on the specific characteristics of women because of its higher representation in the studies. Our results show that male adolescents have a more severe clinical presentation, a greater experience of referred abuse and are more inhibited in their personality profiles compared to women.

From our data we could draw two explanations: the first one hypothesizes that men could benefit more from interventions aimed at treating depression and women from treatments oriented at the acquisition of emotional management skills. The second one hypothesizes that fewer men, and with more severe symptomatology, seek medical help for suicidal behavior, probably due to the sociocultural context. This highlights the need to improve early detection of emotional suffering in men and the access to medical help, and to educate societies in the acceptance of men sharing their emotional pain, which could decrease the higher rates of consummated suicide in men compared to women.

Finally, in regards to the limitations of the present study these are: 1) the data was gathered from a single center, with multicenter studies being recommended; 2) the sample was recruited in a hospital setting where patients present with more severe suicidal behavior, thus, the results are

not extensive to patients with low risk of suicidal behavior; 3) the sample was a convenience sample as we wanted both genders to be sufficiently represented; 4) the study does not allow to identify the mediating variables in the relationship between personality dimensions and suicidal behavior.

Despite these limitations it is worth highlighting the strengths of the present research: 1) Many studies include in their samples adolescents with low risk of suicide, and we know that most of these do not move to more serious behaviors. Our sample only includes high-risk adolescents who do end up committing more serious suicidal behaviors, adding to the existing knowledge and providing a better characterization of the problem; 2) The sample size is adequate to the objectives of the study and both genders are sufficiently represented; 3) The use of validated assessment instruments; and 4) The representativeness of the sample, as it has been recruited in a tertiary hospital that is a reference center for child and adolescent psychiatry in a wide geographical area.

As for future lines of research, the mediating variables in the relationship between personality dimensions and suicidal behavior should be further investigated. It would be interesting to know the nature of these relationships and make proposals of explanatory models for the findings, mainly in relation to the nature of the internalizing/externalizing symptoms and its influence in the acting transition. Also, if we had a bigger sample, it would be interesting to study if there are gender differences in patients with high risk and low risk of suicidal behaviors.

8. Conclusiones Generales

- 1) El perfil de personalidad de los adolescentes que presentan conducta suicida de alto riesgo es muy similar en chicos y chicas. Ambos géneros presentan puntuaciones elevadas en las dimensiones: Introverso, Inhibido, Pesimista, Opositorista y Autopunitivo. Así mismo, ambos géneros presentan puntuaciones bajas en las dimensiones: Histriónico, Egocéntrico y Conformista.
- 2) Los adolescentes hombres que presentan conducta suicida de alto riesgo son más inhibidos que sus homólogas, adolescentes chicas.
- 3) Los adolescentes hombres tienen una presentación clínica más severa en depresión, ansiedad y tendencia suicida, y una mayor experiencia de abuso referido, mientras que las mujeres presentan mayor tendencia a la delincuencia.
- 4) A nivel diagnóstico, entre los adolescentes atendidos en urgencias hospitalarias de psiquiatría por presentar conducta suicida, los Trastornos de la conducta alimentaria y la presencia de Rasgos desadaptativos de la personalidad son más prevalentes en mujeres que en hombres. Mientras los Trastornos de conducta, los Trastornos del espectro autista y los Trastornos por déficit de atención e hiperactividad, son más prevalentes en hombres.
- 5) Los antecedentes de conducta autolesiva no suicida y los abusos sexuales en la infancia son más prevalentes entre las mujeres que entre los hombres que acuden a urgencias por conducta suicida.
- 6) Respecto a la conducta suicida, las chicas atendidas en urgencias por conducta suicida presentan más antecedentes de tentativas previas, y vuelven a repetir un intento con más frecuencia que los hombres, tanto durante los primeros seis meses, como durante el primer año tras el primer contacto con el servicio de urgencias por conducta suicida. Los fallecimientos por suicidio tras el alta hospitalaria son el doble en hombres que en mujeres.

- 7) Tanto hombres como mujeres tienden a elegir como primer método de suicidio la Sobreingesta medicamentosa, pero los hombres escogen con más frecuencia que las mujeres métodos más violentos como son el ahorcamiento o la precipitación.
- 8) Los adolescentes atendidos en urgencias hospitalarias de psiquiatría por conducta suicida, identifican, sin diferencias de género, los conflictos familiares como desencadenante más frecuente de sus crisis. De forma paralela, los adolescentes hombres identifican los problemas académicos y las rupturas sentimentales como desencadenantes con más frecuencia que las mujeres. A su vez, éstas identifican como desencadenante de la crisis la gestión emocional, con más frecuencia que sus homólogos hombres.
- 9) En nuestro ámbito sociocultural, se hace necesaria una intervención de prevención universal del suicidio orientada a la privación de acceso a medicación al menos hasta la mayoría de edad, tanto en el ámbito familiar como en farmacias u otros centros con capacidad de dispensar medicación.
- 10) Derivado de nuestros resultados, podemos concluir que sería apropiado contemplar una perspectiva de género en todos los abordajes y la planificación de intervenciones de prevención del suicidio, tanto universales, como selectivas e indicadas.

9. Referencias bibliográficas

- Acosta Artiles, F. J., Rodríguez Rodríguez-Caro, C. J., & Cejas Méndez, M. R. (2017). Noticias sobre suicidio en los medios de comunicación. Recomendaciones de la OMS. *Revista Española de Salud Pública, 91*.
- Addis, M. E., Mansfield, A. K., & Syzdek, M. R. (2010). Is “masculinity” a problem?: Framing the effects of gendered social learning in men. *Psychology of Men & Masculinity, 11*(2), 77–90. <https://doi.org/10.1037/a0018602>
- Ahmedani, B. K., Simon, G. E., Stewart, C., Beck, A., Waitzfelder, B. E., Rossom, R., ... Solberg, L. I. (2014). Health Care Contacts in the Year Before Suicide Death. *J Gen Intern Med, 29*(6), 870–877. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2767-3>
- Alao, A. O., Soderberg, M., Pohl, E. L., & Alao, A. L. (2006). Cybersuicide: Review of the Role of the Internet on Suicide. *CyberPsychology & Behavior, 9*(4), 489–493. <https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9.489>
- Amer, N. R. Y., & Hamdan-Mansour, A. M. (2014). Psychosocial Predictors of Suicidal Ideation in Patients Diagnosed with Chronic Illnesses in Jordan. *Issues in Mental Health Nursing, 35*(11), 864–871. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.917752>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. APA. <https://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*. <https://doi.org/10.3390/ijerph9030985>
- Anderson, R. N., & Smith, B. L. (2003). Deaths: leading causes for 2001. National vital statistics reports : from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System, 52(9), 1–85.

- Andover, M. S., & Gibb, B. E. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, *178*(1), 101–105. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.03.019>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.013>
- Apter, A., Plutchik, R., & Praag, H. M. (1993). Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *87*(1), 1–5. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03321.x>
- Arie, M., Haruvi-Catalan, L., Apter, A., Arie, M. M., Haruvi-Catalan LIB, L. B., & Author Alan Apter, C. (2005). Personality and suicidal behavior in adolescence. *Clinical Neuropsychiatry*, *2*(1), 37–47.
- Armitage, C. J., Rahim, W. A., Rowe, R., & O'Connor, R. C. (2016). An exploratory randomised trial of a simple, brief psychological intervention to reduce subsequent suicidal ideation and behaviour in patients admitted to hospital for self-harm. *British Journal of Psychiatry*, *208*(5), 470–476. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.162495>
- Arroll, B., Elley, C. R., Fishman, T., Goodyear-Smith, F. A., Kenealy, T., Blashki, G., ... MacGillivray, S. (2009). Antidepressants versus placebo for depression in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *63*(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007954>
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004, November 4). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*. BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-37>
- 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. https://doi.org/10.1176/ps.62.11.pss6211_1303
- Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., ... Saiz Ruiz, J. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 8–23. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.001>
- Baldessarini, R. J., & Tondo, L. (2009). Suicidal risks during treatment of bipolar disorder patients with lithium versus anticonvulsants. *Pharmacopsychiatry*, 42(2), 72–75. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1103291>
- Baldessarini, Ross J, Tondo, L., Davis, P., Pompili, M., Goodwin, F. K., & Hennen, J. (2006). Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disorders*, 8(5p2), 625–639. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2006.00344.x>
- Barak, Y., Mirecki, I., Knobler, H. Y., Natan, Z., & Aizenberg, D. (2004). Suicidality and second generation antipsychotics in schizophrenia patients: A case-controlled retrospective study during a 5-year period. *Psychopharmacology*, 175(2), 215–219. <https://doi.org/10.1007/s00213-004-1801-2>
- Baume, P., Cantor, C. H., & Rolfe, A. (1997). Cybersuicide: the role of interactive suicide notes on the Internet. *Crisis*, 18(2), 73. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.18.2.73>
- Beautrais, A. L. (2002a). A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32(1), 1–9. <https://doi.org/10.1521/suli.32.1.1.22184>
- Beautrais, A. L. (2002b). A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32(1), 1–9. <https://doi.org/10.1521/suli.32.1.1.22184>
- Beautrais, A. L. (2003). Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: A 5 year follow-up. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 595–599.

