

Cristina VINTRÓ ALCARAZ

LA PERSONALIDAD SUICIDA
DENTRO DEL MARCO DE PREVENCIÓN DEL
SUICIDIO

Trabajo Fin de Grado
dirigido por
Clara GUILERA DOMINGO

Universitat Abat Oliba CEU
Facultad de Ciencias Sociales
Grado en Psicología

2015

El suicidio es una solución eterna para lo que a menudo no es más que un problema temporal.

E. RINGEL, 1988

Resumen

En los últimos años, el suicidio y las tentativas autolíticas han ido en aumento, estableciéndose como un problema de salud pública en todo el mundo. Con el fin de elaborar una mejor prevención de este hecho, la presente investigación se centra en estudiar los rasgos de personalidad que presentan aquellos que cometen algún comportamiento suicida. Son dos los perfiles que caracterizan a estas personas: el perfil melancólico, en el que predomina la desesperanza, y el impulsivo, que se define por los rasgos de impulsividad y agresividad. Se abordan además, ciertas alteraciones cognitivas y otros rasgos como el aislamiento, la baja tolerancia a la frustración, la ansiedad, la dependencia,... Estas características, junto a otros factores de riesgo –entre los cuales destacan ciertas patologías mentales– contribuyen a la aparición de conductas suicidas.

Resum

En els darrers anys, el suïcidi i les temptatives autolítiques han anat en augment, convertint-se en un problema de salut pública arreu del món. Amb la finalitat d'elaborar una millor prevenció d'aquest fet, la present recerca se centra en estudiar els trets de personalitat que presenten aquells que cometen algun comportament suïcida. Són dos els perfils que caracteritzen a aquestes persones: el perfil malenconiós, en el qual predomina la desesperança, i l'impulsiu, que es defineix pels trets de impulsivitat i agressivitat. S'aborden a més, certes alteracions cognitives i altres trets com l'aïllament, la baixa tolerància a la frustració, l'ansietat, la dependència,... Aquestes característiques, junt amb altres factors de risc –entre els quals destaquen certes patologies mentals– contribueixen a l'aparició de conductes suïcides.

Abstract

In recent years, suicide and autolytic attempts have increased, becoming a public health problem all over the world. In order to develop better suicidal prevention, this research focuses on studying the personality traits that present those who commit suicidal behavior. There are two profiles that characterize these people: the melancholy profile, in which hopelessness prevails, and the impulsive one, which is defined by impulsivity and aggressiveness. In addition, certain cognitive disorders and other features such as isolation, low frustration tolerance, anxiety and

dependence are approached. These features as well as other risk factors –like mental illness–, contribute to the emergence of suicidal behavior.

Palabras claves / *Keywords*

Suicidio – Conducta suicida – Rasgos de personalidad – Prevención – Desesperanza – Impulsividad Suicide – Suicidal behavior – Personality traits – Prevention – Hopelessness – Impulsivity

Sumario

Introducción.....	9
1. Suicidio.....	11
1.1. Definición.....	11
1.2. Otros conceptos relacionados con el suicidio: la conducta suicida	13
1.3. Fases de la conducta suicida	15
2. Epidemiología.....	19
3. Factores de riesgo y comorbilidad	21
3.1. Factores de riesgo fijos o sociodemográficos.....	21
3.2. Factores de riesgo modificables.....	23
3.3. Intentos suicidas previos.....	30
4. Rasgos de la personalidad suicida.....	31
4.1. Perfil melancólico	32
4.2. Perfil impulsivo	34
4.3. Alteraciones cognitivas y otros rasgos	37
4.4. Eysenck: extraversión, neuroticismo y psicoticismo	39
4.5. Modelo de Cloninger.....	40
4.6. Rasgos suicidas y trastornos de la personalidad.....	42
5. Prevención del suicidio	44
5.1. Prevención primaria, secundaria y terciaria.....	45
5.2. Prevención universal, selectiva e indicada	48
5.3. Evaluación del riesgo suicida: perspectiva biológica	49
5.4. Evaluación del riesgo suicida: perspectiva psicológica y psicosocial.....	51
5.5. Prevención en los medios de comunicación.....	56
6. Conclusiones	59
Bibliografía	62
Anexo I.....	67

Introducción

El suicidio es un fenómeno que ha ocurrido a lo largo de toda la historia –siendo, a veces, considerado un tema tabú– y su concepto ha ido evolucionando ampliamente en función de las corrientes desde las que ha sido abordado. En un primer momento, fue enmarcado dentro de la religión, la filosofía y también dentro del marco legal. Se trataba pues, de estudiar si este hecho era ético o no y las repercusiones que tendría sobre aquel que lo hubiera llevado a cabo o lo hubiera intentando. Sin embargo, es el ámbito médico y psicológico el que, a día de hoy, cobra más relevancia en el estudio del suicidio. Estos dos últimos campos tratan de hacer una aproximación a la etiopatogenia del suicidio puesto que, el conocer sus causas, permitirá abordarlo mejor, así como aportará información necesaria para la prevención de este hecho.

En la actualidad, el suicidio se establece como una de las principales causas de muerte a nivel mundial. Se calcula que unas tres mil personas al día ponen fin a su vida y que de entre veinte personas que tratan de suicidarse, una lo consigue. En el presente estudio, hablaremos tanto de los suicidios consumados, como de las tentativas y otras conductas relacionadas, ya que también son muy comunes en la sociedad actual. Por todo ello, la Organización Mundial de la Salud ha declarado el suicidio como un problema de salud pública.

De hecho, durante estos últimos años, en el colectivo de los jóvenes, la primera causa de muerte no natural ha ido oscilando entre los accidentes de tráfico y el suicidio. Es bien sabido, que se llevan a cabo inversiones millonarias destinadas a campañas para evitar los accidentes de tráfico, pero ¿es justo que la salud mental reciba tan escasa atención? ¿No se debería invertir más en la creación de programas de prevención del suicidio? Parte de este trabajo pretende demostrar la importancia de la prevención en un tema tan trascendental.

Debido a la alarma social que representa el suicidio, la OMS y otras instituciones han empezado a interesarse cada vez más en prevenir el suicido elaborando una serie de programas que tienen como fin evitar la conducta suicida y detallar también el mejor procedimiento para ello.

La mayoría de estos se centra en la estrecha relación que se da entre el paciente suicida y la patología mental, por lo que se requerirá indagar sobre la ideación suicida y los intentos autolíticos de quienes padecen algún trastorno mental. No obstante, el presentar un diagnóstico psiquiátrico no determina que la persona se vaya a suicidar, sino que hay otros factores que están en juego: el acceso a métodos letales, el apoyo social, la situación económica,...

Se abordarán los diferentes factores que se consideran de riesgo en relación al suicidio teniendo presente las dificultades metodológicas existentes en el estudio de la conducta suicida, como ocurre con el suicidio consumado, en el que nos debemos servir de métodos de investigación indirecta y retrospectiva como la autopsia psicológica. Asimismo, se hará especial hincapié en lo referente a la personalidad del sujeto, dado que esta influirá mucho a la hora de realizar o no la conducta suicida. Esto último nos permite explicar por qué entre dos personas del mismo sexo, con un mismo diagnóstico y unas situaciones demográficas parecidas, una puede llegar a consumir el suicidio y la otra, no.

De este modo, es preciso ver si hay una serie de rasgos comunes entre aquellos que presentan comportamiento suicida. Para ello, se ha procedido a la lectura de la bibliografía referente a ello, a una revisión de esta y se ha llevado a cabo un análisis de los rasgos de la personalidad que suelen prevalecer en aquellos que han consumado el suicidio (a través de la ya nombrada autopsia psicológica) o bien, de aquellos pacientes que presentan algún tipo de conducta suicida.

Por último se abordan los diferentes programas de prevención existentes y se aboga por indagar sobre la personalidad del potencial suicida atendiendo a los perfiles de personalidad elaborados, tratando así de obtener una mejor prevención y lograr con ello disminuir el número de suicidios. Además, consecuentemente, el número de personas afectadas por este hecho disminuiría, ya que los familiares u otros allegados de quien realiza algún comportamiento suicida también se ven afectados.

1. Suicidio

El ser humano es el único ser en la tierra capaz de entender qué es la vida y qué es la muerte. En este sentido, Lacan afirmaba que el único ser que puede acabar con su vida voluntariamente es el hombre, puesto que sabe de su muerte. Siguiendo a este autor, Sarmiento afirma que “el hombre sabe que morirá, un saber que está condicionado por un medio, el lenguaje, la palabra, y el símbolo, donde se enlazan sentido de vida y sentido de la muerte” (Sarmiento, 2011, p.60).

De este modo, observamos que la decisión de cuándo empieza la vida no está en manos del propio viviente así como tampoco recae en el hombre la decisión acerca cuándo morir. Sin embargo, mediante el suicidio, uno puede poner fin a su propia vida. El hecho de que uno pueda contemplar esto depende, en parte, de la concepción que uno tenga de la vida y la muerte.

La trascendencia de la vida y la muerte estriba en el concepto que se tiene de ella en un imaginario social que da sentido, valor e interpretación al acto mismo. Desde que se nace comienza el proceso de morir; de acuerdo al concepto popular, es lo único seguro; esta dicotomía de nacer-morir es indisoluble: la primera no se puede elegir y la segunda solo la alcanzan aquellos que optan por el suicidio; aun así, no existe la certeza de una elección hecha con absoluta libertad, pues queda la pregunta de si esta decisión tiene que ver con la salud mental o con el entorno social (Montoya, Figueroa, Miranda y Ramírez, 2013, pp. 139-140).

No obstante, antes de adentrarnos en ver si es o no libre el hombre que comete suicidio, así como las variables que influyen a que lleve a cabo este acto, es preciso ahondar en el significado del término “suicidio”.

1.1. Definición

Etimológicamente, la palabra “suicidio” proviene de la unión de dos términos latinos: por un lado la palabra “*su*” que se traduce como “uno mismo” y, por el otro, “*caedere*” cuyo significado es “matar”. Así pues, el significado literal de dicho término sería el de “acción de matarse a sí mismo” (Hoyos, 2008; Vega-Piñero, Blasco-Fontecilla, Baca-García y Díaz-Sastre, 2002).

Sin embargo, tal como afirma Kraut (1988, citado en Martínez y Rudelir, 2005), se deben distinguir dos supuestos. El primero de ellos hace referencia a la muerte de uno mismo que ha sido provocada por un acto involuntario producto de los delirios u otra sintomatología propia de un trastorno mental. Es decir, aquél que se mata es una persona enferma que no sabe lo que hace, que carece de discernimiento. En

cambio, el segundo supuesto hace referencia al “suicidio como obra de la propia víctima que, en pleno uso de sus facultades mentales, concreta el acto mediante una acción consciente, planificada y deliberada de quitarse voluntariamente la vida” (Kraut, 1988, citado en Martínez y Rudelir, 2005, p. 203). Esta distinción encaja con la propuesta por Durkheim:

No es posible incluir en la misma categoría, ni tratar de la misma manera, la muerte de un alienado, que se precipita desde una ventana elevada, porque la cree en el mismo plano que el suelo, que la del hombre sano de espíritu, que se mata sabiendo lo que hace. (Durkheim, 1998, p.3)

Es necesario precisar que si bien el primer supuesto que Kraut y Durkheim describen apenas puede hacer uso de su libertad, el segundo tampoco es completamente libre cuando actúa llevando a cabo el suicidio. Es decir, en este segundo grupo descrito no se produce una ruptura con la realidad, como ocurre con la psicosis, pero sí que se ven, en cierto modo, alteradas las facultades mentales puesto que, en el momento de acabar con su vida, aumenta la sintomatología propia de la enfermedad mental, de modo que esa persona deja de ser completamente libre. Este último sería el caso de los trastornos depresivos, de angustia, etc. que se tratan más adelante al hablar de la comorbilidad del suicidio.

Por lo tanto, en base a lo comentado “se entiende que en el suicidio: se produce la muerte de un sujeto; la muerte es producida por tal sujeto; la muerte es intencionada, y existe un agente activo o pasivo” (Maris, 2002, citado en Ros y Arranz, 2006, p. 779).

En esta misma línea, Edwin Shneidman, creador de la disciplina de la “suicidología”, define el suicidio como “la conducta que corresponde al acto de matarse de manera intencional e inequívoca, lo cual implica diferenciarlo de un accidente” (Morales y Jiménez, 2002, p.14).

Son varios los autores que han investigado acerca del suicidio y han tratado de elaborar una definición precisa. De hecho, el estudio empírico del suicidio tuvo sus comienzos a principios del siglo pasado. En el ámbito psicológico destacó Freud y en el sociológico fueron muchas las aportaciones de Durkheim, quien dedicó una obra completa a estudiar el suicidio. Posteriormente, se ha tratado de añadir la dimensión biológica a partir de las aportaciones de Asberg y Van Praag entre otros (Ros, 1997b) que, mediante el estudio del líquido cefalorraquídeo, relacionan bajos niveles de 5HIAA y altos de IL-6 con la conducta suicida (Isung, Aeinehband, Mobarrez, Nordström, Runeson, Åsberg, Piehl y Jokinen, 2014; Asberg, 1997). Más adelante, trataremos la relación que se establece entre el aspecto biológico y las enfermedades mentales, la personalidad y el suicidio.

La definición que da Durkheim, que es la misma que adopta Stengel, es la de “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado” (Durkheim, 1998, p. 5).

Por último, cabe destacar la definición que da la Organización Mundial de la Salud. En 1986, define el suicidio como “un acto deliberado por el que el sujeto se causa la muerte con conocimiento o expectativa de un desenlace fatal, a través del cual el suicida pretende realizar los cambios deseados” (OMS, 1986 en Ros y Arranz, 2006, p. 779).

Vemos pues cómo la definición de “suicidio” ha ido evolucionando para delimitar su significado y no englobar en este término conductas que no son propiamente suicidios. Podemos observar que ya no hace referencia solamente al acto de matarse a sí mismo, tal como extraíamos de la definición etimológica, sino que, para hablar propiamente de suicidio es necesario que aquel que lo comete tenga la intención de morir y comprenda la definición de dicho acto. Trataremos de ilustrarlo con un ejemplo: supongamos una persona que está haciendo una excursión y al acercarse a un precipicio, resbala o pierde el equilibrio y cae. En este caso, se trataría de un accidente. Dicha persona no tenía la intención de acabar con su vida, no se acercó al borde del precipicio con ese fin.

Por otro lado, los siguientes casos tampoco serían considerados como suicidio:

El soldado que corre a una muerte cierta, por salvar a su regimiento, no quiere morir y no es el autor de su propia muerte (...). Otro tanto puede decirse del mártir que muere por la fe, de la madre que se sacrifica por su hijo, etc. (Durkheim, 1998, p. 4).

No es homicida de sí mismo, escribe Esquirol, aquel que no procediendo más que por sentimientos nobles y generosos, se arroja a un peligro cierto, se expone a una muerte inevitable y sacrifica con gusto su vida para obedecer a las leyes, para guardar la fe jurada o por la salud de su país (Durkheim, 1998, p. 31).