<https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01236.x>

Beautrais, A. L. (2006, January 10). Women and suicidal behavior. *Crisis*. Hogrefe & Huber Publishers. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.27.4.153>

Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1997). Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*(11), 1543–1551. [https://doi.org/10.1016/s0890-8567\(09\)66563-1](https://doi.org/10.1016/s0890-8567(09)66563-1)

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale of Suicide Ideation. *Article in Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *47*(2), 343. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>

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. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.5.559>

Beck, Aaron T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *42*(6), 861–865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>

Beck, R. W., Morris, J. B., & Beck, A. T. (1974). Cross validation of the suicidal intent scale. *Psychological Reports*, *34*(2), 445–446. <https://doi.org/10.2466/pr0.1974.34.2.445>

Benazzi, F., Berk, M., Frye, M. A., Wang, W., Barraco, A., & Tohen, M. (2009). Olanzapine/fluoxetine combination for the treatment of mixed depression in bipolar I disorder: A post hoc analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, *70*(10), 1424–1431. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04772gre>

Bender, T. W., Gordon, K. H., Bresin, K., & Joiner, T. E. (2011). Impulsivity and suicidality: The mediating role of painful and provocative experiences. *Journal of Affective Disorders*, *129*(1–3), 301–307. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.023>

- Biddle, L., Donovan, J., Hawton, K., Kapur, N., & Gunnell, D. (2008). Suicide and the internet. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *336*(7648), 800–802.
<https://doi.org/10.1136/bmj.39525.442674.AD>
- Blanchard, D. (1984). Applicability of animal models to human aggression. *Progress in Clinical and Biological Research*, (169), 49–74.
- Boeninger, D. K., Masyn, K. E., Feldman, B. J., & Conger, R. D. (2010). Sex differences in developmental trends of suicide ideation, plans, and attempts among European American adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *40*(5), 451–464.
<https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.5.451>
- 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. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04967blu.Twelve>
- Brehm JW. A Theory of Psychological Reactance. *Oxford England: Academic Press*; (1966)
- 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), 116–128. <https://doi.org/10.1007/s10880-011-9240-9>
- Brent, D. A., Johnson, B. A., Perper, J., Connolly, J., Bridge, J., Bartle, S., & Rather, C. (1994). Personality Disorder, Personality Traits, Impulsive Violence, and Completed Suicide in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *33*(8), 1080–1086.
- Brent, D. a, Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., ... Mann, J. J. (2002). Familial Pathways to Early-Onset Suicide Attempt. *Archives of General Psychiatry*, *59*(9), 801. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.9.801>
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*.

<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>

Brodsky, B. S., Oquendo, M., Ellis, S. P., Haas, G. L., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2001).

The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *American Journal of Psychiatry*, *158*(11), 1871–1877.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1871>

Brunstein Klomek, A., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I. S., & Gould, M. S. (2007).

Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *46*(1), 40–49.

<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000242237.84925.18>

Bryan, C. J., Mintz, J., Clemans, T. A., Burch, T. S., Leeson, B., Williams, S., & Rudd, M. D.

(2018). Effect of crisis response planning on patient mood and clinician decision making: A clinical trial with suicidal U.S. soldiers. *Psychiatric Services*, *69*(1), 108–111.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700157>

Bursztein, C., & Apter, A. (2009). Adolescent suicide. *Current Opinion in Psychiatry*.

<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283155508>

Calabrese, J. R., Keck, P. E., Macfadden, W., Minkwitz, M., Ketter, T. A., Weisler, R. H., ...

Mullen, J. (2005). A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of quetiapine in the treatment of bipolar I or II depression. *American Journal of Psychiatry*, *162*(7),

1351–1360. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.7.1351>

Canetto S. S. (2008). Women and suicidal behavior: a cultural analysis. *The American*

journal of orthopsychiatry, *78*(2), 259–266.

Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The Gender Paradox in Suicide. *Suicide and Life-*

Threatening Behavior, *28* (1), 1–23.

Carballo, J. J., Llorente, C., Kehrmann, L., Flamarique, I., Zuddas, A., Purper-Ouakil, D., ...

Consortium, the S. (2019). Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1–18.

<https://doi.org/10.1007/s00787-018-01270-9>

- Carlson, G. A., & Cantwell, D. P. (1982). Suicidal Behavior and Depression in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21(4), 361–368.
[https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)60939-0](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)60939-0)
- Carrasco-Gomez, J. J. (1990). *Responsabilidad médica y psiquiatría*. (Colex). Madrid.
- Cavanagh, J. T. O., Owens, D. G. C., & Johnstone, E. C. (1999). Life events in suicide and undetermined death in south-east Scotland: A case-control study using the method of psychological autopsy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(12), 645–650. <https://doi.org/10.1007/s001270050187>
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. *World Psychiatry*, 13(2), 153–160.
<https://doi.org/10.1002/wps.20128>
- Cheung, A. H., Emslie, G. J., & Mayes, T. L. (2005). Review of the efficacy and safety of antidepressants in youth depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01467.x>
- Chodorow, N. (1978). *The reproduction of mothering*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Cibis, A., Mergl, R., Bramesfeld, A., Althaus, D., Niklewski, G., Schmidtke, A., & Hegerl, U. (2012). Preference of lethal methods is not the only cause for higher suicide rates in males. *Journal of Affective Disorders*, 136(1–2), 9–16.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.032>
- Cole, A. B., Littlefield, A. K., Gauthier, J. M., & Bagge, C. L. (2019). Impulsivity facets and perceived likelihood of future suicide attempt among patients who recently attempted suicide. *Journal of Affective Disorders*, 257, 195–199.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.038>
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 13(6), 653–665.

- Collins, J. C., & McFarland, B. H. (2008). Divalproex, lithium and suicide among Medicaid patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 107*(1–3), 23–28.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.07.014>
- Conner, K. R., Duberstein, P. R., Conwell, Y., & Caine, E. D. (2003, July 1). Reactive aggression and suicide: Theory and evidence. *Aggression and Violent Behavior*. Elsevier Ltd. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(02\)00067-8](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(02)00067-8)
- Cooper, J., Appleby, L., & Amos, T. (2002). Life events preceding suicide by young people. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*(6), 271–275.
<https://doi.org/10.1007/s001270200019>
- Corkery, J. M., Button, J., Vento, A. E., & Schifano, F. (2010). Two UK suicides using nicotine extracted from tobacco employing instructions available on the Internet. *Forensic Science International, 199*(1–3), e9–e13.
<https://doi.org/10.1016/J.FORSCIINT.2010.02.00>
- Counts, D.A. (1980), Fighting back is not the way: suicide and the women of Kaliai. *American Ethnologist, 7*: 332-351. <https://doi.org/10.1525/ae.1980.7.2.02a00070>
- Coupland, C., Hill, T., Morriss, R., Arthur, A., Moore, M., & Hippisley-Cox, J. (2015). Antidepressant use and risk of suicide and attempted suicide or self harm in people aged 20 to 64: Cohort study using a primary care database. *BMJ (Online), 350*.
<https://doi.org/10.1136/BMJ.h517>
- Courtet, P., Jollant, F., Castelnaud, D., Buresi, C., & Malafosse, A. (2005). Suicidal behavior: Relationship between phenotype and serotonergic genotype. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics, 133C*(1), 25–33.
<https://doi.org/10.1002/ajmg.c.30043>
- Cowdry, R. W., & Gardner, D. L. (1988). Pharmacotherapy of Borderline Personality Disorder: Alprazolam, Carbamazepine, Trifluoperazine, and Tranylcypromine. *Archives of General Psychiatry, 45*(2), 111–119.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800260015002>