Estas personas no tienen el deseo de morir en sí mismo, es decir, si deciden acabar con su vida es por una causa mayor como el salvar a otros, defender su fe,... No obstante, Durkheim no opinaba igual, ya que afirmaba que el fin no determina que no se le aplique la definición, por lo que, para este autor, también serían categorizados como suicidas.

1.2. Otros conceptos relacionados con el suicidio: la conducta suicida

En la antigüedad, cuando alguien decidía suicidarse no quería otra cosa que acabar con su vida y no se le pasaba por la cabeza autodañarse para llamar la atención, por

ejemplo. Así pues, eran pocas las tentativas fallidas. No obstante, a lo largo de los años, esto ha cambiado y ya no se habla solo de suicidio sino que el término “conducta suicida” ha cobrado más importancia.

De hecho, una década antes de que la OMS propusiera la definición comentada con anterioridad, definía el suicidio como “todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil” (OMS, 1976, citado en Luchinger, Ojeda y González, 2011, p.15). Esto se debe a lo siguiente:

En un sentido amplio, la conducta suicida se refiere no solamente a la acción que culmina con la muerte, sino que engloba también actos en los que la muerte no llega a producirse, incluyendo tanto tentativas muy letales, en las que la supervivencia es el resultado de la impericia o del azar, como actos de baja letalidad cuya finalidad es reclamar atención y ayuda (Skegg, 2005). Así pues, la conducta suicida comprende un abanico de comportamientos que van desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado, pasando por los planes suicidas y la tentativa (Ros y Arranz, 2006, p. 780).

De este modo, debemos poder diferenciar entre diferentes actos que se engloban dentro de los que llamamos conducta suicida. Por el momento hemos hablado del *suicidio* como tal, como acto consumado que produce la muerte. Cabe distinguirlo del *intento de suicidio* en el que, si bien la intención era terminar con la propia vida, el resultado final, ya sea por impericia o por fallos en el método utilizado, no es la muerte (Stengel, 1961 en Jalón y Peralta, 2009). La Organización Mundial de la salud lo define del siguiente modo:

El intento de suicidio es un acto con una consecuencia no fatal en la cual el individuo realiza deliberadamente una conducta no habitual con amenaza de muerte, que sin la intervención de otros le causará autodaño, o ingiere una sustancia superior a la dosis terapéuticas generalmente reconocidas y cuyo objetivo es producir cambios que él o ella desean a través de las consecuencias físicas y psíquicas reales o esperadas cercanas a la muerte (Guibert y Torres, 2001, citado en Paredes et al., 2006, p.293).

Por otro lado, está la *tentativa suicida*, también conocida como *parasuicidio*. Este hace referencia a los comportamientos autolesivos y actos suicidas que no tienen una intención letal real que, a pesar de que el propio sujeto corre un cierto riesgo, no acaban produciendo la muerte puesto que no existe una voluntad de acabar con la vida. El objetivo de dichas conductas suele ser el de tratar de pedir ayuda, el de llamar la atención -quizá teniendo como fin también el solicitar ayuda por parte de los demás-, el de modificar ciertas circunstancias para así obtener un beneficio secundario, pudiendo catalogarlo incluso como un modo de chantaje emocional (Jalón y Peralta, 2009; Vega-Piñero et al., 2002).

Cabe hablar también del *suicidio indirecto* que hace referencia a “una conducta que puede producir la muerte que es mantenida en el tiempo y no es reconocida por el paciente, pero saben que les acorta la vida” (Rodríguez, 1997b, p.227). Es decir, “se refiere a los sujetos con un estilo de vida caracterizado por la constante exposición a situaciones de riesgo físico” (Ros y Arranz, 2006, p. 780). El suicidio indirecto es el que Hernández (1997), siguiendo a Giner y Leal (1982) llama *suicidabilidad pasiva*:

La suicidabilidad pasiva incluiría la conducta de riesgo en la que el individuo busca intencionadamente situaciones peligrosas. Considerando dentro de este apartado la toxicomanía suicida, la ordalia y las conductas agravantes en las que los pacientes enfermos graves somáticos hacen justo lo contrario de las prescripciones médicas (Hernández, 1997, p.37).

No obstante, tal como afirman Ros y Arranz (2006), más frecuente que el suicidio consumado e incluso más que la tentativa es la *ideación suicida*. Esta última se define como “aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinflingida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir” (Hoyos, 2008, p.56). Dentro de la ideación suicida, podemos distinguir entre la que es *pasiva*, en la que el sujeto desea estar muerto, y la *activa*, en la que desea matarse (Jalón y Peralta, 2009).

1.3. Fases de la conducta suicida

La ideación suicida que acabamos de comentar constituye la primera de las tres fases en que Jalón y Peralta (2009) dividen la conducta del suicidio. La segunda fase conocida como la de *ambivalencia* haría referencia a la duda en la que “el individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus conflictos. Suele ser variable en la duración, y en los individuos impulsivos esta fase puede ser breve o no existir” (Jalón y Peralta, 2009, p.88). La última hace referencia a la decisión, en la que se pasa a llevar a cabo la acción propiamente suicida.

En base a las distintas fases se puede hablar por un lado del suicidio como un *continuum* formado por distintos estadios de gravedad que se inician en la ideación de muerte que progresa en ideación de suicidio y tiene como final la muerte (Martínez y Rudelir, 2005) y, por otro lado nos puede hacer caer en la cuenta de que “la conducta suicida no es una conducta aleatoria y ya desde las primeras descripciones científicas de la misma se observó que hasta cierto punto se podía predecir” (Jalón y Peralta, 2009, p.88). Es por ello que los estudios que tratan de la prevención del suicidio han ido en aumento y tienen como fin detectar las diferentes

variables que contribuyen a que una persona decida poner fin a su vida. Cuando una persona empieza a verbalizar sus reiterados pensamientos acerca de la muerte, su ideación suicida, etc. nos está poniendo en alerta sobre un posible suicidio. Esto es conocido como *comunicación suicida*, el “acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida” (Ministerio de Ciencia, Sanidad e Igualdad, 2011). Incluye tanto la amenaza como el plan suicida. Este último, tal como lo definen Nock et al. (2008), se refiere a la formulación de un método específico a través del cual uno tiene la intención de morir. Así pues, se debe hacer un buen tratamiento con esa persona para hacerle caer en la cuenta de que su vida tiene un sentido.

Retomando la idea del suicidio como *continuum*, como un proceso, Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez (2006) lo proponen como un modelo para explicar por qué se lleva a cabo. Las características de la personalidad del sujeto, así como su interacción con el medio ambiente jugarán un papel muy relevante en la decisión de acabar con la vida (ver Figura 1). Estos autores, proponen también un segundo modelo denominado *estrés – diátesis* en el que se enfatiza la predisposición de algunas personas para contraer ciertas enfermedades, en este caso se referiría a cometer suicidio. Las experiencias traumáticas, la enfermedad psiquiátrica y el aspecto genético son claves para entender dicho modelo, tal y como se observa en la Figura 2.

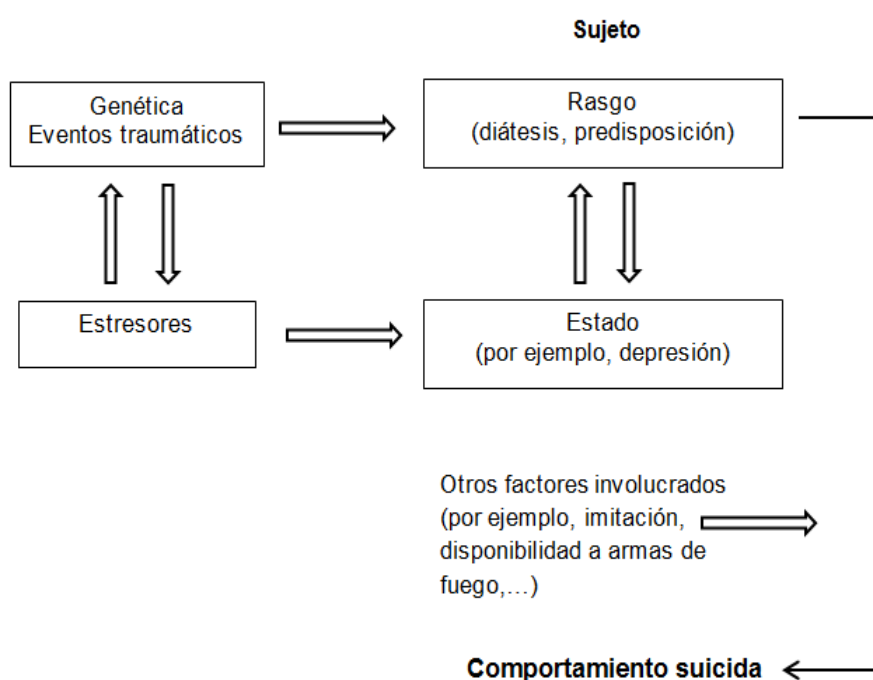


Figura 1. Modelo del suicidio como proceso. (Gutiérrez-García et al., 2006, p. 69)

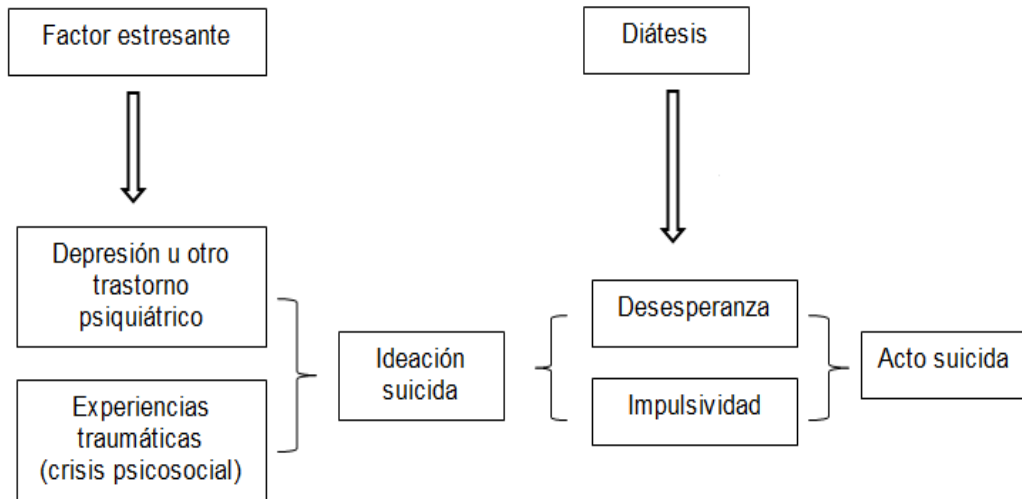


Figura 2. Modelo estrés-diátesis del comportamiento suicida. (Gutiérrez-García et al., 2006, p. 69)

Hay un tercer modelo, más antiguo, propuesto por Blumenthal y Kupfer (1986) que trata de dar explicación a la conducta suicida. Recibe el nombre de modelo de *sobreposición o solapamiento* y consiste en la agrupación de los factores de riesgo en cinco dominios, que configuran, a su vez, una esfera de influencia o vulnerabilidad. Estas cinco esferas son las siguientes: factores biológicos, factores familiares, factores psicosociales, trastornos psiquiátricos y rasgos de personalidad (Montoya, Figueroa, Mendoza, Miranda, Ramírez y Abundiz, 2004; Arranz, 1997). De este modo, “la presencia de factores de riesgo pertenecientes a diferentes dominios aumenta el riesgo de suicidio y explica por qué solo algunos de los pacientes que presentan ciertos trastornos psiquiátricos cometen actos suicidas” (Arranz, 1997, p.82).

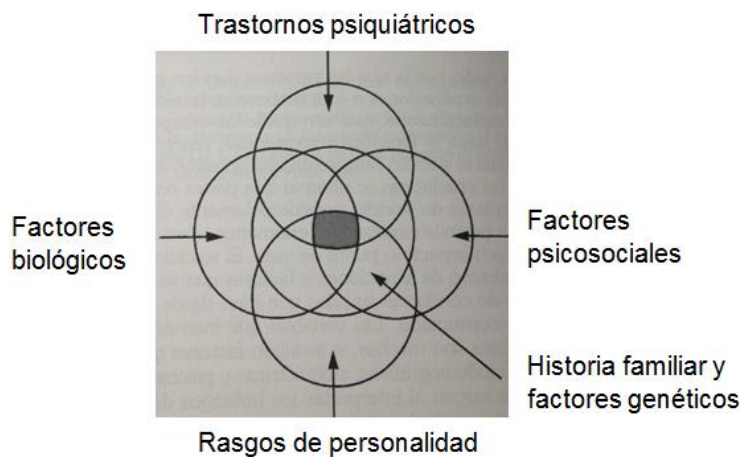


Figura 3. Modelo de solapamiento de factores de riesgo de suicidio. (Blumenthal y Kupfer, 1986, citado en Arranz, 1997, p.82)

Dentro del enfoque psicoanalítico también se ha tratado de dar explicación al suicidio. El fundador de dicha corriente afirma lo siguiente:

El comportamiento social del suicida está asociado a la falta de elaboración de conflictos no resueltos que se unen a sucesos o experiencias relacionadas con la estructura de personalidad y situaciones estresantes. Tiene que ver con una intención de descarga de una emoción reprimida o con su dirección consciente, la cual busca destruir o culpar de su muerte a otra persona o imaginario social (Freud, 1917/1975b, citado en Hoyos, 2008, p.57).

Vemos pues, cómo el suicidio ha sido abordado desde distintas corrientes y que, de hecho, no solo ha sido estudiado por el campo de la salud. La filosofía, la religión y la idiosincrasia de cada cultura se han posicionado también frente a este fenómeno humano universal que ha tenido lugar a lo largo de las distintas épocas históricas. No obstante, parece que las cifras del suicidio y de las tentativas suicidas van en aumento, constituyendo no solo un drama a nivel personal, sino también un grave problema de Salud Pública.

2. Epidemiología

Tal como hemos comentado en el apartado anterior, el fenómeno del suicidio preocupa cada vez más a los profesionales de la salud y es que se ha llegado a establecer como una de las principales causas de muerte en el mundo. De hecho, la Organización Mundial de la Salud “estima que anualmente, un millón de personas cometen suicidio en el mundo, lo cual representaría una tasa anual de mortalidad por suicidio de 14,5 por 100.000 habitantes” (Luchinger et al., 2011, p.16). En la Figura 4 podemos ver la prevalencia del suicidio atendiendo al país en que tiene lugar. Son muchas las variables que se estudian para dar explicación al suicidio. Si bien en la figura siguiente no se tiene en cuenta algunas de ellas como el sexo o la edad, no debemos pasar por alto que variables tales como la legitimidad de dicho acto, la cultura o el sistema de registro de cada país influyen y sesgan la obtención de estos datos. No obstante, se calcula que cada 40 segundos una persona muere a causa del suicidio y son todavía más alarmantes las cifras de intento de suicidio (World Health Organization, 2014). Se estima que aproximadamente entre veinte y treinta millones de personas cometen una tentativa al año (Sánchez, 2002 en Tuesca y Navarro, 2012). En base a varios estudios, Luchinger et al., (2011), Robles-García y Vela (2005) y Vega-Piñero et al. (2002) informan que tanto la ideación como los intentos de suicidio son más comunes en el sexo femenino en una proporción de 3-4 a 1. No obstante, por lo que refiere al suicidio consumado, las cifras se invierten siendo el triple el número de suicidios cometidos por hombres respecto al de mujeres.

En cuanto a la edad, la tasa de tentativas se encuentra más elevada entre los 15 y 25 años (Hernández, Navarro-Ruiz, Torrente y Rodríguez, 2005) y también el índice de suicidios consumados ha aumentado considerablemente en los adolescentes y adultos jóvenes, siendo extraño por debajo de los doce (Tuesca y Navarro, 2012). Se cree que alrededor de un 7% de los jóvenes cometerán un intento de suicidio antes de los 25 años. Sin embargo, las tasas de suicidio en los países industrializados aumentan con la edad, siendo más frecuente en ancianos mayores de 75 años. De hecho, “el comportamiento suicida en el anciano puede tomar la forma del llamado *suicidio silencioso*, que incluiría comportamientos autolesivos indirectos tales como el rechazo de alimentos o la falta de adherencia al tratamiento” (Vega- Piñero et al., 2002, p.3).

Por lo que refiere a nuestro país, “aunque la tasa de mortalidad anual no era de las más elevadas de Europa, resulta llamativo que fue, junto con Irlanda, el único país

europeo en el cual se observó una tendencia lineal de incremento de mortalidad por suicidio” (Chishti, 2002, citado en Rico-Villademoros, Hernando, Saiz, Giner y Bobas, 2011, p. 41). En base a datos del Instituto Nacional de Estadística, las defunciones por suicidio y lesiones autoinfligidas sumaron un total de 3539 en el 2012 y 3870 en el 2013.

En vistas al futuro, un estudio de la OMS estima que 1,53 millones de personas morirán a causa del suicidio y que entre 10 y 15 millones más llevará a cabo un intento de suicidio entorno al 2020 (Sarmiento, 2011).

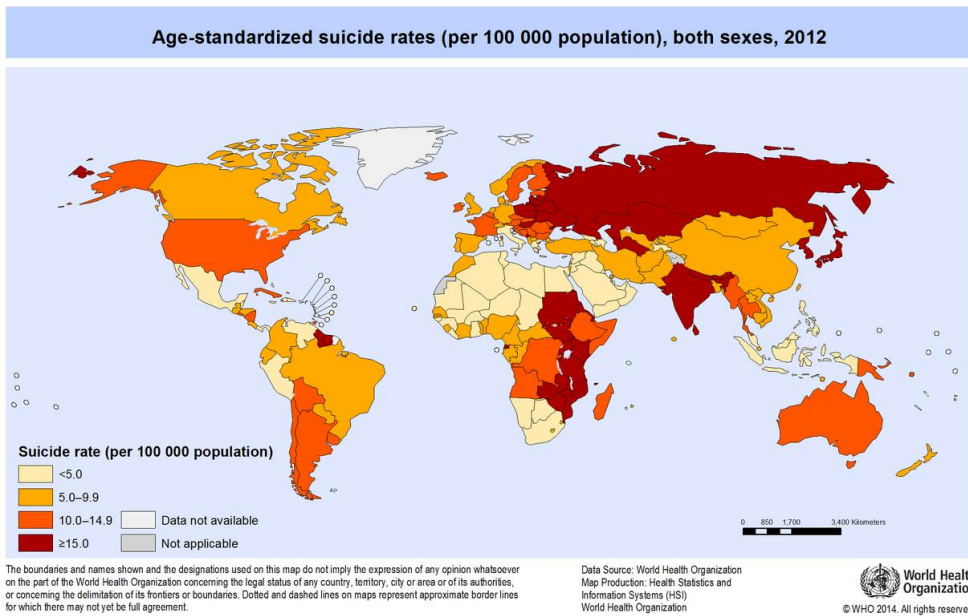


Figura 4. Tasa de prevalencia de suicidio según país. (World Health Organization, 2014, p.16)

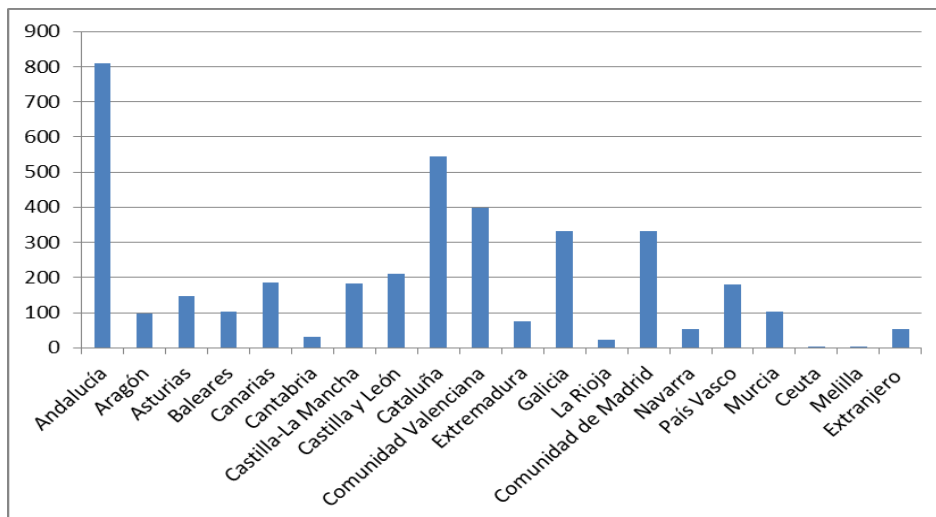


Tabla I. Defunciones por suicidio y lesiones autoinfligidas en España en 2013 (INE, 2013)

3. Factores de riesgo y comorbilidad

Para una correcta prevención del suicidio es necesario conocer las características de los individuos que lo llevan a cabo y ver cuáles de estas son las que más abundan. Con esta información se pretende elaborar un perfil de la persona potencialmente suicida atendiendo a una diversidad de factores que abarcan el ámbito social, cultural, psicológico, etc.

Atendiendo a Giner y Pérez (2011), dividiremos los factores de riesgo en dos grupos. Por un lado, los factores inmodificables o *fijos* y, por el otro, los *modificables*.

Estos primeros se relacionan con el propio sujeto y con su grupo social y dejan de lado la situación clínica y su situación vital. Se definen por mantenerse en el tiempo a pesar de que algunos de ellos sufren modificaciones tales como la edad, el estado civil o las creencias religiosas. Otro punto que tienen en común los factores fijos es que los profesionales de la salud no pueden intervenir sobre ellos.

Por otro lado, encontramos los factores de riesgo modificables, que se asocian a los factores tanto sociales, como psicológicos y psicopatológicos que se pueden modificar clínicamente o bien, mediante intervención. Las enfermedades médicas y psiquiátricas, así como el acceso a los medios para cometer suicidio o el aislamiento social pertenecen a este grupo (Gutiérrez-García et al., 2006).

3.1. Factores de riesgo fijos o sociodemográficos

Hablaremos en primer lugar y brevemente de los factores fijos. En ellos se engloban la características sociodemográficas, tales como el sexo y edad de las que ya hemos hablado en el apartado anterior. Por lo que refiere a la *heredabilidad*, se han realizado estudios familiares, con gemelos y estudios de adopción y se concluye que una historia familiar de suicidio incrementa considerablemente el riesgo de suicidio o de tentativas tanáticas llegando a ser dichas conductas incluso hasta 10 veces más frecuentes (Kim y cols., 2005, citado en Ros y Arranz, 2006). Otros estudios afirman que “la herencia en la conducta suicida parece estar determinada por, al menos, dos componentes: uno, la propia transmisión de las enfermedades mentales, y otro, la dotación genética relacionada con la agresividad, impulsividad y otros factores de personalidad” (Brendt y Mann, 2005, citado en Ayuso-Mateos, Baca-García, Bobes, Giner, Giner, Pérez, Sáiz y Saiz, 2012, p.11).

En cuanto al *estado civil*, los estudios muestran que el matrimonio constituye un factor de protección y que es más frecuente entre los divorciados y viudos, seguidos

por los solteros y los casados sin hijos y, que las tasas más bajas se hallan en aquellos individuos casados y con hijos (Popoli et al., 1989 en Giner y Pérez, 2011; Arranz, 1997).

Otro de los colectivos en los que se ha hallado un mayor riesgo de suicidio es en el compuesto por los homosexuales, bisexuales y transexuales (OMS, 2013; Vega-Piñero et al., 2002).

Respecto a la *situación laboral y económica*, se observa que “el riesgo de cometer suicidio aumenta con el desempleo” (Danzinger 2010, citado en Luchinger et al., 2011, p.19) y que los “distintos tipos de estudios indican un riesgo entre dos y cinco veces mayor para el desempleo, y ligeramente mayor en los varones” (Wong et al., 2008, citado en García, Ubago y Ruiz, 2011, p. 69). Las profesiones que tienen fácil acceso a medios letales de suicidio como los médicos, enfermeras, farmacéuticos, etc. son más propensos a cometer dicha conducta (Luchinger et al., 2011).

Sobre la *raza* del sujeto, Arranz (1997) afirma que la frecuencia de suicidio en la raza blanca es mayor que la de la de otros grupos étnicos y, por lo que refiere a la *emigración*, “la mayor capacidad de adaptación protege del efecto “suicidógeno”; así, el riesgo es menor en los jóvenes que en los ancianos, en los que emigran por voluntad propia y cuando se emigra con toda la familia” (Vega-Piñero et al., 2002, p.4).

Cabe hablar también sobre el *lugar de residencia*. Si bien la tasa de los intentos suicidas es mayor en las zonas urbanas, la letalidad es menor si se compara con el medio rural, puesto que en este último el acceso a la estructura sanitaria es más complicado y suelen tener más acceso a las armas de fuego (Luchinger et al., 2011; Arranz, 1997).

Por último, es necesario hacer mención a la *religión* resaltando el factor protector que constituye por un lado, por el sentido que esta da a la vida y, por el otro, al estar relacionada con el *apoyo social*. Es decir, según Arranz (1997), no es tanto el contenido del dogma o los ritos religiosos los que protegen del suicidio, sino que lo que cobra más peso es la pertenencia del sujeto a un grupo. Esta idea liga con lo propuesto por Durkheim, quien afirmaba que en las religiones en las que prima menos el individualismo, hay menos suicidios. De este modo, los judíos tendrían una baja tasa de suicidio, la de los católicos sería algo superior y, en el protestantismo, debido a los altos niveles de interpretación, prima la individualidad y, por ello, el número de suicidios sería mayor (Durkheim, 1998). En la misma línea, se ha visto que “los países con prácticas religiosas prohibidas (como la antigua Unión Soviética) presentan las mayores tasas de suicidios: después seguirían los budistas e

hinduistas (con creencias de reencarnación) y, por último, los protestantes, católicos y musulmanes” (Ministerio de Ciencia, Sanidad e Igualdad, 2011, p.64).

3.2. Factores de riesgo modificables

Tal como comentábamos con anterioridad, la gran mayoría de las personas que deciden acabar con su vida o dañarse a sí mismos padecen un trastorno psiquiátrico. En base a numerosos estudios, se demuestra que alrededor del 90% de los suicidas cumplía criterios para uno o más trastornos mentales en el momento del suicidio (Ros y Arranz, 2006; Martínez y Rudelir, 2005; Henriksson y cols., 1996 en Lecubrier, 2002). Estos datos se han podido obtener a través de la *autopsia psicológica*. Se trata de una evaluación postmortem o análisis retrospectivo de las características de la personalidad y las condiciones biográficas de la persona fallecida con el fin de comprender las circunstancias de su muerte (Tuesca y Navarro, 2012; Morales y Jiménez, 2002). La fuente de información suele estar constituida por familiares u otros allegados a la víctima que aportan datos relevantes sobre los antecedentes médicos, psiquiátricos y judiciales y nos permiten, de este modo, elaborar un perfil de la víctima (Gómez, Opazo, Levi, Soledad, Ibáñez y Núñez, 2014; Jiménez, 2001). Si bien supone una buena herramienta para obtener información acerca del sujeto fallecido y poder aproximarnos a la personalidad de este, no debemos pasar por alto que dicha información puede estar sesgada, debido a que los allegados se pueden ver todavía afectados u ocultar cierta información por vergüenza u otras circunstancias.

Veamos pues, qué trastornos mentales suelen padecer las personas que se suicidan.

a) Trastornos afectivos

Los trastornos afectivos son los que se dan en mayor frecuencia entre los sujetos que cometen suicidio. Además, la depresión es también el trastorno mental más común en los pacientes que cometen tentativas y que tienen ideación suicida (Ros y Arranz, 2006).

De entre todos los trastornos mentales es la depresión el principal responsable de la mayor parte de los suicidios consumados. En los estudios realizados sobre grandes muestras de suicidio consumado de Robins y cols (1959), Dorpat y Ripley (1960), Barraclough y cols (1974) y Arató y cols (1988), se halla que por término medio una de cada dos personas que consuman el suicidio padece un trastorno afectivo de tipo depresivo. Además en muchos de los pacientes que consuman el suicidio y cuyo diagnóstico principal no es el de un trastorno afectivo se constata la existencia de sintomatología depresiva (Nieto y Vieta, 1997, p.99).

Es necesario precisar que en la edición actual del manual de psiquiatría de la APA, el DSM-5, los trastornos depresivos y los bipolares ya no quedan abarcados en un mismo capítulo (trastornos afectivos) como ocurría en ediciones anteriores, sino que conforman dos apartados distintos. No obstante, debido a su reciente publicación, la mayoría de la bibliografía recopilada hasta ahora utiliza la clasificación del DSM-IV-TR. Es por ello que en el presente trabajo hablaremos de trastornos afectivos.

En la década de los 80 y los 90 se realizaron varios estudios de seguimiento de pacientes afectivos y, tal como se puede ver en la Tabla II, algunos estudios observaron que el porcentaje de suicidio consumado era mayor en pacientes unipolares que en bipolares, mientras que otros no hallaron diferencias significativas. Se debe tener muy presente que “el riesgo de suicidio en los pacientes afectivos se asocia al número, duración e intensidad de las fases *depresivas* que presentan” (Nieto y Vieta, 1997, p.105).

Tabla II. Estudios de seguimiento de pacientes afectivos. Tasa de suicidio (SUI) en Unipolares (UP), Bipolares (BP), Bipolares Depresivos (BPDe) y Bipolares Maníacos (BPMa) (Nieto y Vieta, 1997, p.102)

Autor	N	%BP	Muestra	Años seguim.	%SUI	Relación SUI UP/BP
Week y Vaeth 1986	2.168	19	Primera hospitalización	6	3,5	Sin diferencia significat.
Berglund y Nilsson 1987	1.206	4,5	Depresivos Graves Hospital	14-27	8	UP 9% BP 4%
Black et al 1987	1.593	37	Hospital	2-13	2,6	UP 3,4% BPDe 3,2% BPMa 0,5%
Fawacet et al 1987	954	37	80% Hospital	4	2,6	Sin diferencia significat.
Newman y Bland 1991	4.022	36	30% Hospital	1-10	2,3	UP 2,9% BPDe 2,0% BPMa 0,9%
Angst y Preisig	406	54	Hospital	27	11	Sin diferencia significat.