- 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.
- De Hert, M., McKenzie, K., & Peuskens, J. (2001). Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: A long-term follow-up study. *Schizophrenia Research*, 47(2–3), 127–134. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(00\)00003-7](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(00)00003-7)
- 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. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.27.1>.
- Deluty, R. H. (1989). Factors Affecting the Acceptability of Suicide. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 19(4), 315–326.
- Detke, H. C., Delbello, M. P., Landry, J., & Usher, R. W. (2015). Olanzapine/fluoxetine combination in children and adolescents with bipolar i depression: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(3), 217–224. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.12.012>
- Detullio, D., Kennedy, T. D., & Millen, D. H. (2021, February 19). Adolescent aggression and suicidality: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*. Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2021.101576>
- 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. <https://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. <https://doi.org/10.1097/00004583-201002000-00006>

Dieserud, G., Gerhardsen, R. M., Van den Weghe, H., & Corbett, K. (2010). Adolescent suicide attempts in Bærum, Norway, 1984-2006: Trends, triggers, and underlying reasons. *Crisis*, 31(5), 255–264. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000030>

Drapeau, C. W., & McIntosh, J. L. (for the American Association of Suicidology). (2015). U.S.A. suicide 2014: Official final data. Retrieved from <http://www.suicidology.org/resources/facts-statistics>

Dunlop, S. M., More, E., & Romer, D. (2011). Where do youth learn about suicides on the Internet, and what influence does this have on suicidal ideation? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1073–1080. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02416.x>

Eagly, A. H. (2009). The His and Hers of Prosocial Behavior: An Examination of the Social Psychology of Gender. *American Psychologist*, 64(8), 644–658. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.64.8.644>

Eisler, R. M., Skidmore, J. R., & Ward, C. H. (1988). Masculine gender-role stress: predictor of anger, anxiety, and health-risk behaviors. *Journal of personality assessment*, 52(1), 133–141.

Elnour, A. A., & Harrison, J. (2008). Lethality of suicide methods. *Injury Prevention*, 14(1), 39–45. <https://doi.org/10.1136/ip.2007.016246>

Ernst, C. L., & Goldberg, J. F. (2004, January). Antisucide Properties of Psychotropic Drugs: A Critical Review. *Harvard Review of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1080/10673220490425924>

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. <https://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*. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc3&NEWS=N&AN=1997-36803-014>
- Fergusson, D. M., Beautrais, A. L., & Horwood, L. J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine*, *33*(1), 61. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006748>
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J., & Horwood, L. J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, *30*(1), 23–39. <https://doi.org/10.1017/S003329179900135X>
- Ferrer, L., & Kirchner, T. (2014). Suicidal tendency in a sample of adolescent outpatients with Adjustment Disorder: Gender differences. *Comprehensive Psychiatry*, *55*(6), 1342–1349. <https://doi.org/10.1016/J.COMPPSYCH.2014.04.017>
- Ferrer, L., & Kirchner, T. (2015). Suicidal Tendency Among Adolescents With Adjustment Disorder. *Crisis*, *36*(3), 202–210. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000309>
- Fiedorowicz, J. G., & Chigurupati, R. B. (2009). The Internet in suicide prevention and promotion. In Nova Science Publishers (Ed.), *Internet and Suicide* (pp. 1–12). New York, New York, USA.
- Filaković, P., & Erić, A. P. (2013). Pharmacotherapy of Suicidal Behaviour in Major Depression, Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Collegium Antropologicum*, *37*(3), 1039–1044.
- Fish, J. A., Prichard, I., Ettridge, K., Grunfeld, E. A., & Wilson, C. (2015). Psychosocial factors that influence men's help-seeking for cancer symptoms: a systematic synthesis of mixed methods research. *Psycho-oncology*, *24*(10), 1222–1232.
- 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*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.2471/BLT.07.046995>
- Freeman, A., Mergl, R., Kohls, E., Székely, A., Gusmao, R., Arensman, E., ... Rummel-Kluge, C. (2017). A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry*, *17*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1398-8>
- Fu, D. J., Ionescu, D. F., Li, X., Lane, R., Lim, P., Sanacora, G., ... Canuso, C. M. (2020). Esketamine nasal spray for rapid reduction of major depressive disorder symptoms in patients who have active suicidal ideation with intent: Double-blind, randomized study (ASPIRE I). *Journal of Clinical Psychiatry*, *81*(3). <https://doi.org/10.4088/JCP.19m13191>
- Galdas PM, Cheater F, Marshall P. (2005) Men and health help-seeking behaviour: literature review. *Journal of Advanced Nursing*.*49*(6), 616-623.
- 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), 363–370.
- Ghaemi, S. N., Rosenquist, K. J., Ko, J. Y., Baldassano, C. F., Kontos, N. J., & Baldessarini, R. J. (2004). Antidepressant Treatment in Bipolar Versus Unipolar Depression. *American Journal of Psychiatry*, *161*(1), 163–165. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.1.163>
- Giddens, J. M., Sheehan, K. H., & Sheehan, D. V. (2014). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS): Has the “Gold Standard” Become a Liability? *Innovations in Clinical Neuroscience*, *11*(9–10), 66–80. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2163>
- Giddens, J. M., & Sheehan, D. V. (2014). Is There Value in Asking the Question “Do you think you would be better off dead?” in Assessing Suicidality? A Case Study. *Innovations in Clinical Neuroscience*, *11*(9–10), 182–190.
- Giner, L., & Guija, J. A. (2014). Número de suicidios en España: diferencias entre los datos

del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.002>

Goldbeck, L., Schmitz, T. G., Besier, T., Herschbach, P., & Henrich, G. (2007). Life satisfaction decreases during adolescence. *Quality of Life Research*, *16*(6), 969–979.
<https://doi.org/10.1007/s11136-007-9205-5>

Good, G. E., & Mintz, L. B. (1990). Gender role conflict and depression in college men: Evidence for compounded risk. *Journal of Counseling & Development*, *69*(1), 17–21.

Goodwin, F. K., Fireman, B., Simon, G. E., Hunkeler, E. M., Lee, J., & Revicki, D. (2003). Suicide Risk in Bipolar Disorder during Treatment with Lithium and Divalproex. *Journal of the American Medical Association*, *290*(11), 1467–1473.
<https://doi.org/10.1001/jama.290.11.1467>

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.
<https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181bef6d5>

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. <https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e3182767ac8>

Guan, S.-S. A., & Subrahmanyam, K. (2009). Youth Internet use: risks and opportunities. *Current Opinion in Psychiatry*, *22*(4), 351–356.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32832bd7e0>

Gunnell, D., Rasul, F., Stansfeld, S. A., Hart, C. L., & Davey Smith, G. (2002). Gender differences in self-reported minor mental disorder and its association with suicide. A 20-year follow-up of the Renfrew and Paisley cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *37*(10), 457–459. <https://doi.org/10.1007/s00127-002->

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), 135–138.

<https://doi.org/10.1136/BMJ.323.7305.135>

Hammad, T. A., Laughren, T., & Racoosin, J. (2006). Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Archives of General Psychiatry*, *63*(3), 332–339.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.3.332>

Hatkevich, C., Venta, A., & Sharp, C. (2019). Theory of mind and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. *Journal of Affective Disorders*, *256*, 17–25.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.051>

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. <https://doi.org/10.1093/aje/kwn017>

Hawton, K. (2000). Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour. *British Journal of Psychiatry*. Cambridge University Press.

<https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.484>

Hawton, K, Harriss, L., Hall, S., Simkin, S., Bale, E., & Bond, a. (2003). Deliberate self-harm in Oxford, 1990-2000: a time of change in patient characteristics. *Psychological Medicine*, *33*, 987–995. <https://doi.org/10.1017/S0033291703007943>

Hawton, Keith. (2007). Restricting access to methods of suicide rationale and evaluation of this approach to suicide prevention. *Crisis*. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.28.S1.4>

Hawton, Keith, Bergen, H., Cooper, J., Turnbull, P., Waters, K., Ness, J., & Kapur, N. (2015). Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000-2012. *Journal of Affective Disorders*, *175*, 147–151.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.062>

- Hawton, Keith, & Harriss, L. (2007). Deliberate Self-Harm in Young People: Characteristics and Subsequent Mortality in a 20-Year Cohort of Patients Presenting to Hospital. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *68*(10), 0–0.
- Hawton, Keith, Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, *379*(9834), 2373–2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Hawton, Keith, 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), 1203–1207. <https://doi.org/10.1136/BMJ.322.7296.1203>
- Hawton, Keith, Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, *182*(6), 537–542. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.6.537>
- Hennen, J., & Baldessarini, R. J. (2005). Suicidal risk during treatment with clozapine: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, *73*(2–3), 139–145. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.05.015>
- Henriksson, M., Aro, H., Marttunen, M., Heikkinen, M., Isometsa, E., Kuoppasalmi, K., & Lonnqvist, J. (1993). Mental Disorders and Comorbidity in Suicide. *American Journal of Psychiatry*, *150*(6), 935. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.6.935>
- Hinde, R. (1966). *Animal behavior: a synthesis of ethology and comparative psychology*.
- Hintikka, J., Koivumaa-Honkanen, H., Lehto, S. M., Tolmunen, T., Honkalampi, K., Haatainen, K., & Viinamäki, H. (2009). Are factors associated with suicidal ideation true risk factors? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *44*(1), 29–33. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0401-6>
- Holländare, F., Tillfors, M., Nordenskjöld, A., & Sellin, T. (2020). Are quantity and content of psychiatric interventions associated with suicide? A case-control study of a Swedish sample. *BMC Psychiatry*, *20*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-141>

- Hom, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E. (2015a). Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.006>
- Hom, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E. (2015b). Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.006>
- Horton, S. E., Hughes, J. L., King, J. D., Kennard, B. D., Westers, N. J., Mayes, T. L., & Stewart, S. M. (2015). Preliminary Examination of the Interpersonal Psychological Theory of Suicide in an Adolescent Clinical Sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, (Prinstein 2008), 1–12. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0109-5>
- Houston, J. P., Ahl, J., Meyers, A. L., Kaiser, C. J., Tohen, M., & Baldessarini, R. J. (2006). Reduced suicidal ideation in bipolar I disorder mixed-episode patients in a placebo-controlled trial of olanzapine combined with lithium or divalproex. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8), 1246–1252. <https://doi.org/10.4088/JCP.v67n0811>
- 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.
<https://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>
- Instituto Nacional de Estadística (INE, 2021). Retrieved on 16/08/2019
http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176795&menu=ultiDatos&idp=1254735573206

- Ionescu, D. F., Fu, D. J., Qiu, X., Lane, R., Lim, P., Kasper, S., ... Canuso, C. M. (2021). Esketamine Nasal Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients With Major Depressive Disorder Who Have Active Suicide Ideation With Intent: Results of a Phase 3, Double-Blind, Randomized Study (ASPIRE II). *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, *24*(1), 22–31.
<https://doi.org/10.1093/ijnp/pyaa068>
- Isacsson, G., Bergman, U., & Rich, C. L. (1996). Epidemiological data suggest antidepressants reduce suicide risk among depressives. *Journal of Affective Disorders*, *41*(1), 1–8. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(96\)00050-X](https://doi.org/10.1016/0165-0327(96)00050-X)
- Janet Kuramoto, S., Brent, D. a, & Wilcox, H. C. (2009). The impact of parental suicide on child and adolescent offspring. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *39*(2), 137–151.
<https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.2.137>
- Jiménez Treviño, Luis Bobes García, Julio Saiz Martínez, P. A. (2006). Suicidio y depresión. *HUMANITAS, HUMANIDADES MÉDICAS.*, Num. 9(Tema del mes on-line), 1–21.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA, US: Harvard University Press.
- Joiner, T. E., Van Orden, K. a, Witte, T. K., Selby, E. a, Ribeiro, J. D., Lewis, R., & Rudd, M. D. (2009). Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: empirical tests in two samples of young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, *118*(3), 634–646. <https://doi.org/10.1037/a0016500>
- Jollant, F., Lawrence, N. L., Olié, E., Guillaume, S., & Courtet, P. (2011, August). The suicidal mind and brain: A review of neuropsychological and neuroimaging studies. *World Journal of Biological Psychiatry*. Taylor & Francis.
<https://doi.org/10.3109/15622975.2011.556200>
- Juan, C. M. A., Marcelo, A. M., & Hernán, S. I. (2015). Suicide psychopharmacology: A critical analysis. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, *53*(2), 127–133.
<https://doi.org/10.4067/s0717-92272015000200008>
- Keilp, J. G., Beers, S. R., Burke, A. K., Melhem, N. M., Oquendo, M. A., Brent, D. A., &

- Mann, J. J. (2014). Neuropsychological deficits in past suicide attempters with varying levels of depression severity. *Psychological Medicine, 44*(14), 2965–2974. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000786>
- 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. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.617>
- Kessler, Ronald C, Price, R. H., & Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology, 36*(1), 531–572.
- Ketter, T. A., Miller, S., Dell’Osso, B., & Wang, P. W. (2016, February). Treatment of bipolar disorder: Review of evidence regarding quetiapine and lithium. *Journal of Affective Disorders*. Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.002>
- Khan, M. M., & Prince, M. (2003, June). Beyond rates: The tragedy of suicide in Pakistan. *Tropical Doctor*. SAGE PublicationsSage UK: London, England. <https://doi.org/10.1177/004947550303300203>
- King, C. A., Arango, A., Kramer, A., Busby, D., Czyz, E., Foster, C. E., & Gillespie, B. W. (2019). Association of the Youth-Nominated Support Team Intervention for Suicidal Adolescents with 11- to 14-Year Mortality Outcomes: Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry, 76*(5), 492–498. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4358>
- King, C. A., & Merchant, C. R. (2008). Social and Interpersonal Factors Relating to Adolescent Suicidality: A Review of the Literature. *Archives of Suicide Research, 12*(3), 181–196. <https://doi.org/10.1080/13811110802101203>
- Klimes-Dougan, B., Klingbeil, D. A., & Meller, S. J. (2013). The impact of universal suicide-prevention programs on the help-seeking attitudes and behaviors of youths. *Crisis, 34*(2), 82–97. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000178>

- Klomek, A. B., Kleinman, M., Altschuler, E., Marrocco, F., Amakawa, L., & Gould, M. S. (2011). High School Bullying as a Risk for Later Depression and Suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 41*(5), 501–516. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00046.x>
- Klomek, A.B., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I.S., & Gould, M.S. (2007). Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(1), 40-49.
- 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, 8*(2), 114–129. <https://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). <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
- Koch, A. S., Forgas, J. P., & Matovic, D. (2013). Can negative mood improve your conversation? Affective influences on conforming to Grice’s communication norms. *European Journal of Social Psychology, 43*(5), 326–334.
- Kodish, T., Herres, J., Shearer, A., Atte, T., Fein, J., & Diamond, G. (2016). Bullying, depression, and suicide risk in a pediatric primary care sample. *Crisis, 37*(3), 241–246. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000378>
- Kosky, R., Silburn, S., & Zubrick, S. (1986). Symptomatic depression and suicidal ideation: A comparative study with 628 children. *Journal of Nervous and Mental Disease, 174*(9), 523–528. <https://doi.org/10.1097/00005053-198609000-00003>
- Kurian, B. T., Ray, W. A., Arbogast, P. G., Fuchs, D. C., Dudley, J. A., & Cooper, W. O. (2007). Effect of regulatory warnings on antidepressant prescribing for children and adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 161*(7), 690–696. <https://doi.org/10.1001/archpedi.161.7.690>
- Lasgaard, M., Goossens, L., & Elklit, A. (2011). Loneliness, Depressive Symptomatology,

and Suicide Ideation in Adolescence: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(1), 137–150.

<https://doi.org/10.1007/s10802-010-9442-x>

Lee, K., Lee, H.-K., & Kim, S. H. (2017). Temperament and character profile of college students who have suicidal ideas or have attempted suicide. *Journal of Affective Disorders*, 221, 198–204. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2017.06.025>

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), 427–434.

<https://doi.org/10.1097/00004583-200104000-00011>

Linda, W. P., Marroquín, B., & Miranda, R. (2012). Active and Passive Problem Solving as Moderators of the Relation Between Negative Life Event Stress and Suicidal Ideation Among Suicide Attempters and Non-Attempters. *Archives of Suicide Research*, 16(3), 183–197. <https://doi.org/10.1080/13811118.2012.695233>

Linehan, M. M., Korlund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: A randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475–482.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039>

Links, P. S., Gould, B., & Ratnayake, R. (2003). Assessing Suicidal Youth with Antisocial, Borderline, or Narcissistic Personality Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(5), 301–310. <https://doi.org/10.1177/070674370304800505>

Linnoila, V. M. I., & Virkkunen, M. (1992). Aggression, suicidality, and serotonin. In *Journal of Clinical Psychiatry* (Vol. 53, pp. 46–51).