Estos autores observaron que la tasa de suicidio está especialmente elevada en los dos primeros años de seguimientos (0,9 – 2%), mientras que, según van pasando los años de evolución de la enfermedad, la tasa anual de suicidio se hace mucho más baja (0,45%).

También concluyen que el suicidio consumado es más precoz y difícilmente predecible en los pacientes bipolares que en los unipolares, puesto que estos primeros cuando consuman el suicidio, lo hacen sin haber realizado ningún intento previo (sobre todo los hombres), mientras que en los pacientes unipolares (en especial las mujeres) es más frecuente que, antes de consumir el suicidio, se haya realizado algún intento previo. De hecho, se asocia una mayor falta de autocontrol de la impulsividad en los pacientes diagnosticados de trastorno bipolar, lo cual aumenta el riesgo de llevar a cabo el suicidio (Moraes, et al., 2013).

Un estudio posterior al de Nieto y Vieta (1997) realizado por Tondo et al. (2007, citado en Courtet y Giner, 2012) en Cerdeña, con una muestra de casi 3000 sujetos con trastorno afectivo, concluye lo siguiente:

La tasa relativa de intentos de suicidio entre los sujetos con trastorno del humor frente a la población en general fue aproximadamente seis veces mayor entre los pacientes TB-I, tres veces mayor en los TB-II, y dos veces mayor en pacientes con TDM. En cuanto a los suicidios consumados, el riesgo para los mismos trastornos fueron, 15, 13 y 4,6 veces mayores para el TB-II, TB-I, TDM, respectivamente, en comparación con la tasa de suicidios en la población general (Courtet y Giner, 2012, p.115).

De este modo, en base a esta última investigación, la conducta suicida es más elevada en pacientes bipolares que en los unipolares.

Por otro lado, Ros y Arranz (2006) relacionan la conducta suicida en los pacientes depresivos también con la impulsividad y con la desesperanza. Estas dos características constituyen predictores clínicos del suicidio, así como también la historia de tentativas previas o el hecho de estar hospitalizado (Bostwick y Pankratz, 2000, citado en Ros y Arranz, 2006). De hecho, como veremos más adelante, los rasgos de la impulsividad y de la desesperanza constituyen los dos pilares fundamentales que caracterizarán el suicidio consumado y la conducta suicida.

Por lo que refiere a las variables clínicas, “el inicio temprano del trastorno, el predominio de síntomas depresivos, los cicladores rápidos, los pacientes con episodios mixtos, y la gravedad de los episodios afectivos, comportan un aumento de riesgo de intentos de suicidio” (Ros y Arranz, 2006, p. 786).

b) Trastorno por consumo de sustancias

Según estos últimos autores, el abuso de sustancias, especialmente del *alcohol*, constituye la segunda patología mental que se da en personas con conducta suicida. De los suicidios que se llevan a cabo, el abuso de alcohol está presente en un 25-50% de los casos (Conner y Duberstein, 2004, citado en Giner y Pérez, 2011; Luchinger et al., 2011; Frances et al., 1987, citado en San Molina y Arranz, 1997) habiendo diferencias según el sexo:

Aproximadamente un tercio de los hombres y una quinta parte de las mujeres que intentan suicidarse abusan del alcohol; así, cerca de una décima parte de alcohólicos mueren por suicidio y un tercio de quienes habían intentado el suicidio consumieron alcohol dentro de las seis horas previas al intento (Gutiérrez-García et al., 2006, p. 70).

Luchinger et al., (2011) afirma que, generalmente, se comete este acto tras muchos años de abuso y suele además, cursar con otras patologías mentales y médicas. También el consumo de diversas sustancias –hecho conocido como politoxicomanía– incrementa el riesgo de suicidio (Fower et al., 1986 y Rich et al., 1986, citados en San Molina y Arranz, 1997) siendo este hasta 20 veces superior (Ayuso-Mateos et al., 2012).

Cabe tener muy presente que el uso de sustancias psicoactivas (drogas y medicamentos) constituye muchas veces el medio a través del cual cometen el suicidio o una tentativa. Aquellos que están familiarizados con este tipo de sustancias, tienen mayor accesibilidad a este medio para cometer una conducta suicida.

c) Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

En tercer lugar, es preciso hablar de la esquizofrenia, ya que debido a su “mal pronóstico, cronicidad, progresivo desgaste de los recursos del paciente y de su entorno y la parcial respuesta al tratamiento que contribuye con sus efectos secundarios a ese desgaste” (Rodríguez, 1997a, p. 139) es una entidad con un elevado riesgo suicida. Además, “los pacientes con esquizofrenia, cuyo riesgo de suicidio es 8,5 veces mayor que la población general, comparten algunos de los factores de riesgo con la población general (como ser hombre, soltero, desempleado, vivir solo o estar aislado socialmente)” (Ayuso-Mateos et al., 2012). De hecho, se calcula que alrededor de un 5% de los pacientes esquizofrénicos acaban con su vida (Luchinger et al., 2011; Palmer y cols., 2005, citado en Ros y Arranz, 2006) y entre un 20-40% realizan alguna tentativa suicida a lo largo de la vida (Modestin y cols., 1992 y Siris, 2001, citados en Ros y Arranz, 2006). Este

riesgo aumenta durante los primeros años de enfermedad, tras el primer episodio psicótico agudo y durante los primeros seis meses después de una hospitalización (Luchinger et al., 2011; Ros y Arranz, 2006; Rodríguez, 1997a). Sin embargo, cuando se habla de mayores tasas es cuando cursa con un trastorno depresivo, es decir, cuando se trata de un trastorno esquizoafectivo (Gutiérrez-García et al., 2006).

d) Trastornos de ansiedad

Otra de las patologías mentales que se asocian al suicidio es la ansiedad. En ella englobaremos los distintos trastornos que se hallaban agrupados en el DSM-IV-TR bajo el título de Trastornos de ansiedad. Nos referimos concretamente a trastorno de angustia con o sin agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo y trastorno de ansiedad generalizada. La clasificación de dichas categorías diagnósticas ha sufrido cambios en la actual edición del DSM.

En los diferentes estudios recogidos en el capítulo de Seguí y Canet (1997), se apunta a que los trastornos de ansiedad, en especial el trastorno de pánico, no configuran *per se* una categoría común en las personas suicidas. “El trastorno de pánico no complicado es muy raro entre los suicidas. Cuando aparece suele ser un diagnóstico secundario a otras enfermedades mentales más graves como una depresión mayor, abuso de sustancias y trastornos de la personalidad” (Seguí y Canet, 1997, p.154). No obstante, estudios más recientes (Norton, 2008) “han mostrado que el tener un trastorno de ansiedad, sin historia de trastorno de alteración del ánimo asociada, incrementa el riesgo de presentar ideación suicida” (Luchinger et al., 2011, p.22). La conclusión que se desprende de los distintos estudios que analizan Ros y Arranz (2006) va en sintonía con los resultados de Seguí y Canet (1997). Esto se debe a que “la ansiedad representa un espectro psicopatológico amplio; puede ser patognomónica de un trastorno psiquiátrico primario, o un síntoma fundamental en la depresión, abuso de sustancias o en la psicosis; a veces, reacción emocional ante una amenaza existencial, pérdida o conflicto” (Ros y Arranz, 2006, p.788). Es decir, el riesgo de suicidio será mayor cuando el trastorno de ansiedad aparezca comórbido a otra patología, especialmente cuando se trata de sintomatología depresiva.

e) Trastornos de la personalidad

A menudo se ha asociado el suicidio con los trastornos de personalidad, concretamente con el trastorno límite ya que uno de sus criterios hace referencia explícita a la conducta suicida: “comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación” (DSM-5). Además, junto con la impulsividad y el sentimiento crónico de vacío propio del TLP, hace que sea el trastorno de personalidad más cercano a lo que se podría conocer como la personalidad suicida. Incluso algún autor identifica dicho trastorno con la personalidad suicida (Mehlum, 1994, citado en Rubio, 1997).

Aproximadamente uno de cada 10 pacientes diagnosticados de TLP consuma el suicidio (Paris, 2002, citado en Ros y Arranz, 2006) y se cree que está presente hasta en un 33% de las víctimas que se suicidan (Vega-Piñero et al., 2002) y que, a lo largo de la vida, llevan a cabo una media de 3,5 intentos de suicidio (Belloch, 2011). Los estudios refieren también que hasta un 70% de los suicidas tiene al menos un trastorno de la personalidad (Luchinger et al., 2011) siendo los del clúster B los más frecuentes junto con el trastorno dependiente de la personalidad del clúster C (Rubio, 1997; Vega-Piñero et al., 2002) el cual se caracteriza precisamente por el componente ansioso.

No obstante, como ocurre con el resto de trastornos, la comorbilidad aumenta considerablemente el riesgo de suicidio y además se debe tener presente lo siguiente:

Los trastornos de personalidad tienen una particular relevancia, ya que pueden determinar la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales mayores como depresión o alcoholismo, conduciendo a problemas en las relaciones interpersonales y en el ajuste social, precipitando acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental (Duberstein y Conwell, 1997; Pompili et al., 2005b, citados en Ayuso-Mateos et al., 2012 p.11).

f) Enfermedades médicas

Por otro lado, no solo la patología mental suele ir comórbida a la conducta suicida, sino que también se puede encontrar correlación entre el suicidio y la enfermedad médica. No obstante, esto se debe a que “el riesgo de desarrollar trastornos mentales en algunas enfermedades orgánicas es también claro, ya sea por ellas mismas, así como por las consecuencias biológicas o psicosociales que conllevan o por la terapéutica utilizada para su control” (Doménech, 1997, p. 161). Por lo tanto, el riesgo de suicidio se ve elevado cuando se presenta una enfermedad somática y una

mental, sobre todo cuando se asocia con sintomatología depresiva (Pompili et al., 2005a; Tang y Crane, 2006, citados en García et al., 2011). En el cuadro siguiente se muestran las enfermedades orgánicas que aumentan el riesgo de suicidio.

Cuadro I. Enfermedades orgánicas que producen un aumento del riesgo de suicidio (Domenech, 1997, p.164)

Enfermedades Neurológicas	Epilepsia, Esclerosis múltiple, Migraña, Enfermedad de Parkinson, Enfermedades vasculares, Enfermedad de Huntington, Lesiones traumáticas en médula espinal, Traumatismos craneoencefálicos, Tumores cerebrales, Demencia
Enfermedades Cardiovasculares	IAM, Hipertensión
Enfermedades Reumatológicas	Artritis reumatoide, Dolor
Enfermedades Gastrointestinales	Úlcera péptica, Gastrectomías, Enfermedad de Crohn, Cirrosis hepática, Enfermedad vesicular
Cáncer	
Enfermedades Renales	Insuficiencia renal crónica, Diálisis
Enfermedades Urogenitales	Infecciones, Cirugía
Enfermedades Endocrinas	Alteraciones tiroideas, Diabetes Mellitus, Enfermedad de Cushing, Hiperparatiroidismo, Hiperprolactemia
Enfermedades Respiratorias	Asma, Bronquitis crónica
SIDA	
Enfermedades Hematológicas	Anemia, Porfiria aguda intermitente
Enfermedades ginecológicas	S. Tensión premenstrual, S. Klinefelter
Enfermedades de los órganos de los sentidos	
Síndrome de fatiga crónica	

La gran mayoría de las enfermedades médicas que supongan un riesgo para llevar a cabo el suicidio, suelen ser enfermedades crónicas y deteriorantes, que cursan con mucho dolor y que implican cierta invalidez a la persona que la sufre.

3.3. Intentos suicidas previos

Ya por último cabe comentar los intentos previos de suicidio, que constituyen un grave factor de riesgo, por no decir el más relevante (OMS, 2014; Beghi, 2010, citado en Luchinger et al., 2011). Se estima que las personas que han cometido algún intento autolítico tienen 40 veces más de riesgo de suicidio que el resto de población (Harris y Barraclough, 1997, citado en Jalón y Peralta, 2009) y que “el riesgo de nuevos intentos de suicidio es máximo en los tres meses posteriores al primero (Kaplan 2004)” (Luchinger et al., 2011, p.20). De este modo, será imprescindible que, ante una tentativa se esté alerta para evitar que vuelva a ocurrir y evitar también que trate de consumar el suicidio. Además, se deberá indagar en la causa que ha llevado al paciente a autolesionarse o a intentar acabar con su vida y ofrecerle un tratamiento. Estas y otras actuaciones deberán ser recogidas en políticas de prevención del suicidio, de las cuales hablaremos más adelante.

No obstante, no debemos pasar por alto que la mayoría de los pacientes con trastornos psiquiátricos no se suicidan. Por lo tanto, tal como afirman Ros y Arranz (2006), para cometer un acto suicida, la presencia de psicopatología se establece como un factor necesario, pero no suficiente.

4. Rasgos de la personalidad suicida

Antes de adentrarnos en el estudio de una posible personalidad en base a los rasgos comunes que presentan muchas de las personas que cometen suicidio y de si estos, por sí solos, pueden ser suficientes para detonarlo, es preciso saber qué entendemos por dicho término. Si bien son múltiples las definiciones que existen en torno a este concepto, tomaremos la definición propuesta por Echavarría: “la personalidad es la unidad operativa estable de un hombre en cuanto manifestativa y completiva de su ser personal” (Echavarría, 2010, p. 246).

Otro autor, Allport, afirma que las unidades básicas que configuran la personalidad son los rasgos, los cuales son atributos reales de las personas que permiten explicar la conducta y la determinan (Libert, 2000). De este modo, los rasgos son disposiciones para la conducta, inclinaciones a la acción. Más concretamente, el DSM-5 define los rasgos de la personalidad como “patrones persistentes del modo de percibir, pensar y relacionarse sobre el entorno y sobre uno mismo que se muestran en numerosos e importantes contextos sociales y personales” (APA, 2014, p. 647).

De ahora en adelante, trataremos pues, de ver qué rasgos suelen predominar en aquellas personas que llevan a cabo el suicidio. Para ello, nos basaremos en la escasa literatura que hay al respecto, ya que si bien son muchos los estudios sobre el suicidio, todavía no hay mucha documentación específica que dé importancia a los rasgos de quienes ejecutan conductas suicidas. Así pues, la mayoría de estudios referentes al suicidio se han centrado en la investigación de otros aspectos, dejando de lado la personalidad.

En primer lugar, es necesario partir de la base de que no hay un único perfil del suicida y que no todas las personas que se han suicidado o han tratado de hacerlo tienen las mismas características de personalidad. No obstante, sí se ha observado ciertos rasgos comunes entre ellas y, el conocimiento de ellos, nos puede ser útil de cara a una adecuada evaluación de la conducta suicida y también para una mejor prevención. Tal como afirman algunos estudiosos:

La personalidad del sujeto suicida es una con problemas de salud mental en tanto que no posee un adecuado nivel de expresión de sus capacidades, intereses y cualidades acordes con los valores sociales de referencia en su entorno (Quintanilla, Valadez, Valencia y González, 2005, p. 116).