Linzer, M., Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J. B., Hahn, S., Brody, D., & DeGruy, F. (1996). Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: Results from the PRIME-md 1000 study. *American Journal of Medicine*, 101(5), 526–533.

[https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(96\)00275-6](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(96)00275-6)

- Lisak, D. (1995). Integrating a critique of gender in the treatment of male survivors of childhood abuse. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(2), 258.
- Loper, A.B., Hoffschmidt, S.J., & Ash, E. (2001). Personality features and characteristics of violent events committed by juvenile offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 19, 81 - 96.
- Lu, C. Y., Penfold, R. B., Wallace, J., Lupton, C., Libby, A. M., & Soumerai, S. B. (2020). Increases in Suicide Deaths Among Adolescents and Young Adults Following US Food and Drug Administration Antidepressant Boxed Warnings and Declines in Depression Care. *Psychiatric Research and Clinical Practice*, 2(2), 43–52.
<https://doi.org/10.1176/appi.prcp.20200012>
- Mancke, F., Bertsch, K., & Herpertz, S. C. (2015, April 9). Gender differences in aggression of borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s40479-015-0028-7>
- Mann, J. John. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4(10), 819–828. <https://doi.org/10.1038/nrn1220>
- Mann, J. John, Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... Hendin, H. (2005, October 26). Suicide prevention strategies: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*. American Medical Association.
<https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>
- 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. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.181>
- Mansfield, A. K., Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). "Why Won't He Go to the Doctor?": The Psychology of Men's Help Seeking. *International Journal of Men's Health*, 2(2), 93–109.

- Marchant, A., Hawton, K., Stewart, A., Montgomery, P., Singaravelu, V., Lloyd, K., ... John, A. (2017). A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. *PLOS ONE*, *12*(8), e0181722. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181722>
- Marmorstein, N. R., & Iacono, W. G. (2005). Longitudinal follow-up of adolescents with late-onset antisocial behavior: A pathological yet overlooked group. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *44*(12), 1284–1291. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000181039.75842.85>
- Martin, G., Bergen, H. A., Richardson, A. S., Roeger, L., & Allison, S. (2004). Sexual abuse and suicidality: Gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse and Neglect*, *28*(5), 491–503. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.08.006>
- Martínez-Aguayo, J. C., Silva, H., Arancibia, M., & Angulo, C. (2016). Mood stabilizers and suicide. Part II. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, *54*(1), 41–51. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272016000100006>
- Martínez-Aguayo, J. C., Silva, H., Arancibia, M., Angulo, C., & Madrid, E. (2016). Antipsicóticos y suicidio. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*. Sociedad de Neurología Psiquiatria y Neurocirugía. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272016000200008>
- Martínez A., J. C., & González L., C. (2007, October). Antidepresivos y suicidio: Una polémica actual. *Revista Chilena de Pediatría*. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062007000500002>
- Mayes, S. D., Baweja, R., Calhoun, S. L., Syed, E., Mahr, F., & Siddiqui, F. (2014). Suicide ideation and attempts and bullying in children and adolescents: Psychiatric and general population samples. *Crisis*, *35*(5), 301–309. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000264>
- McIntosh, J., & Drapeau, C. (2014). USA suicide 2011: Official final data. Washington, DC: American Association of Suicidology, dated June 19, 2014.

- Meerwijk, E. L., Parekh, A., Oquendo, M. A., Allen, I. E., Franck, L. S., & 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)
- Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., ... Grøholt, B. (2016). Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(4), 295–300. <https://doi.org/10.1016/J.JAAC.2016.01.005>
- Meltzer, H. Y. (2001). Treatment of suicidality in schizophrenia. In *Annals of the New York Academy of Sciences* (Vol. 932, pp. 44–60). New York Academy of Sciences. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb05797.x>
- Meltzer, H. Y., Alphas, L., Green, A. I., Altamura, A. C., Anand, R., Bertoldi, A., ... Zimmerman, M. A. (2003). Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Archives of General Psychiatry*, 60(1), 82–91. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.1.82>
- Mergl, R., Havers, I., Althaus, D., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Lehfeld, H., ... Hegerl, U. (2010). Seasonality of suicide attempts: Association with gender. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 260(5), 393–400. <https://doi.org/10.1007/s00406-009-0086-1>
- Mergl, R., Koburger, N., Heinrichs, K., Székely, A., Tóth, M. D., Coyne, J., ... Hegerl, U. (2015). What Are Reasons for the Large Gender Differences in the Lethality of Suicidal Acts? An Epidemiological Analysis in Four European Countries. *PLOS ONE*, 10(7), e0129062. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129062>
- Mesones-Peral, J. E. (2014). El suicidio a lo largo de la historia y las culturas. In Fundación Salud Mental España (Ed.), *Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida* (Segunda ed, pp. 35–60). Madrid.

- Meyer, R. E., Salzman, C., Youngstrom, E. A., Clayton, P. J., Goodwin, F. K., Mann, J. J., ... Sheehan, D. V. (2010). Suicidality and risk of suicide - Definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: A consensus statement. In *Journal of Clinical Psychiatry* (Vol. 71, pp. 0–0). Physicians Postgraduate Press, Inc. <https://doi.org/10.4088/JCP.10cs06070blu>
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents.*
- Millon, T. (1993). *Millon adolescent clinical inventory.* (M. N. C. Systems., Ed.). Minneapolis.
- Millon, T., & Aguirre, G. (2004). *MACI. Inventario Clínico para Adolescentes de Millon.* (DICANDRIER;INC (ed.)). DICANDRIER;INC.
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., ... Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health, 64*(2), 265–283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
- 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. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31815a56cb>
- Mittendorfer-Rutz, E., Rasmussen, F., & Wasserman, D. (2008). Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*(1), 28–36. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0266-0>
- Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: A review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of*

Affective Disorders, 71(1–3), 1–9. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00379-2](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00379-2)

Monroe, S. M., Profile, S., & Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110(3), 406–425. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.3.406>

Moore, M. D., & Heirigs, M. H. (2021). Suicide & gender inequality: a cross-national examination. *Sociological Spectrum*, 41(3), 273–286. <https://doi.org/10.1080/02732173.2021.1900761>

Morales-Vives, F., & Dueñas, J. M. (2018). Predicting Suicidal Ideation in Adolescent Boys and Girls: The Role of Psychological Maturity, Personality Traits, Depression and Life Satisfaction. *The Spanish Journal of Psychology*, 21, E10. <https://doi.org/10.1017/sjp.2018.12>

Murphy, G. E. (1998). Why women are less likely than men to commit suicide. *Comprehensive Psychiatry*, 39(4), 165–175. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(98\)90057-8](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(98)90057-8)

Nadine M. Melhem M.P.H., P. D., David A. Brent M.Sc., M. D., Melissa Ziegler, P. D., Satish Iyengar, P. D., David Kolko, P. D., Maria Oquendo, M. D., ... J. John Mann, M. D. (2007). Familial Pathways to Early-Onset Suicidal Behavior: Familial and Individual Antecedents of Suicidal Behavior. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1364–1370. <https://doi.org/doi:10.1176/appi.ajp.2007.06091522>

National Institute for Health and Care Excellence. Depression in children and young people: identification and management. NICE guideline Published: 25 June 2019 www.nice.org.uk/guidance/ng134

Niederkrotenthaler, T., Stack, S., Till, B., Sinyor, M., Pirkis, J., Garcia, D., ... Tran, U. S. (2019). Association of Increased Youth Suicides in the United States with the Release of 13 Reasons Why. *JAMA Psychiatry*, 76(9), 933–940. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0922>

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.

<https://doi.org/10.1038/mp.2009.29>

Nock, Matthew 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.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>

Nock, Matthew 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.

<https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>

Nock, Matthew 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.

<https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.3.309>

Nock, Matthew 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. <https://doi.org/10.1111/sltb.12153>

Nock, Matthew K, Greif, J., Hwang, I., McLaughlin, K., & Sampson, N. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 70(3), 300–310.

<https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55.Prevalence>

Nordentoft, M., & Branner, J. (2008). Gender differences in suicidal intent and choice of method among suicide attempters. *Crisis*, 29(4), 209–212.

<https://doi.org/10.1027/0227-5910.29.4.209>

- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00609.x>
- O'Connor, R. C., Ferguson, E., Scott, F., Smyth, R., McDaid, D., Park, A. La, ... Armitage, C. J. (2017). A brief psychological intervention to reduce repetition of self-harm in patients admitted to hospital following a suicide attempt: a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, *4*(6), 451–460. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30129-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30129-3)
- 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.
- Olfson, M., Shaffer, D., Marcus, S. C., & Greenberg, T. (2003). Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents. *Archives of General Psychiatry*, *60*(10), 978–982. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.9.978>
- Oliffe, J. L., Ogrodniczuk, J. S., Gordon, S. J., Creighton, G., Kelly, M. T., Black, N., & Mackenzie, • Corey. (2016). Stigma in Male Depression and Suicide: A Canadian Sex Comparison Study. *Community Mental Health Journal*, *52*(3), 302–310. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9986-x>
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00829.x>
- Oquendo, Maria A., Galfalvy, H., Russo, S., Ellis, S. P., Grunebaum, M. F., Burke, A., & Mann, J. J. (2004). Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, *161*(8), 1433–1441.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1433>

- Oquendo, Maria A., & Mann, J. J. (2000). The biology of impulsivity and suicidality. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 11–25. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70140-4](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70140-4)
- Oquendo, Maria A., Waternaux, C., Brodsky, B., Parsons, B., Haas, G. L., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2000). Suicidal behavior in bipolar mood disorder: Clinical characteristics of attempters and nonattempters. *Journal of Affective Disorders*, 59(2), 107–117. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00129-9](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00129-9)
- Orden, K. a Van, Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S., & Selby, E. a. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>.The
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009>
- Pan, L. A., Hassel, S., Segreti, A. M., Nau, S. A., Brent, D. A., & Phillips, M. L. (2013). Differential patterns of activity and functional connectivity in emotion processing neural circuitry to angry and happy faces in adolescents with and without suicide attempt. *Psychological Medicine*, 43(10), 2129–2142. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002966>
- Parellada, M., Saiz, P., Moreno, D., Vidal, J., Llorente, C., Álvarez, M., ... Bobes, J. (2008). Is attempted suicide different in adolescent and adults? *Psychiatry Research*, 157(1–3), 131–137. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.02.012>
- Park, S. (2013). Predictors of Suicidal Ideation in Late Childhood and Adolescence: A 5-Year Follow-Up of Two Nationally Representative Cohorts in the Republic of Korea. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(1), 81–96. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00129.x>

- Parslow, R. a, & Jorm, a F. (2000). Who uses mental health services in Australia? An analysis of data from the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(6), 997–1008.
<https://doi.org/10.1080/000486700276>
- Patterson, W. M., Dohn, H. H., Bird, J., & Patterson, G. A. (1983). Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*, 24(4), 343–345.
[https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(83\)73213-5](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(83)73213-5)
- Payne, S., Swami, V., & Stanistreet, D. L. (2008, March 27). The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature. *Journal of Men's Health*. Mary Ann Liebert, Inc. 140 Huguenot Street, 3rd Floor New Rochelle, NY 10801 USA. <https://doi.org/10.1016/j.jomh.2007.11.002>
- Pelkonen, M., & Marttunen, M. (2003). Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatric Drugs*, 5(4), 243–265.
<https://doi.org/544> [pii]
- Pfeffer, C., Plutchik, R., & Mizruchi, M. (1983). Suicidal and assaultive behavior in children: classification, measurement, and interrelations. *The American Journal of Psychiatry*, 140(2), 154–157.
- Pitman, A., Kryszynska, K., Osborn, D., & King, M. (2012). Suicide in young men. *The Lancet*, 379(9834), 2383–2392. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60731-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60731-4)
- Plutchik, R, Climent, C., & Ervin, F. (1976). Research strategies for the study of human violence. In A. (Eds.). Smith, W. L., & Kling (Ed.), *Issues in Brain/behavior Control*. New York.
- Plutchik, Robert, 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. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90048-6](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90048-6)
- Pompili, M., Baldessarini, R. J., Forte, A., Erbutto, D., Serafini, G., Fiorillo, A., ... Girardi, P. (2016). Do atypical antipsychotics have antisuicidal effects? A hypothesis-generating

overview. *International Journal of Molecular Sciences*. MDPI AG.

<https://doi.org/10.3390/ijms17101700>

Pompili, M., Rihmer, Z., Gonda, X., Serafini, G., Sher, L., & Girardi, P. (2012). Early onset of action and sleep-improving effect are crucial in decreasing suicide risk: The role of quetiapine XR in the treatment of unipolar and bipolar depression. *Rivista Di Psichiatria*. <https://doi.org/10.1708/1183.1309>

Pompili, M., Ruberto, A., Girardi, P., & Tatarelli, R. (2004). Suicidality in DSM IV cluster B personality disorders. An overview. *Annali Dell'Istituto Superiore Di Sanita*, 40(4), 475–483.

Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., ... Mann, J. J. (2011). The Columbia-suicide severity rating scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>

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), 1035–1043. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.7.1035>

Powell, W., Adams, L. B., Cole-Lewis, Y., Agyemang, A., & Upton, R. D. (2016). Masculinity and Race-Related Factors as Barriers to Health Help-Seeking Among African American Men. *Behavioral medicine (Washington, D.C.)*, 42(3), 150–163. <https://doi.org/10.1080/08964289.2016.1165174>

Preti, A., Sheehan, D. V., Coric, V., Distinto, M., Pitanti, M., Vacca, I., ... Petretto, D. R. (2013). Sheehan Suicidality Tracking Scale (S-STSS): Reliability, convergent and discriminative validity in young Italian adults. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 842–849. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.012>

- Qin, P. (2011). The impact of psychiatric illness on suicide: Differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects. *Journal of Psychiatric Research*, 45(11), 1445–1452. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.06.002>
- Reeves, H., Batra, S., May, R. S., Zhang, R., Dahl, D. C., & Li, X. (2008). Efficacy of risperidone augmentation to antidepressants in the management of suicidality in major depressive disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(8), 1228–1236.
- Reeves, R. R., & Ladner, M. E. (2010, August). Antidepressant-induced suicidality: An update. *CNS Neuroscience and Therapeutics*. Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2010.00160.x>
- Rhodes, A. E. (2014). Antecedents and sex/gender differences in youth suicidal behavior. *World Journal of Psychiatry*, 4(4), 120. <https://doi.org/10.5498/wjp.v4.i4.120>
- Rhodes, A. E., Bethell, J., Carlisle, C., Rosychuk, R. J., Lu, H., & Newton, A. (2014). Time trends in suicide-related behaviours in girls and boys. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(3), 152–159. <https://doi.org/10.1177/070674371405900307>
- Rhodes, A. E., Boyle, M. H., Tonmyr, L., Wekerle, C., Goodman, D., Leslie, B., ... Manion, I. (2011). Sex Differences in Childhood Sexual Abuse and Suicide-Related Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(3), 235–254. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00025.x>
- Rhodes, A. E., Khan, S., Michael, J., Boyle, H., Tonmyr, L., Wekerle, C., ... Manion, I. (2013). Sex Differences in Suicides Among Children and Youth: The Potential Impact of Help-Seeking Behaviour. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(5), 274–282.
- 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. <https://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. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187799>
- Rice, S. M., Kealy, D., Oliffe, J. L., Treeby, M. S., & Ogrodniczuk, J. S. (2020). Shame and guilt mediate the effects of alexithymia on distress and suicide-related behaviours among men. *Psychology, Health and Medicine*, 25(1), 17–24. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1601747>
- Rich, A.R., Kirkpatrick-Smith, J., Bonner, R.L. and Jans, F. (1992), Gender Differences in the Psychosocial Correlates of Suicidal Ideation Among Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22: 364-373.
- Richard-Devantoy, Stéphane, Berlim, M., Jollant, F., Richard-Devantoy, S., Berlim, M. T., & Jollant, F. (2014). A meta-analysis of neuropsychological markers of vulnerability to suicidal behavior in mood disorders. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002304>
- Richard-Devantoy, Stephane, Berlim, M. T., & Jollant, F. (2015). Suicidal behaviour and memory: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Biological Psychiatry*. Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.3109/15622975.2014.925584>
- Richard-Devantoy, Stéphane, Guillaume, S., Olié, E., Courtet, P., & Jollant, F. (2013). Altered explicit recognition of facial disgust associated with predisposition to suicidal behavior but not depression. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 590–593. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.049>
- Richmond, C. A. M. (2009). The social determinants of Inuit health: A focus on social support in the Canadian Arctic. *International Journal of Circumpolar Health*, 68(5), 471–487. <https://doi.org/10.3402/ijch.v68i5.17383>
- Rihmer, Z., & Akiskal, H. (2006). Do antidepressants t(h)reat(en) depressives? Toward a clinically judicious formulation of the antidepressant-suicidality FDA advisory in light of declining national suicide statistics from many countries. *Journal of Affective Disorders*. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.04.003>
- Rombold, F., Lauterbach, E., Felber, W., Mueller-Oerlinghausen, B., Ahrens, B., Bronisch,