Cabe decir que la relación que aúna la personalidad y la conducta suicida no es tan clara como el vínculo entre el suicidio y los trastornos del Eje I del DSM-IV-TR o

ciertos trastornos de personalidad (Eje II, DSM-IV-TR) (Montoya et al., 2013; Montoya et al., 2004). Sin embargo, sin ir más lejos, también Freud relacionó la conducta suicida con los rasgos de personalidad de los sujetos: “el comportamiento social del suicida está asociado a la falta de elaboración de conflictos no resueltos que se unen a sucesos o experiencias relacionadas con la *estructura de personalidad* y situaciones estresantes” (Freud, 1917/1975b, citado en Hoyos, 2008, p. 57).

4.1. Perfil melancólico

Al hacer una revisión de la literatura existente sobre los rasgos de personalidad que poseen aquellos que cometen suicidio o llevan a cabo alguna conducta relacionada a este, son dos los que destacan: por un lado, la desesperanza y, por el otro, la impulsividad. De este modo, en función de si predomina uno u otro, podemos establecer dos perfiles muy diferenciados.

Hablaremos, en primer lugar, del perfil melancólico, que es aquel en el que predomina la carencia de esperanza.

La desesperanza, por su parte, está relacionada en el modelo desarrollado por A. T. Beck y sus colaboradores, con sentimientos y cogniciones negativas acerca de uno mismo, del mundo y del futuro, correlacionando significativamente con ideaciones y tendencias suicidas: a mayor nivel de desesperanza, mayor frecuencia e intensidad de ideaciones suicidas y mayor probabilidad, por tanto, de materializar una conducta suicida [...]. La desesperanza operaría a modo de variable moduladora entre la depresión y la conducta suicida, por cuanto forma parte de las distorsiones cognitivas características de personas con depresión y con ideaciones suicidas (García-Alandete, Gallego y Pérez, 2009, p.448-449).

Cabe resaltar que la gran mayoría de estudios que tratan de caracterizar a la persona suicida o potencialmente suicida hacen referencia a la *desesperanza* (Giner y Pérez, 2011; García, Rodríguez, Albarrán y Santiago 2010; Spann et al., 2006, citado en Delgado, Torres y Palos, 2010; Shafi et al., 1995, citado en Hoyos, 2008; Beck et al., 1985 y Brezo, Paris y Turecki, 2006, citado en Nock, Borges, Brometm Cha, Kessler y Lee, 2008; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Gutiérrez-García et al., 2006; Morales y Jiménez, 2002; Jiménez, 2001; Hernández, 1997). Esta es definida como una “reducción de las expectativas de éxito” (Melges y Bowlby, 1969, citado en Giner y Pérez, 2011), por lo que la persona no es capaz de concebir la posibilidad de ningún cambio y cree que la situación en la que está se mantendrá a lo largo del tiempo. El hecho de no querer sufrir más o soportar durante más tiempo la situación en la que se encuentran, hace que puedan realizar conductas suicidas. Algunos autores consideran que la desesperanza es “el factor psicológico más

influyente en relación con el riesgo de conducta suicida, ya que el 91% de los pacientes con conducta suicida expresan desesperanza en la escala de Beck” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007, p.60). Algunos pacientes, además, plasman esta desesperanza de forma escrita antes de morir: “las notas suicidas representan una de las últimas conductas de un período de desesperación, aunque las ideas expresadas en ellas no se limitan sólo a ese momento” (Ruiz, Dabi, Vairo, Matusевич, Finkelsztein y Faccioli, 2003, p. 134).

La desesperanza es propia de los trastornos depresivos que, tal y como hemos comentado anteriormente, es la patología más abundante de las personas suicidas. De hecho, se incluye como criterio diagnóstico del DSM-5 en el trastorno depresivo mayor con características melancólicas, en el trastorno depresivo persistente y en el trastorno disfórico premenstrual.

Beck y cols. enfatizan las relaciones existentes entre la depresión, la ideación suicida, el deseo de vivir y el deseo de morir con el intento suicida, pero sobre todo el papel crucial y predictor de la desesperanza, que también ha sido confirmado por otros investigadores (Jiménez Genchi, Senties y Ortega, 1997, p. 37).

El deprimido se caracteriza por sus expectativas negativas sobre el futuro y por una sensación de dificultad extrema para alcanzar las metas propuestas, es decir, por su desesperanza. Así, está ausente la motivación para dar una respuesta adecuada a lo cotidiano y concurren déficits cognoscitivos que interfieren con un nuevo aprendizaje por el abatimiento motriz y emocional, acompañado de ansiedad. Por ello, la desesperanza se correlaciona positivamente con la ideación suicida y se le considera un factor clave en la relación entre la depresión y el suicidio (Gutiérrez-García et al., 2006, p.71).

También Frankl, a raíz de su experiencia personal y profesional, pudo ver la correlación establecida entre depresión y desesperanza:

Frankl llamó siempre la atención al considerar el riesgo de suicidio en pacientes con depresiones endógenas. Su experiencia clínica le procuró un dato simple unido a una interpretación: “hay pacientes que padecen depresiones y se suicidan mientras otros logran superar los impulsos suicidas ya sea por una cosa o por una persona”. Su visión médica no le permitía recurrir a análisis simplistas en los que derivaran todos los casos de suicidio de una visión deformada del sentido de la vida, pero la experiencia del campo de concentración le permitió la vinculación entre suicidio y voluntad esperanzada. La pérdida de la esperanza era la causa de muchas de las muertes, especialmente de aquellos que se abandonaban. La posesión de un motivo de supervivencia era un motor suficiente para afrontar la adversidad (Sarmiento, 2011, p. 57-58).

Vemos pues, que no podemos hablar de la desesperanza sin hacer mención al sentido de la vida, constructo al que Frankl dedicó gran parte de sus escrituras y en las que basó la logoterapia. Los estudiosos afirman que se establece una correlación

inversa entre estas dos variables, de modo que, a mayor logro de sentido vital, menos desesperanza posee el individuo y viceversa (García-Alandete et al., 2009).

Ahondando en estas ideas, Lukas (2001) afirma que la falta de sentido de la vida da lugar a una frustración existencial en la que se desespera. Entre el vacío existencial y la desesperanza, por tanto, existiría una relación estrecha; ambas remiten a un estado de ánimo y motivación, y de sentimientos y de expectativas sobre el futuro caracterizados por la apatía, el cansancio, la falta de ilusión, la sensación de inutilidad de la vida, el fatalismo y la desorientación existencial, pudiendo llevar a la comisión de suicidio. El riesgo de cometer suicidio se incrementa notablemente cuando se experimenta vacío existencial, tanto más cuanto más sinsentido resulta la propia existencia (citado en García-Alandete et al., 2009, p.448).

De todos modos, aunque suene paradójico, siguiendo a Frankl, el suicida cree en un sentido, “si no el de la vida, al menos el de la positividad de la muerte. Si de veras no creyera absolutamente en ningún sentido, ni siquiera sería capaz de mover un dedo o de tomar la determinación de suicidarse” (Frankl, 1985, citado en Sarmiento, 2011, p. 58).

Esto nos hace pensar pues, que siempre debemos indagar sobre ideación suicida en aquellas personas que se muestren sin esperanza alguna, así como también que podemos recurrir al sentido de la vida para tratar a quienes se sientan desesperanzados, tal como hacía Frankl:

Recuerdo dos casos de suicidio frustrado que guardan entre sí mucha similitud. Ambos prisioneros habían comentado sus intenciones de suicidarse basando su decisión en el argumento típico de que ya no esperaban nada de la vida. En ambos casos se trataba por lo tanto de hacerles comprender que la vida todavía esperaba algo de ellos. A uno le quedaba un hijo al que él adoraba y que estaba esperándole en el extranjero. En el otro caso no era una persona la que le esperaba, sino una cosa, ¡su obra! Era un científico que había iniciado la publicación de una colección de libros que debía concluir. Nadie más que él podía realizar su trabajo, lo mismo que nadie más podría nunca reemplazar al padre en el afecto del hijo (Frankl, 1991, p.47).

Por último, cabe resaltar que la gran mayoría de personas ancianas que consuman el suicidio se hallan dentro de este perfil.

4.2. Perfil impulsivo

El otro perfil que predomina en los pacientes suicidas y que se distingue claramente del perfil melancólico, es el impulsivo.

Williams y cols. (1980) (...) buscaron las variables que permitieran identificar a los individuos con intentos suicidas impulsivos, utilizando como criterio del acto suicida impulsivo una premeditación de menos de cinco minutos; encontraron que el 40% de los

intentos suicidas eran impulsivos y que el estado de ánimo depresivo y el deseo de morir eran poco intensos. En una investigación (...) de Brown y cols. en 1991 (...) detectaron que los [sujetos de la muestra] no impulsivos estaban significativamente más deprimidos y desesperanzados que los impulsivos (Jiménez Genchi et al, 1997, p. 37).

La *impulsividad* se establece como un rasgo central en este tipo de personas (Gómez et al., 2014; Sarracent, García, Brown, Sarracent y Saavedra, 2013; Montoya et al., 2013; Jiménez-Treviño, Blasco, Braquehois, Ceverino y Baca, 2011; Giner y Pérez, 2011; García et al., 2010; Gómez et al., 2010; Hoyos, 2008; Nock et al., 2008; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Gutiérrez-García et al., 2006; Robles-García y Vela, 2005). Si bien la impulsividad es una conducta natural e incluso necesaria, nos referiremos a una impulsividad más bien patológica, que podría ser definida como la dimensión de la personalidad caracterizada por la incapacidad de resistir un acto o pensamiento que puede provocar daños tanto a uno mismo como a otros (Ros et al., 2003). Otros autores la definen como “la tendencia a responder rápidamente y sin reflexión” (Plutchik y Van Praag, 1995, citado en Pino et al., 2008, p.85).

Cabe decir además, que la correlación entre esta característica y sus bases neurobiológicas es bastante clara (Cfr. Isung et al., 2014; Salazar, Romero y Ramírez, 2014; Gutiérrez-García et al., 2008a/b; Asberg, 1997), y dichas bases coinciden con las estudiadas para explicar el suicidio a nivel neurológico. Vemos pues, cómo en el ámbito biológico existe también una correspondencia entre la conducta suicida y la impulsividad.

También este rasgo determina el método del que se servirán para acabar con sus vidas.

Plutchik y cols. (1988, 1990, 1991, 1993) estudiaron una serie de circunstancias relacionadas con el intento suicida como la seriedad del intento, la letalidad del método utilizado, la severidad del ánimo depresivo, la impulsividad y la violencia, desarrollando escalas para ello. Observaron una correlación alta entre impulsividad, riesgo suicida y violencia (Jiménez Genchi et al, 1997, p. 37).

Así pues, las personas que cometen un suicidio violento, suelen caracterizarse por presentar un alto nivel de impulsividad.

Mientras que la desesperanza caracteriza a los trastornos depresivos, la impulsividad es propia de otras patologías mentales que hemos comentado anteriormente, tales como los trastornos de la personalidad del clúster B, los cuales retomaremos más adelante, y el consumo de sustancias.

La investigación neurobiológica y neuropsicológica concibe la adicción como una transición desadaptativa del control de la conducta desde la impulsividad (conducta motivada por la

recompensa esperada, que caracteriza los estadios iniciales y es un marcador de vulnerabilidad de la adicción) y la compulsividad (Fernando Serrano et al., 2012, p. 106).

Además, mientras que en el perfil melancólico, a veces se utilizaban las notas de suicidio, en este perfil no se suele hacer uso de ellas:

En los suicidios por *acting out*, propio de los adolescentes, de los esquizofrénicos o de personalidades psicopáticas, en los que no hay premeditación ni intervalo cognitivo entre la decisión y la acción, no se suele dejar constancia escrita de las razones del suicidio, precisamente por el carácter impulsivo y explosivo de éste (...). La existencia de estos escritos conlleva un cierto grado de premeditación. Es decir, el acto suicida no ha sido ejecutado de forma impulsiva, sino que necesariamente ha tenido que transcurrir un período (más o menos corto) entre la escritura del documento y la consumación del hecho (Lloret et al., 1999, p.67).

Por último, hay que añadir que, a menudo, se tiende a confundir impulsividad y *agresividad*. En esta última hay una clara intención de causar un daño a alguien y, al igual que la impulsividad, puede ser verbal o física. De este modo, también la agresividad o, más bien, autoagresividad, es uno de los rasgos propios de la personalidad suicida (Gómez et al., 2014; Montoya et al., 2013; Giner y Pérez, 2011; Jiménez-Treviño et al., 2011; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Gutiérrez-García et al., 2006; Robles-García y Vela, 2005; Morales y Jiménez, 2002) y se suele englobar dentro del perfil impulsivo que hemos descrito.

Es preciso aclarar que, a pesar de que la impulsividad sea un rasgo propio de la mayoría de personas que llevan a cabo alguna conducta suicida, esto no niega la posibilidad de que, a veces, los suicidios estén planificados con antelación y que pueda darse el caso de pacientes que cumplan características propias de los dos perfiles descritos. No obstante, cabe destacar que la posible existencia de subgrupos dentro de los sujetos con potencial suicida, "puede tener implicaciones terapéuticas importantes, que van desde la decisión de hospitalización hasta la definición de estrategias farmacológicas y psicoterapéuticas" (Jiménez Genchi, 1997, p.40).

Seguidamente, a modo de conclusión, mostramos un cuadro comparativo de los perfiles descritos.

Cuadro II. Resumen de los perfiles melancólicos e impulsivos de los pacientes suicidas. (Elaboración propia).

	Perfil Melancólico	Perfil Impulsivo
Rasgo característico	Desesperanza	Impulsividad y agresividad
Trastorno mental comórbido	Trastorno depresivo	Trastorno por consumo de sustancias y trastornos de la personalidad del clúster B
Edad	Todas las edades. Perfil característico de los suicidas ancianos	Más propio de jóvenes y adultos. Disminuye con la edad.
Tipo de suicidio	Reflexivo y premeditado. Ligado a la falta de sentido de la vida	Violento e impulsivo
Notas suicidas	Algunas veces	Casi nunca

4.3. Alteraciones cognitivas y otros rasgos

Hay una serie de alteraciones cognitivas que caracterizan al perfil que estamos tratando de describir, tales como los pensamientos de derrota, las alteraciones de la memoria autobiográfica, el pensamiento dicotómico o polarización del pensamiento, etc.

En cuanto a las alteraciones cognitivas, se han descrito, entre otras, un deterioro de la atención selectiva, la ausencia de pensamientos positivos orientados al futuro y un déficit de memoria autobiográfica, que consiste en la tendencia a recordar aspectos generales de la biografía personal, con dificultad para recordar aspectos concretos. Como consecuencia de estas anomalías cognitivas, estos sujetos tienen una mayor sensibilidad a los acontecimientos con significado negativo y una mayor desesperanza, pero también un deterioro de la capacidad de tomar decisiones y una menor capacidad para resolver problemas (Skegg, 2005; Van Heeringen y Marusic, 2003, citado en Ros y Arranz, 2006, p.785).

La dificultad para resolver problemas y la alteración en la toma de decisiones también son propias de la persona suicida. Este hecho se estudia en una importante investigación llevada a cabo por Gunner et al. en 2005 con una muestra muy amplia del colectivo de los jóvenes:

Un estudio realizado entre casi un millón de hombres jóvenes (Gunnell y cols., 2005) demostró que existe una importante asociación inversa entre las puntuaciones en los tests de inteligencia y el riesgo de suicidio, lo que apoya la idea de que estos sujetos tienen una menor capacidad de resolución de problemas (Ros y Arranz, 2006, p.785).

En las pruebas que miden el desarrollo cognitivo y la capacidad intelectual se demanda a los sujetos que realicen una serie de tareas en las que deben resolver diversos problemas y dar un resultado. Las personas suicidas pues, en las circunstancias en las que se hallan, muestran dificultades a la hora de llevar esto a cabo. Al no poder encontrar una solución y al ser conscientes de dichas dificultades, suelen tender a sentirse impotentes y desesperanzados.

Del mismo modo, la *terquedad* o *rigidez cognitiva* son propias de este tipo de personas, así como también lo es el *perfeccionismo* (Montoya et al., 2013; Sarracent, et al., 2013; Giner y Pérez, 2011; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Gutiérrez-García et al., 2006; Robles-García y Vela, 2005).

Finalmente, también la tendencia a *aislarse* y a *culpabilizarse*, a tener un *pobre autoconcepto* y una *baja autoestima* suelen caracterizar a las personas suicidas (Giner y Pérez, 2011; García et al., 2010; Gómez et al., 2010; Hoyos, 2008; Gutiérrez-García, et al., 2006; Ros y Arranz, 2006; Morales y Jiménez, 2002). Estas últimas características descritas suelen ser propias de quienes padecen un trastorno depresivo. La mayoría de las veces, una persona triste y con baja autoestima no se siente apropiada para la vida, no se ve capaz de disfrutar en un gran número de circunstancias y no se creará apto para afrontar los desafíos, creyendo siempre que el resultado será el fracaso. Ni confían ni se quieren a sí mismos, llegando a pensar, a veces, que suponen una carga para las personas que les rodean y, consecuentemente, tenderán a aislarse. A su vez, el aislamiento priva de un soporte social y emocional que, tal como antes hemos comentado, supondría un factor de protección del comportamiento suicida, porque ayuda a esa persona a salir de sí misma, a no centrar su atención en sus problemas o en sus sentimientos.

Un estudio de Quintanilla et al. (2005), en base a otras investigaciones, propone cinco estrategias de afrontamiento: focalizarse en la solución de problemas, centrarse en la búsqueda de soporte social, autoculpabilizarse, recurrir a la fantasía para alterar el significado emocional o bien adoptar un estilo evitativo. “Aunque una estrategia no es universalmente adaptativa o desadaptativa (ya que tienen un valor relativo en relación a las circunstancias), se considera que las dos primeras tienden a ser más adaptativas en términos generales, que las tres últimas” (Quintanilla et al., 2005, p.113). En la misma línea a lo comentado con anterioridad, concluyen que la mayor parte de quienes has realizado una tentativa suicida, hace uso de la autoculpabilización como estrategia de afrontamiento. La estrategia que ocupa el segundo lugar en esta muestra de personas es la fantasía:

Otro sector no menor utiliza la fantasía o alteración del significado emocional (...). El individuo espera respuestas mágicas; el locus de control es externo, y por tanto fuera de su

control, hay una modificación del significado de la situación por la reevaluación cognitiva, pero, al no modificarse la situación objetiva, puede entrar en estados de desesperanza con sensación amenazante (Quintanilla et al., 2005, p.115).

En último lugar se hallarían las clasificadas como estrategias adaptativas: la solución de problemas (en la que presentan cierta dificultad, como se ha expuesto anteriormente) y la búsqueda de apoyo social, que liga con la tendencia de estos individuos a aislarse.

4.4. Eysenck: extraversión, neuroticismo y psicoticismo

A continuación, hablaremos de otros autores que han propuesto diferentes modelos de personalidad que siguen, en cierto modo, vigentes hoy en día.

Hans Jürgen Eysenck estableció tres dimensiones básicas de la personalidad, de modo que cada sujeto participaba en un determinado grado en cada uno de estos factores.

En primer lugar, hablaremos del neuroticismo:

El Neuroticismo es una dimensión relacionada con la disposición a padecer lo que clásicamente se conoce como trastornos neuróticos, tanto trastornos de ansiedad como del estado de ánimo. Un individuo con alto N es: ansioso, deprimido, tenso, irracional, tímido, triste, emotivo, con baja autoestima y sentimientos de culpa (Eysenck, 1990, citado en Schmidt, 2010, p. 10).

Atendiendo a las características que describen a la persona con un alto grado en neuroticismo, es de suponer que dicho factor será propio de las personas con potencial suicida. La mayoría de autores así lo refieren (Giner y Pérez, 2011; Jiménez-Treviño et al., 2011; García et al., 2010; Ros y Arranz, 2006; Hernández, 1997; Birtchnell, 1981 y Mehrabian y Weinstein, 1985, citado en Montoya et al., 2013). No obstante, algunas investigaciones han obtenido unos resultados que no acuerdan con lo comentado:

Las variables de personalidad asocian neuroticismo bajo, acompañado de psicoticismo alto, sinceridad media, extraversión media, síndrome de depresión grave y problemas con el alcohol. Algunos autores, Gómez et al. (2002); Navarro y Tuesca (2003); Campo (2001); Campo et al. (2003); Garzón (2003); Guibert y Del Cueto (2003) han reportado alguna de estas variables como parte del perfil de la persona que realiza un intento de suicidio (Gómez, Plaza, Ramírez, Monroy y Vega, 2010, p.97).

Por lo que refiere a la extraversión, quienes obtengan una puntuación elevada en dicho factor se caracterizan por ser “sociable, vivaz, activo, asertivo, buscador de sensaciones socializadas, despreocupado, dominante, espontáneo y aventurero”

(Eysenck, 1990, citado en Schmidt, 2010, p. 10). Este listado de adjetivos nos haría pensar que quienes cometen suicidio suelen ser personas más bien introvertidas. Sin embargo, también hay bastante controversia por lo que refiere a dicho factor. Si bien la mayor parte de los estudios describen a los suicidas como personas introvertidas (Montoya et al., 2013; Sarracent, et al., 2013; Giner y Pérez, 2011; Ros y Arranz, 2006; Robles-García y Vela, 2005), la impulsividad y la búsqueda de sensaciones –que muchas veces caracterizan al sujeto suicida– suelen ser propias de una persona extrovertida.

El último factor descrito por Eysenck es el psicoticismo. Mientras que quienes puntúan alto en esta dimensión se definen por ser agresivos, hostiles, fríos, egocéntricos, impulsivos, antisociales, creativos, rígidos y poco empáticos; quienes puntúan bajo son altruistas, empáticos, responsables, socializados y convencionales (Schmidt, 2010). Consecuentemente, las personas suicidas obtienen una puntuación elevada en psicoticismo (Montoya et al., 2013, Delgado et al., 2010; García et al., 2010; Gómez et al., 2010).

A modo de conclusión, cabe destacar que no hay una clara homogeneidad en los resultados de los distintos estudios de modo que, con la pasación del test EPQ-A, sería difícil ver si ese sujeto tiene un tipo de personalidad que encaja con el perfil suicida.

4.5. Modelo de Cloninger

Robles-García y Vela (2005) llevaron a cabo una investigación en México en la cual trataban de definir el temperamento y el carácter de quienes realizaron un intento suicida. Para ello, hicieron uso del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC) de Cloninger. A modo de recordatorio, es necesario precisar que este autor establece cuatro dimensiones propias del temperamento. La primera de ellas es la *búsqueda de novedad* que se caracteriza por la excitabilidad exploradora, la impulsividad, la extravagancia y el desorden. En segundo lugar, la *evitación del daño* que engloba la preocupación, el miedo a lo incierto, la timidez y la fatigabilidad. La tercera dimensión es la *dependencia de la recompensa* y se refiere a la sensibilidad, al apego y a la dependencia. Por último, está la *persistencia*, propia de las personas que se esfuerzan y son perfeccionistas.

Por lo que refiere al carácter, Cloninger establece tres dimensiones: la *autodirección* (responsabilidad, determinación, recursos, autoaceptación y congruencia), la *cooperatividad* (aceptación, empatía, capacidad de ayuda, compasión e integridad) y

la *autotrascendencia* (concentración creativa, identificación transpersonal y espiritualidad).

En el siguiente cuadro se pueden ver los diferentes adjetivos que describen a las personas en función de si puntúan alto o bajo en cada una de las dimensiones.

Cuadro III. Descripción del individuo según presente puntuaciones altas o bajas en las dimensiones del Inventario de Temperamento y Carácter – Revistado (TCI-R). (Adaptado de Svrakic y Cloninger, 2005, citado en García, 2007, p.93)

	DIMENSIONES	Descripción de las variantes extremas	
		ALTO	BAJO
TEMPERAMENTO	Búsqueda de novedad	Exploratorio Impulsivo Extravagante Irritable	Reservado Reflexivo Prudente Estoico
	Evitación del riesgo	Pesimista Temeroso Tímido Fatigable	Optimista Atrevido Abierto Enérgico
	Dependencia de recompensa	Sentimental Abierto Cálido Afectivo	Distante Indiferente Frio Independiente
	Persistencia	Trabajador Decidido Entusiasta Perfeccionista	Despreocupado Consentido Poco eficiente Pragmático
CARÁCTER	Autodirección	Responsable Decidido Eficaz Autoaceptación	Irresponsable Ausente de metas Pasivo Soñador
	Cooperación	Tolerante Empático Servicial Compasivo Honrado	Intolerante Insensible Egoísta Vengativo Oportunista
	Trascendencia	Sensato Profundo Espiritual Idealista	Pragmático Objetivo Escéptico Materialista Relativista

Los resultados obtenidos en el estudio de Robles-García y Vela (2005) mostraban que las personas con intento de suicidio obtenían una puntuación elevada en búsqueda de novedad, evitación del daño y autotrascendencia y, por lo que refiere a la autodirección y a la cooperatividad los resultados eran bajos.

Otros estudios incluyen la búsqueda de novedades y sensaciones como propia de la persona que puede cometer suicidio (Delgado et al., 2010; Ros y Arranz, 2006), pero no deja de sorprender que, personas con este perfil, puntúen alto en autotranscendencia. Con respecto a esto último, los autores de esta investigación afirman lo siguiente:

Cabe agregar que el hallazgo en torno a la elevación estadísticamente significativa del rasgo de carácter "autotranscendencia" en pacientes con intento suicida frente a población general debe tomarse con toda la cautela que merece su tan cuestionada validez (incluso por el propio Cloninger), en tanto que involucra valores que bien pueden no ser compartidos por todas las culturas (Robles-García y Vela, 2005, p.78).

Finalmente, es necesario hacer constancia que dicho estudio no es generalizable, puesto que se aplicó a una muestra de 68 sujetos con tentativa suicida. Sin embargo, cada una de las dimensiones descritas engloba una serie de cualidades que nos pueden aportar información relevante acerca de la persona que estamos evaluando. De este modo, la pasación del ITC puede suponernos una aproximación a la personalidad de aquel que presente alguna conducta suicida.

4.6. Rasgos suicidas y trastornos de la personalidad

Como hemos comentado anteriormente algunas de las personas con conducta suicida padecen algún trastorno de la personalidad y es que, algunos de los rasgos propios del suicida, forman parte de algún tipo de personalidad en concreto. Veremos cómo la mayoría de ellos refieren al clúster B, que se caracteriza por la teatralidad, el ser volubles e impulsivos y engloban el trastorno de la personalidad antisocial, límite, narcisista e histriónico. También ciertas investigaciones apuntan al clúster C, el cual abarca los trastornos de la personalidad dependientes, evasivos y obsesivo-compulsivos. Por último, es preciso señalar que la literatura referente al clúster A, en el que se incluyen los trastornos de la personalidad esquizoide, esquizotípicos y paranoides, en relación a la conducta suicida es más bien escasa en comparación con los otros dos clústers.

Por frecuencia e importancia, empezaremos hablando del clúster B. Sin ir más lejos, la *impulsividad* es propia de los trastornos de dicho clúster, así como también la *agresividad* caracteriza al trastorno de la personalidad límite y antisocial, que, como ya hemos visto, tienen una alta correlación con el suicidio.

La *baja tolerancia a la frustración* también se constituye como uno de los rasgos propios de este perfil (Hoyos, 2008; Morales y Jiménez, 2002). Esta característica es propia del trastorno de la personalidad antisocial y narcisista.

Por lo que refiere a la *rigidez e inflexibilidad* ya comentada, es propia del trastorno límite, antisocial, narcisista y obsesivo-compulsivo de la personalidad. En cuanto a este último trastorno, Koldobsky (1996) afirma la siguiente:

Son muy vulnerables a los cambios inesperados de vida o profesionales, a los que responden con desajustes ansioso-depresivos o con actitudes estériles. Si evoluciona de forma desfavorable, el cuadro deriva en un trastorno afectivo unipolar incrementando el riesgo suicida. Se da la circunstancia que el perfeccionismo característico de estos pacientes, su propia obsesividad, hace que el método empleado sea de gran letalidad (Koldobsky, 1996, citado en Rubio, 1997, p.127).

El obsesivo-compulsivo de la personalidad, junto con el evasivo y el dependiente, forman parte del clúster C, que se caracterizan por ser temerosos o ansiosos. De hecho, la *ansiedad* como rasgo, también es propia del perfil que tratamos de describir (García et al., 2010; Gutiérrez-García et al., 2006; Vega-Piñero et al., 2002; Hernández, 1997). Tal como comentábamos con anterioridad, el trastorno dependiente es frecuente en las personas suicidas: “la sensación de desvalimiento, indefensión, aislamiento, provoca una grave vivencia de desesperanza, muchas veces irresistible para el paciente. La tentativa autolítica como forma de humillarse y de provocar la atención del sujeto de quien dependen es muy frecuente” (Rubio, 1997, p.127) y es que, de hecho, la *dependencia* caracteriza también al sujeto suicida (García et al., 2010; Vega-Piñero et al., 2002; Hernández, 1997).

De este modo, podemos ver que algunas características son comunes en aquellos quienes cometen suicidio o alguna tentativa suicida sin olvidar que la patología del sujeto influye mucho en llevar a cabo dichos actos. En efecto, muchos de los rasgos descritos pueden caracterizar a ciertos trastornos. Destacamos una vez más los que más abundan y caracterizan a este grupo de sujetos. Por un lado, la desesperanza propia de la depresión y, por el otro, la impulsividad que frecuenta en ciertos trastornos de personalidad o consumo de sustancias.

Por lo tanto, el conocer la personalidad del paciente psiquiátrico nos puede servir de ayuda tanto para poder tratar de predecir cómo actuará esa persona, así como también para poder encaminar el tratamiento de la mejor forma posible atendiendo a todas las dimensiones que conforman la persona.

5. Prevención del suicidio

Debido al alto índice de suicidios y conductas relacionadas se ha hecho patente la necesidad de llevar a cabo una serie de medidas de prevención del comportamiento suicida. Para ello es necesario que se involucren no solo los médicos psiquiatras, sino que debieran ser los gobiernos quienes fomentaran por un lado, la toma de conciencia de las elevadas cifras de suicidio, de sus consecuencias y del hecho que pueden ser prevenibles y por el otro, elaborar estrategias de prevención del suicidio y de la conducta suicida.