- T., ... Quante, A. (2014). Adjunctive lithium treatment in the prevention of suicidal behavior in patients with depression and comorbid personality disorders. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *18*(4), 300–303.
<https://doi.org/10.3109/13651501.2014.940052>
- Roy, A., Rylander, G., & Sarchiapone, M. (1997). Genetic studies of suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, *20*(3), 595–611. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70332-4](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70332-4)
- Rozanov, V. A., & Mid'ko, A. A. (2011). Personality patterns of suicide attempters: gender differences in Ukraine. *The Spanish journal of psychology*, *14*(2), 693-700.
- Rubenstein, C., Pigott, T., L'Heureux, F., Hill, J. L., & Murphy, D. (1992). A preliminary investigation of the lifetime prevalence of anorexia and bulimia nervosa in patients with obsessive compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *53*(9), 309–314.
- 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*. <https://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.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.1.179>
- Rueter, M. A., & Kwon, H.-K. (2005). Developmental Trends in Adolescent Suicidal Ideation. *Journal of Research on Adolescence*, *15*(2), 205–222.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2005.00092.x>
- Rueter, M. A., Holm, K. E., McGeorge, C. R., & Conger, R. D. (2008). Adolescent Suicidal Ideation Subgroups and their Association with Suicidal Plans and Attempts in Young Adulthood. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *38*(5), 564–575.
- Ryan, N. D. (2005). Treatment of depression in children and adolescents. In *Lancet* (Vol.

366, pp. 933–940). Elsevier B.V. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67321-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67321-7)

- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011). Gender patterns in borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, *8*(5), 16–20.
- Sharpe, M. J., & Heppner, P. P. (1991). Gender role, gender-role conflict, and psychological well-being in men. *Journal of Counseling Psychology*, *38*(3), 323–330.
- Schneeweiss, S., Patrick, A. R., Solomon, D. H., Dormuth, C. R., Miller, M., Mehta, J., ... Wang, P. S. (2010). Comparative safety of antidepressant agents for children and adolescents regarding suicidal acts. *Pediatrics*, *125*(5), 876–888.
<https://doi.org/10.1542/peds.2009-2317>
- Scholten, M., & Selten, J. (2005). Suïcidale ideaties en suïcidepogingen na instelling op aripiprazol, een nieuw antipsychoticum. pro ano. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, *149*(41), 2296–2298.
- Shaffer, D., Scott, M., Wilcox, H., Maslow, C., Hicks, R., Lucas, C. P., ... Greenwald, S. (2004). The Columbia SuicideScreen: Validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *43*(1), 71–79. <https://doi.org/10.1097/00004583-200401000-00016>
- Shelton, R. (2006). The nature of the discontinuation syndrome associated with antidepressant drugs. *Journal of Clinical Psychiatry*, *67*(3).
- Sher, L., Oquendo, M. A., Galfalvy, H. C., Grunebaum, M. F., Burke, A. K., Zalsman, G., & Mann, J. J. (2005). The relationship of aggression to suicidal behavior in depressed patients with a history of alcoholism. *Addictive Behaviors*, *30*(6), 1144–1153.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.12.001>
- 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. <https://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*, 37(3), 264–277.

<https://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.

<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000419>

Silverstone, P. H., Bercov, M., Suen, V. Y. M., Allen, A., Cribben, I., Goodrick, J., ... McCabe, C. (2017). Long-term Results from the Empowering a Multimodal Pathway Toward Healthy Youth Program, a Multimodal School-Based Approach, Show Marked Reductions in Suicidality, Depression, and Anxiety in 6,227 Students in Grades 6–12 (Aged 11–18). *Frontiers in Psychiatry*, 8, 81.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00081>

Simón, A., & Sanchís, F. (2010). Perfil personal de adolescentes con ideación suicida patológica. *Apuntes de Psicología*, 28(3), 443–445.

Soler, L., Segura, A., Kirchner, T., & Forns, M. (2013). Polyvictimization and risk for suicidal phenomena in a community sample of spanish adolescents. *Violence and Victims*, 28(5), 899–912. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.28.5.899>

Søndergård, L., Lopez, A. G., Andersen, P. K., & Kessing, L. V. (2008). Mood-stabilizing pharmacological treatment in bipolar disorders and risk of suicide. *Bipolar Disorders*, 10(1), 87–94. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2008.00464.x>

Soor, G. S., Vukin, I., Bridgman-Acker, K., Marble, R., Barnfield, P., Edward, J., ... Bhalerao, S. (2012). The effects of gender on adolescent suicide in Ontario, Canada. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(3), 179–185.

Spence, J. T., & Helmreich, R. L. (1979). Comparison of Masculine and Feminine Personality Attributes and Sex-Role Attitudes Across Age Groups. *Developmental Psychology*, 15(5), 583–584.

- 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. [https://doi.org/S0890-8567\(09\)60871-6](https://doi.org/S0890-8567(09)60871-6) [pii] [10.1097/00004583-200204000-00016](https://doi.org/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. <https://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. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
- Start, A. R., Allard, Y., Adler, A., & Toblin, R. (2019). Predicting Suicide Ideation in the Military: The Independent Role of Aggression. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 49*(2), 444–454. <https://doi.org/10.1111/sltb.12445>
- Stewart, M.E., Donaghey, C., Deary, I.J., & Ebmeier, K.P. (2008). Suicidal thoughts in young people: Their frequency and relationships with personality factors. *Personality and Individual Differences, 44*, 809 - 820.
- Stewart, S. M., Eaddy, M., Horton, S. E., Hughes, J., & Kennard, B. (2015). The Validity of the Interpersonal Theory of Suicide in Adolescence: A Review. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology : The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, 44*16(March). <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1020542>
- Suppes, T., Vieta, E., Liu, S., Brecher, M., & Paulsson, B. (2009). Maintenance Treatment for Patients With Bipolar I Disorder: Results From a North American Study of Quetiapine in Combination With Lithium or Divalproex (Trial 127). *American Journal of Psychiatry, 166*(4), 476–488. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08020189>

- Szumilas, M., & Kutcher, S. (2009). Teen Suicide Information on the Internet: A Systematic Analysis of Quality. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *54*(9), 596–604.
<https://doi.org/10.1177/070674370905400904>
- Taipale, H., Lähteenvuo, M., Tanskanen, A., Mittendorfer-Ruth, E., & Tiihonen, J. (2021). Comparative effectiveness of antipsychotics for risk of attempted or completed suicide among persons with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin.*, *47*(1), 23–30.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa111>
- Teicher, M. H., Glod, C. A., & Cole, J. O. (1993). Antidepressant Drugs and the Emergence of Suicidal Tendencies. *Drug Safety*. Springer. <https://doi.org/10.2165/00002018-199308030-00002>
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, *52*(2), 145–161.
<https://doi.org/10.1177/0022146510395592>
- 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.
<https://doi.org/10.1136/bmj.a2205>
- Tidemalm, Dag, Långström, 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*, 1328–1331.
<https://doi.org/10.1136/bmj.a2205>
- Tondo, L., & Baldessarini, R. J. (2016). Suicidal Behavior in Mood Disorders: Response to Pharmacological Treatment. *Current Psychiatry Reports*. Current Medicine Group LLC 1. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0715-0>
- Tran, P. V., Hamilton, S. H., Kuntz, A. J., Potvin, J. H., Andersen, S. W., Beasley, C., & Tollefson, G. D. (1997). Double-blind comparison of olanzapine versus risperidone in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders. *Journal of Clinical*

Psychopharmacology, 17(5), 407–418. <https://doi.org/10.1097/00004714-199710000-00010>

Turecki, G. (2005). Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. *Journal of Psychiatry & Neuroscience.*, 30(6), 335–349.