Se requiere, en primer lugar, tener presente que, al ser el suicidio un fenómeno pluricausal, es necesario llevar a cabo un abordaje multidimensional. Además, aun siendo posible el evitar un gran número de suicidios mediante la detección precoz de ciertas conductas, “la predicción certera y válida del suicidio para un momento preciso es imposible” (Martínez y Rudelir, 2005, p.196). No obstante, creemos que el adjetivo “difícil” se adecuaría mejor a la idea expuesta por estos últimos autores.

Actualmente son numerosas las investigaciones que ahondan sobre cómo prevenir las autolesiones y la muerte provocada por uno mismo. Sin ir más lejos, aquí en España, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud “incluye como uno de sus objetivos generales la prevención del suicidio a través de la realización y evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y suicidio (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007)” (Sáiz, et al., 2011). A nivel autonómico, tal como declara Tejedor et al. (2009) en el Programa de Prevención del Suicidio del Sector Derecho de l'Eixample, el Plan de Salud de Cataluña se propuso reducir en un 10% la tasa de mortalidad por suicidio para el año 2010. Por otro lado, a nivel internacional, el año pasado, la OMS publicó una extensa guía con el objetivo de prevenir el suicidio y enfatizar que esto se trata de un imperativo global. Ya en el 2013 había resaltado la importancia de este tipo de prevención en el Plan de Salud Mental, 2013-2020, en el cual una de las metas que se proponen es la de reducir, también en un 10%, la tasa de suicidios en los países llegados el año 2020 (OMS, 2013). De hecho, dicha organización celebra el diez de setiembre el “Día Mundial para la Prevención del Suicidio”.

Habiendo visto la importancia que ha cobrado recientemente la predicción de la conducta suicida, es preciso ahondar en cómo se lleva a cabo.

Es necesario, primeramente, aclarar que por prevención se entiende “aquella estrategia que reduce la probabilidad de algún riesgo o disminuye el impacto

negativo de ciertas condiciones o conductas” (NSFSP (National Strategy for Suicide Prevention), 2001, citado en Chávez-Hernández et al., 2008, p.199).

Una actuación preventiva supone conocer las variables que generan el problema y su posible solución, las conductas que se deberían desarrollar en la población a fin de que los daños fueran menores, los procedimientos o métodos de cambio de dichas conductas y los procedimientos metodológicos que hagan posible valorar los efectos de dicha intervención (Guibert, 2002).

Son cuatro las condiciones que Gracia, Aguilar y Henry, (1997) afirman que se deben dar para lograr el éxito en la prevención de la conducta suicida:

- a) Recopilar información fiable acerca de la causalidad de la conducta suicida, la eficiencia de los programas y proyectos de prevención e intervención y sobre la metodología utilizada para la implantación de dichos proyectos en distintas circunstancias culturales y socioeconómicas.
- b) Perfeccionar los servicios que tratan con personas suicidas y/o con alto riesgo para la conducta suicida.
- c) Informar y preparar a las organizaciones implicadas y a la población en general.
- d) Crear servicios especiales para los grupos de alto riesgo.

Desde que estos autores anunciaron tales condiciones hace casi un par de décadas, se han ido desarrollando distintos modos de abordar la prevención de este problema.

Veamos pues, antes de nada, el tipo de programas que se han llevado a cabo hasta el momento.

5.1. Prevención primaria, secundaria y terciaria

En un primer momento, el tipo de prevención que se adoptó se dividía en tres categorías: prevención primaria, secundaria y terciaria. La *primaria* se constituía como la principal medida de prevención y recaía, en parte, en la evaluación del clínico, quien debía conocer la patología de la persona consultante, así como sus circunstancias ambientales y otras características (Gracia et al., 1997). De este modo juega un papel muy relevante el médico de Atención Primaria (Vega-Piñero et al., 2002), pero no recae todo el peso en él ya que es la educación la que constituye un elemento primordial:

La prevención primaria del suicidio radica en la educación, enseñar a la sociedad que el suicidio puede afectar a cualquiera, que todos somos capaces de percibir las necesidades del otro, que todos podemos ayudar y que en definitiva el suicidio nos concierne también a

todos (...). En la escuela, en lugares que frecuente la población geriátrica, en instituciones penitenciarias, instituciones, organizaciones e individuos involucrados en el cuidado y tratamiento de algunas patologías (Gracia et al., 1997, p.277).

La prevención secundaria sería aquella que tiene como meta la reducción de la conducta suicida mediante la detección precoz de las patologías que se asocian a ella o de actos propiamente suicidas. Otra de las metas que se engloban en esta categoría hace referencia al tratamiento adecuado (Sáiz, García-Portilla y Bobes, 2011).

Por último, atendiendo a estos últimos autores, la prevención *terciaria* tendría lugar cuando el paciente haya realizado ya algún intento o tentativa de suicidio. Así pues, el objetivo sería la reducción de incidencia de recaídas, el evitar que se volviera a repetir lo sucedido, mediante el establecimiento de ciertas estrategias de rehabilitación. No obstante, previo a esto se requieren los procedimientos médicos y quirúrgicos que tienen como fin salvar la vida del paciente.

También hay quien identifica esta categoría con la posvención:

Lo más cercano a este concepto [el de posvención] en la teoría tradicional de la Prevención es lo que Caplan (1966) llama prevención terciaria o rehabilitación, que no puede ser llamada en sentido estricto prevención, ya que en todo caso se está hablando del acontecimiento de un evento que no se pudo prevenir. (...) Casullo (Casullo, Bonaldi y Fernández Liporace, 2000) propone definir la posvención, una vez producida la tentativa de suicidio, como el conjunto de acciones destinado a generar capacidad de afrontamiento ante una pérdida afectiva inesperada, tomando conciencia de la crisis, logrando un mejor reconocimiento de los sentimientos de pesar y tristeza, identificando a los sujetos en riesgo de estructurar un cuadro psicopatológico y reduciendo los sentimientos de confusión y ansiedad (Martínez, 2015).

Por otro lado, De Leo y Meneghel (2001) (citado en Sáiz et al., 2011) hacen referencia a la prevención terciaria como una estrategia que les puede ser útil a aquellas personas que han padecido la pérdida de un ser querido a causa del suicidio.

Cuadro IV. Ejemplos de la prevención Primaria y Secundaria. (Elaboración propia en base a Sáiz et al., 2011)

<p>Prevención Primaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programas educativos y de concienciación dirigidos a la población general o a grupos específicos dentro de la comunidad (escuelas, prisiones, lugares de trabajos,...) - Programas de entrenamiento en habilidades, centrados específicamente en resolución de problemas, habilidades de afrontamiento, incremento de autoestima y autoeficacia que suelen dirigirse a colectivos concretos de población general (por ejemplo, escuelas). - Restricción de acceso a métodos letales que puedan incrementar la muerte por suicidio -armas de fuego, pesticidas, lugares peligrosos (por ejemplo, los puentes)-. - Intervención sobre los medios de comunicación para asegurar una política de información responsable por su parte en lo referente a noticias relacionadas con la conducta suicida. - Grupos de apoyo ocupacional dirigidos a colectivos con elevado riesgo suicida (médicos, policías,...)
<p>Prevención Secundaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de despistaje dirigidas a identificar individuos de riesgo en la población general. Este tipo de estrategia es de especial interés a la hora de detectar adolescentes con riesgo de realizar comportamientos suicidas. - Programas educativos dirigidos a facilitadores. Este tipo de estrategias puede dirigirse a la comunidad en general o a grupos específicos (escuelas, lugares de trabajo, prisiones,...). Su objetivo es mejorar el nivel de conocimiento del <i>facilitador</i> para conseguir el reconocimiento de la persona de riesgo, y la posibilidad de su derivación lo más temprana posible a un entorno en el que pueda recibir un tratamiento adecuado por parte de un profesional de la salud. - Programas educativos dirigidos a profesionales de atención primaria y especializada para mejorar su nivel de conocimiento en aspectos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales y de la persona con riesgo de suicidio.

Atendiendo a esta clasificación, el estudio de los rasgos de personalidad que configuran un perfil suicida se hallaría dentro del nivel de prevención secundaria, puesto que permite la detección precoz de aquellas personas con más vulnerabilidad para consumir el suicidio o cometer alguna tentativa. El conocer las características

propias de una persona corresponde a los profesionales de atención primaria y especializada.

Sin embargo, el modelo que acabamos de ver quedó obsoleto “cuando se fueron incorporando datos y conceptos de carácter no mecanicista en la investigación biomédica y se propuso completar esta clasificación previa con una aproximación centrada en una valoración entre riesgos y beneficios para diferentes grupos de población” (Ayuso-Mateos et al., 2012, p.13). Fue entonces cuando surgió otro modelo compuesto a su vez por tres categorías.

5.2. Prevención universal, selectiva e indicada

En base a los estudios realizados por la OMS (2014) y por Sáiz et al. (2011) desarrollaremos este modelo, que fue propuesto por Gordon en 1983 y que presenta en primer lugar la estrategia llamada *universal*. Esta está diseñada para llegar a una población entera y tiene como objetivo, por un lado disminuir los factores de riesgo asociados a la conducta suicida y, por otro lado, aumentar los factores protectores y el acceso a la atención sanitaria y promoción de la salud mental.

La estrategia de prevención *selectiva* va dirigida a personas que forman parte de un grupo que se considera vulnerable puesto que tienen un elevado riesgo de comportamiento suicida. Ejemplos de ello, serían personas que han sufrido un trauma o abuso, que se ven afectadas por conflictos, que tienen antecedentes familiares de suicidio, que padecen una enfermedad mental o física discapacitante, etc. También lo serían aquellas personas impulsivas o en las que predomina la desesperanza u otro de los rasgos que antes hemos señalado. Vemos pues, cómo la personalidad del individuo se enmarca dentro de este nivel de prevención.

La última de las estrategias es de tipo *indicado* y se dirige a determinadas personas (no a colectivos) que manifiestan síntomas propios de un trastorno o condición considerada como factor de riesgo de la conducta suicida. Sería, por ejemplo, el tratamiento y seguimiento adecuados a pacientes que presenten alguna de las enfermedades comentadas en el apartado de comorbilidad o que hayan intentado suicidarse alguna vez. Se debería incidir pues, en el fomento de factores de protección como podrían ser las estrategias de afrontamiento positivas, las fuertes relaciones personales o un sistema de creencias personales.

En la siguiente tabla se muestra este modelo atendiendo a la vez al contexto concreto de aplicación:

Cuadro V. Esquema de intervenciones para prevención del suicidio. (Ayuso-Mateos et al., 2012, p.14)

	Biopsicosocial	Ambiental	Sociocultural
<u>Universal:</u> Intervención destinada a todos los miembros en una determinada población	Ej.: Incorporación de detección de depresión en atención primaria	Ej.: Restricción del acceso a armas de fuego y municiones	Ej.: Enseñanza de habilidades de solución de conflictos a alumnos de escuelas elementales; Programas que mejoran las relaciones paterno-filiales
<u>Selectiva:</u> Intervención destinada a ciertos grupos que presentan particular riesgo	Ej.: Perfeccionamiento de detección y tratamiento de depresión en atención primaria en la tercera edad	Ej.: Reducción del acceso a medios de autolesión en prisiones	Ej.: Desarrollo de programas para reducir desesperanza y que provean oportunidades (incrementen factores protectores) en poblaciones de alto riesgo: desempleados, adictos, personas mayores, etc.
<u>Indicada:</u> Intervención destinada a individuos que al ser examinados tienen factores de riesgo o condiciones que los colocan en muy alto riesgo	Ej.: Implementación de psicoterapia inmediatamente después de que los pacientes hayan sido evaluados en urgencias por un intento de suicidio	Ej.: Medidas para controlar acceso a medios suicidas antes de dar el alta a un paciente que ha intentado suicidarse	Ej.: Desarrollo y promoción de medios para recibir tratamiento por trastornos mentales y por abuso de sustancias; Teléfonos de ayuda; Asociaciones de supervivientes

5.3. Evaluación del riesgo suicida: perspectiva biológica

Habiendo visto los distintos tipos de prevención, trataremos de profundizar en la valoración del riesgo suicida. Tal como propone Rodríguez (1997b) y Ros y Arranz (2006), esta evaluación debe abordarse atendiendo a dos perspectivas que son complementarias: la biológica y la psicológica y social.

Si bien el objetivo del presente trabajo no consiste en ahondar sobre la neurobiología de la conducta suicida, trataremos de mostrar brevemente cómo existe una correlación entre los rasgos y estados psicopatológicos y las distintas bases neurobiológicas.

El enfoque biológico trata de buscar marcadores ya sean biológicos, de rasgo o estado que tengan interés predictor. “Estudios *post mortem* de receptores cerebrales, de los valores de neurotransmisión central y de sus equivalentes periféricos en sangre y orina, ejes hormonales, actividad plaquetaria o linfocitaria, son dianas de interés de la investigación biológica de la conducta suicida” (Ros y Arranz, 2006, p.797).

El principal neurotransmisor afectado en las personas con tendencia suicida es la serotonina (5HT). Se ha hallado una disminución del 5HIAA -el principal metabolito de la 5HT- (Asberg, 1997), relacionado a su vez con la disminución del HVA, así como también están alterados algunos de sus receptores pre y postsinápticos y transportadores (Gutiérrez-García y Contreras, 2008a). No obstante, en base a este último autor, el suicidio supone una acción impulsiva y agresiva y las bases neuroquímicas de ello involucran no sólo al sistema serotoninérgico, sino también al noradrenérgico debido a una “liberación excesiva de noradrenalina y regulación a la baja de la densidad de los receptores noradrenérgicos postsinápticos en la corteza prefrontal” (Gutiérrez-García y Contreras, 2008a, p.326); al dopaminérgico, ya que “el circuito mesolímbico dopaminérgico modula las respuestas afectivas al ambiente y está implicado en la agresión (Gutiérrez-García y Contreras, 2008a, p.325), y al GABAérgico, puesto que “el suicidio puede asociarse a una disfunción de las funciones ejecutivas -síndrome disejecutivo- en las que el GABA juega un papel regulador importante” (Salazar et al., 2014).

Asimismo, se ha investigado también la correlación de la conducta suicida y las hormonas, cobrando una vital importancia las hormonas sexuales y la adrenocorticotropa.

Por último, por lo que refiere a la neuroanatomía, se han hallado distintas estructuras involucradas tales como el prefrontal (implicado en el control de la conducta), el tálamo (encargado del procesamiento de información y con influencia sobre las funciones corticales), la amígdala (implicada en la regulación de emociones y de la memoria emocional así como de la conducta impulsiva y agresiva), el hipocampo, el núcleo septal y la corteza cingulada (Salazar et al., 2014; Gutiérrez-García y Contreras, 2008b).

En la siguiente figura se puede observar la correlación hallada entre ciertos rasgos o síntomas propios de trastornos que suelen ir comórbidos a la conducta suicida y alteraciones a nivel biológico.