Turecki, Gustavo. (2001). Suicidal behavior: is there a genetic predisposition? *Bipolar Disorders*, 3(6), 335–349. <https://doi.org/10.1034/j.1399-5618.2001.30608.x>

Valuck, R. J., Orton, H. D., & Libby, A. M. (2009). Antidepressant discontinuation and risk of suicide attempt: A retrospective, nested case-control study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(8), 1069–1077. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04943>

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575.

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. <https://doi.org/10.1037/a0025358>

Velting, D. M., Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2000). MACI personality scale profiles of depressed adolescent suicide attempters: A pilot study. *Journal of Clinical Psychology*, 56((10)), 1381–1385.

Vijayakumar, L. (2010). Indian research on suicide. *Indian Journal of Psychiatry*, 52(7), 291. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.69255>

Villar-Cabeza, F., Esnaola-Letemendia, E., Blasco-Blasco, T., Prieto-Toribio, T., Vergé-Muñoz, M., Vila-Grifoll, M., ... Castellano-Tejedor, C. (2018). Dimensional analysis of personality in adolescents with suicidal behavior. *Actas Esp Psiquiatr*, 46(3), 104–115.

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. <https://doi.org/10.1017/sjp.2018.7>

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

Vinet, E., & Alarcón, P. (2009). Personality characterization of female juvenile offenders: A comparative study. *Paideia*, 19(43), 143-152.

Viñas, F., Canals, J., Gras, M. E., Ros, C., & Domènech-Llaberia, E. (2002). Psychological and Family Factors Associated with Suicidal Ideation in Pre-Adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 5(01), 20–28. <https://doi.org/10.1017/S1138741600005795>

Walsh, C. G., Ribeiro, J. D., & Franklin, J. C. (2018). Predicting suicide attempts in adolescents with longitudinal clinical data and machine learning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12916>

Wasserman, D, Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., ... Carli, V. (2011). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry*, 27, 129–141. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.06.003>

Wasserman, Danuta, Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., ... Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977), 1536–1544. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7)

Weisler, R., Montgomery, S. A., Earley, W. R., Szamosi, J., & Eriksson, H. (2014). Extended release quetiapine fumarate in patients with major depressive disorder: Suicidality data from acute and maintenance studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(5), 520–527. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08624>

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*. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000001076>

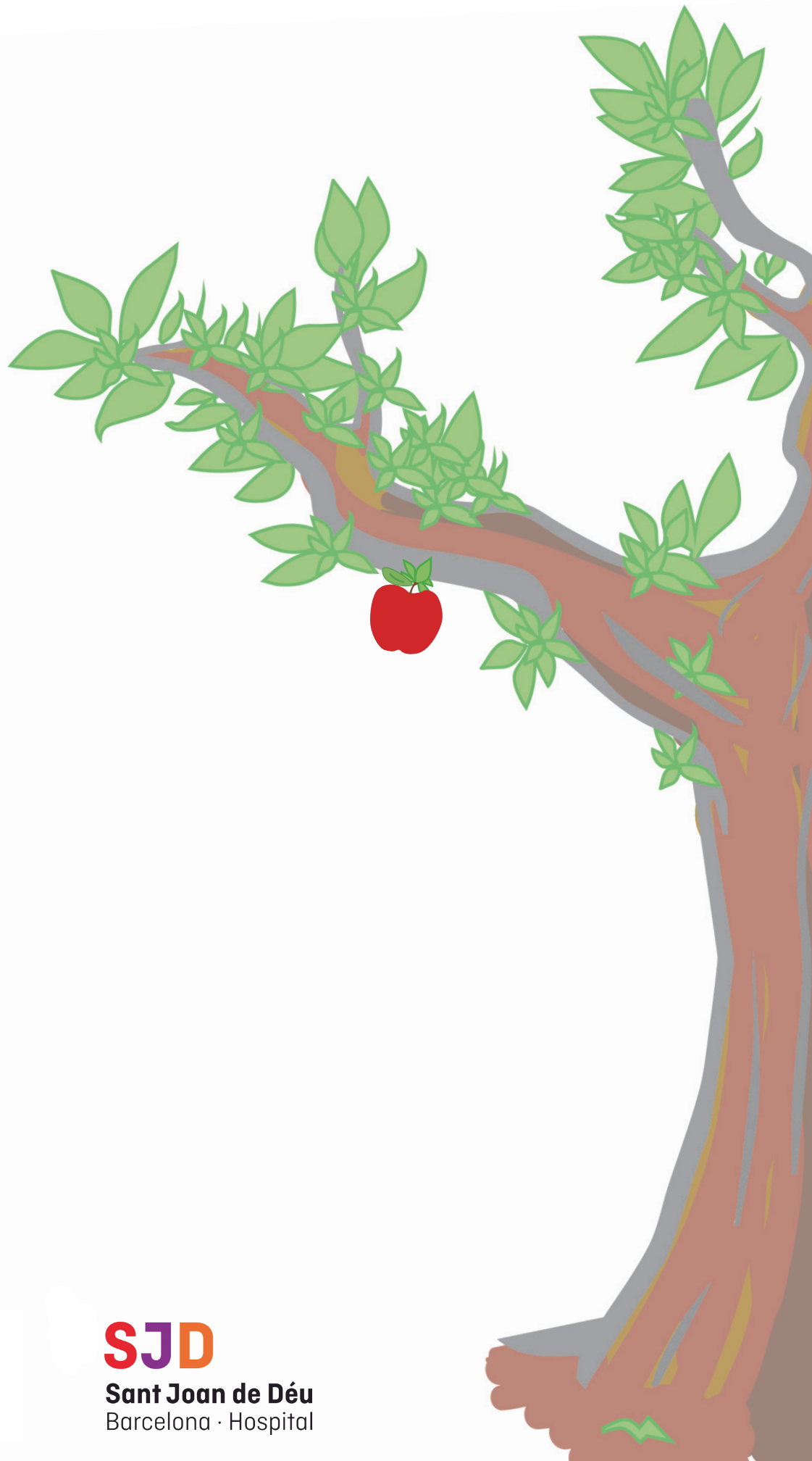
- Wharff, E. A., Ginnis, K. M., & Ross, A. M. (2012). Family-based crisis intervention with suicidal adolescents in the emergency room: A pilot study. *Social Work (United States)*, 57(2), 133–143. <https://doi.org/10.1093/sw/sws017>
- Whittington, C. J., Kendall, T., Fonagy, P., Cottrell, D., Cotgrove, A., & Boddington, E. (2004). Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: Systematic review of published versus unpublished data. *Lancet*, 363(9418), 1341–1345. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16043-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16043-1)
- 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>
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide*. WHO. <https://doi.org/ISBN:9789241564779>
- 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. <https://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. (2013a). Prospective predictors of adolescent suicidality: 6-month post-hospitalization follow-up. *Psychological Medicine*, 43(5), 983–993. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001912>
- Yen, S., Weinstock, L. M., Andover, M. S., Sheets, E. S., Selby, E. A., & Spirito, A. (2013b). Prospective predictors of adolescent suicidality: 6-month post-hospitalization follow-up. *Psychological Medicine*, 43(5), 983–993. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001912>
- Yerevanian, B. I., & Choi, Y. M. (2013, August). Impact of psychotropic drugs on suicide and suicidal behaviors. *Bipolar Disorders*. John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1111/bdi.12098>
- Yerevanian, B. I., Koek, R. J., & Mintz, J. (2003). Lithium, anticonvulsants and suicidal

behavior in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 73(3), 223–228.
[https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00302-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00302-6)

Yerevanian, B. I., Koek, R. J., Mintz, J., & Akiskal, H. S. (2007). Bipolar pharmacotherapy and suicidal behavior. Part 2. The impact of antidepressants. *Journal of Affective Disorders*, 103(1–3), 13–21. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.05.017>

Ystgaard, M., Hestetun, I., Loeb, M., & Mehlum, L. (2004). Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse and Neglect*, 28(8), 863–875. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.009>

Zhang, J., Xiao, S., & Zhou, L. (2010). Mental disorders and suicide among young rural Chinese: A case-control psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 773–781. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09101476>



UAB

Universitat Autònoma
de Barcelona

SJD

Sant Joan de Déu
Barcelona · Hospital