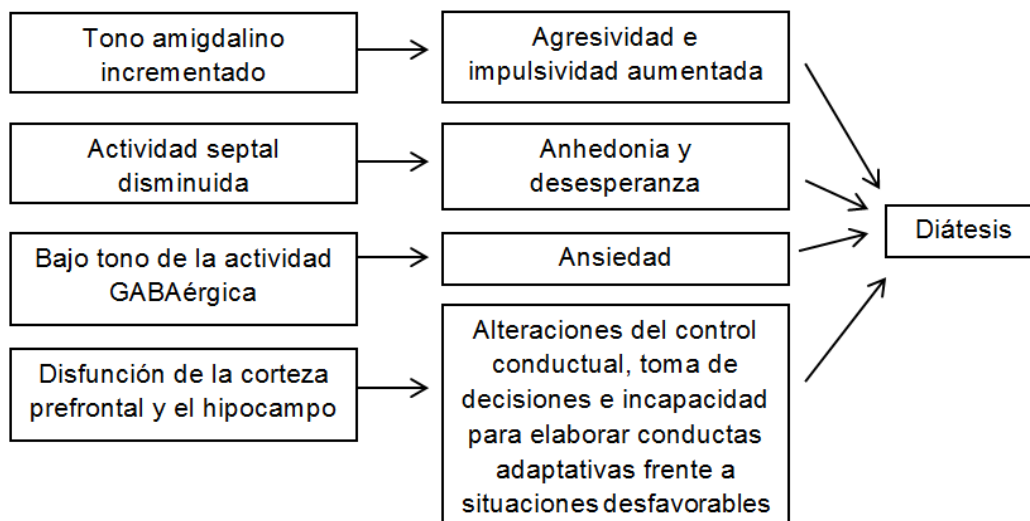


Figura 5. Un posible correlato neurobiológico del suicidio (Gutiérrez-García y Contreras, 2008a, p. 329)

5.4. Evaluación del riesgo suicida: perspectiva psicológica y psicosocial

La valoración clínica del paciente es de vital importancia para poder prevenir el suicidio y distintos actos asociados a él. Nos posibilitará un acercamiento a las emociones y sentimientos del sujeto, a sus pensamientos, a conocer más acerca de sus antecedentes personales y familiares. Son pues, diversas las variables que deberán ser tenidas en cuenta en la evaluación psicológica y social y para ello nos serviremos tanto de la entrevista como de determinadas pruebas psicométricas que nos proporcionen información del riesgo suicida.

a) La entrevista psicológica

Muchas veces las personas con potencial suicida consultarán a un médico de atención primaria o a otro especialista de la salud mental, de modo que la entrevista resultará un primer contacto con el paciente a través del cual se debe indagar sobre el posible riesgo de cometer una conducta suicida.

En primer lugar, la entrevista debe desarrollarse en un lugar tranquilo, que proporcione la suficiente privacidad para que el paciente pueda expresarse sin que nada le interrumpa. La postura del clínico, deberá ser empática y comprensiva; en

ningún momento deberá mostrarse crítico o banalizar la situación (Ministerio de Ciencia, Sanidad e Igualdad, 2011; Ros y Arranz, 2006). En el siguiente cuadro podemos ver las distintas etapas propias de una primera ayuda psicológica y los errores que deben evitarse en cada una de ellas.

Cuadro VI. Primera ayuda psicológica (Pérez Barrero, 1999, p. 215)

Etapas	Sí	No
1. Establecer contacto	Escuchar Reflejar sentimientos Aceptación	Contar su propia historia Ignorar sentimientos Bromear, no dar importancia
2. Conocer la dimensión del problema	Formular preguntas abiertas para facilitar expresión de sentimientos y conocerlos. Evaluar el peligro suicida: preguntar directamente si es necesario	Atenerse a preguntas con respuestas sí o no. Ignorar o no explorar el peligro suicida.
3. Posibles soluciones	Abordar los obstáculos directamente. Establecer prioridades	No explorar los obstáculos. Visión túnel
4. Acción concreta	Tomar una medida a tiempo. Ser directivo, confrontar	Ser tímido. Ser indeciso. Retraerse de asumir responsabilidades cuando sea necesario
5. Seguimiento	Realizar recontacto para evaluar progreso o retroceso.	Dejar la evaluación a otro que no conoce lo sucedido.

Cabe decir además, que para poder llevar a cabo las preguntas exploratorias adecuadas, es imprescindible saber ante qué tipo de paciente en crisis suicida nos hallamos. Atendiendo a la clasificación hecha por el psiquiatra Dr. Ros (1997a) se describen cuatro tipos de pacientes: el primero de ellos hace referencia a los que han sobrevivido a una tentativa de suicidio y ya han resuelto la urgencia médica. En segundo lugar se encuentran aquellos que refieren ideas o impulsos suicidas. El tercer tipo de paciente es aquél que acude al médico por otras quejas, que pueden de tipo somático, por ejemplo, pero que a lo largo de la entrevista admiten presentar ideación suicida. Por último, están aquellos pacientes que niegan cualquier intención suicida, pero su conducta es potencialmente suicida.

Así pues, si el paciente no ha cometido ninguna tentativa autolítica se indagará sobre la ideación suicida, sobre la determinación (si baraja el suicidio como una posibilidad o si ya ha decidido llevarlo a cabo), acerca de si hay amenaza o plan suicida, si tiene antecedentes familiares, si se siente solo y tiene dificultades sociales, si tiene algún diagnóstico o consume alcohol u otras drogas,... También se deberá examinar sobre otros factores sociodemográficos como el estado civil, el empleo, etc. (Ayuso-Mateos et al., 2012; Ministerio de Ciencia, Sanidad e Igualdad, 2011).

En base a estos dos últimos estudios, en el caso que el paciente haya tratado de suicidarse, la evaluación además de indagar acerca de antecedentes, patología mental, deseo de morir y demás, deberá centrarse en las características del intento, tales como la peligrosidad del método elegido y la posibilidad de ser rescatado, el objetivo que perseguía al realizar esa conducta, el grado de alivio al ser salvado, el apoyo externo recibido, la actitud que presenta tras el intento y los posibles acontecimientos desencadenantes.

Vemos pues, cómo mediante la entrevista podemos valorar los distintos factores de riesgo -y protección- y obtener información muy valiosa para prevenir el acto suicida y para poder planear un buen tratamiento. Además, siempre debemos tomar en serio todas las amenazas suicidas, así como preguntar a quienes presenten desesperanza, o a aquellos que tienen una historia de accidentes frecuentes.

De un modo sintético, Mann (2005) nos muestra cómo proceder en cuanto a la prevención o al tratamiento, atendiendo a distintos factores:

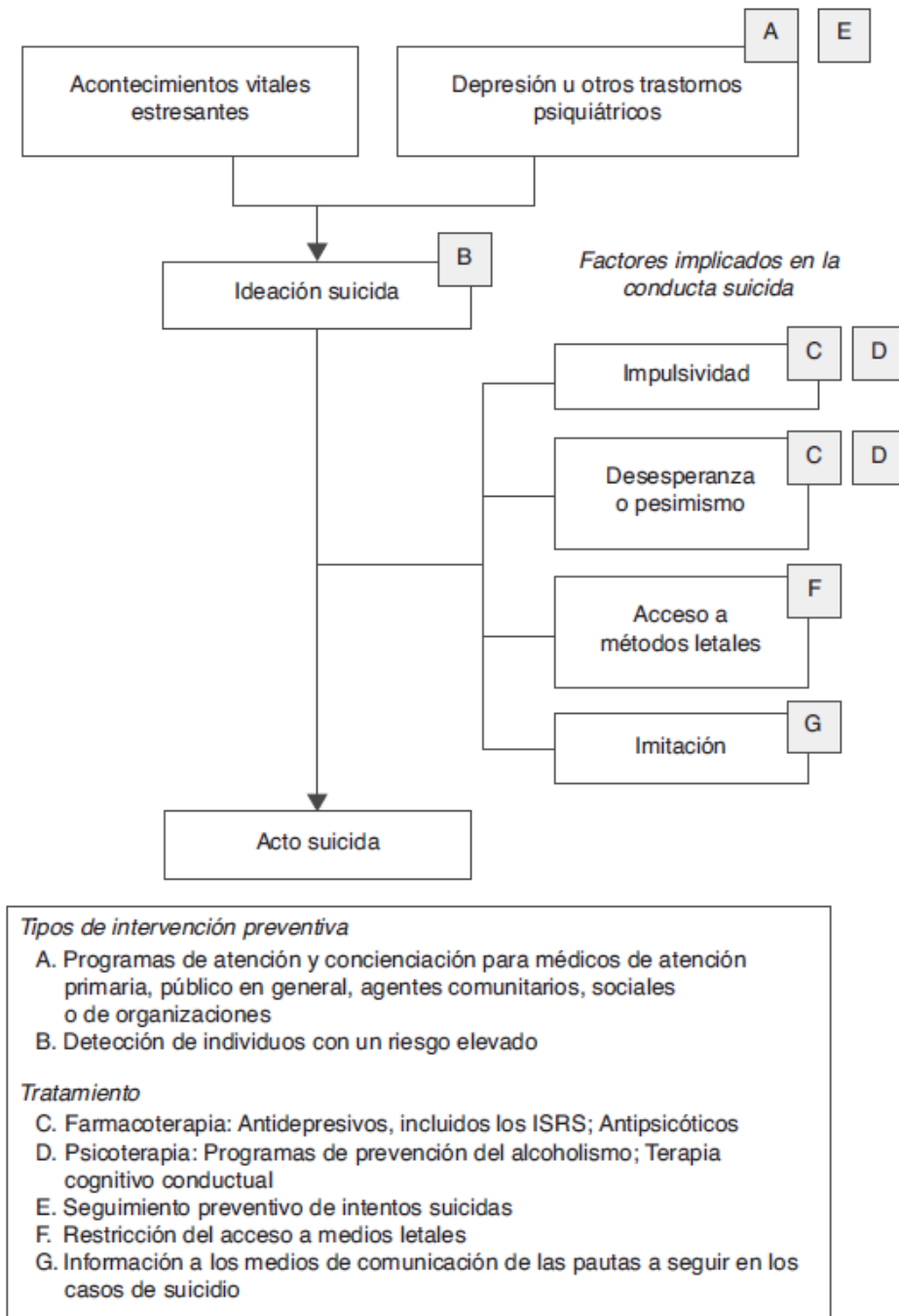


Figura 6. Objetivos de la prevención del suicidio (Mann, 2005, citado en Ayuso-Mateos et al., 2012).

b) Instrumentos de predicción del riesgo suicida

Más allá de la entrevista, los profesionales de la clínica se pueden servir de una serie de instrumentos de evaluación que miden el riesgo de comportamiento suicida. “El uso de escalas psicométricas para la evaluación del comportamiento suicida aún

no se ha incorporado de modo rutinario a la práctica clínica cotidiana” (Ayuso-Mateos et al., 2012, p.12), reservándose, de momento, para los ensayos clínicos o la investigación. Creemos pues, que se debe incidir en su pasación para lograr una óptima prevención del suicidio. Tal como se muestra en el cuadro siguiente, algunos de estos instrumentos están centrados en la conducta suicida propiamente dicha, mientras que otros tests nos ayudan a medir otras variables que se correlacionan con el suicidio.

Cuadro VII. Tests, escalas e inventarios relacionados con la conducta suicida. (Elaboración propia en base a Ayuso-Mateos et al., 2012; Ministerio de Ciencia, Sanidad e Igualdad, 2011 y Rodríguez, 1997b.)

Evaluación del comportamiento suicida	Constructos relacionados con el suicidio
<ul style="list-style-type: none"> - Escala de ideación suicida de Beck - Escala de intencionalidad suicida de Beck - Escala de tentativa de suicidio de Beck - Cuestionario sobre razones para vivir (Linehan y cols.) - Escala SAD PERSONS (Patterson y cols.) - Escala de ideación suicida de Paykel - Escala de riesgo suicida de Plutchick - Escala de riesgo suicida de Pöldinger - Índice de potencial suicida (Zung) - Escala de riesgo-rescate (Weisman) - Escala Columbia para evaluar el riesgo suicida - Impresión clínica global para gravedad de riesgo suicida - Gravedad médica de la tentativa - Escala de evaluación del suicidio (SUAS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de impulsividad de Barratt - Escala de depresión de Beck - Escala de desesperanza de Beck - Inventario de hostilidad de Buss-Durkee - Historia de agresión de Brown-Goodwin - Escala de acontecimientos vitales estresantes de Brugha - Escala de depresión da Hamilton - Escala de depresión de Montgomery-Asberg - Escala de impulsividad de Plutchick - Entrevista Diagnóstica Revisada para Trastornos Límite (Zanarini) - Tests de personalidad (MMPI, IPDE, MCMI,...)

Los diferentes instrumentos que ayudan a la detección de posibles conductas suicidas, están en consonancia con los diversos trastornos mentales (depresión, trastorno de la personalidad límite, etc.) y los rasgos de la personalidad –de los cuales se destaca, una vez más, la impulsividad y la desesperanza– comentados en apartados anteriores. Para medir estas dos características, podríamos hacer uso de la Escala de impulsividad de Barratt o de la de desesperanza de Beck. Además, este último autor ha diseñado varias escalas que son de gran utilidad para la detección de ciertas conductas suicidas: la de ideación suicida, la de tentativa de suicidio y la de intencionalidad suicida.

Evidentemente, solo debemos servirnos de aquellos tests que nos vayan a proporcionar información relevante. En ningún caso se le aplicarán muchos instrumentos de evaluación ni se tendrá en cuenta únicamente los resultados que proporcionen el test o escala. Estos deberán siempre ser contrastados con la información recabada a lo largo de las entrevistas, ya que ambos métodos de evaluación son complementarios.

5.5. Prevención en los medios de comunicación

Tal como habíamos dicho, la prevención no se ciñe exclusivamente al ámbito psiquiátrico, sino que engloba tareas propias de la administración y, además, los medios de comunicación juegan también un papel importante en ella. La Organización Mundial de la Salud, en el año 2011, lanzó el Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud. En él incluye un apartado referente a la prevención del suicidio y de las autolesiones y es entonces cuando hace mención de la *mass media* proponiendo lo siguiente:

[Se debe] ayudar y motivar a los medios de comunicación a seguir prácticas de comunicación responsables con respecto al suicidio:

- Evitar emplear un lenguaje que intenta causar sensacionalismo, o aceptar como normal el suicidio, o presentarlo como la solución a un problema.
- Evitar fotografías y descripciones explícitas del método utilizado para suicidarse.
- Proporcionar información acerca de dónde se puede obtener ayuda. (OMS, 2011, p.78)

De hecho, los actos suicidas no suelen aparecer en los medios de comunicación debido al *efecto imitación* que produce. Ejemplos de ello son la oleada de suicidios que se produjo tras la publicación de *Las desventuras del joven Werther*, de Goethe o el incremento del número de suicidios que provoca la muerte de ciertas celebridades, como ocurrió con Marilyn Monroe.

Uno de los muchos factores que pueden llevar a una persona vulnerable al suicidio es la publicidad sobre este tema en los medios de comunicación. La forma como estos medios informan acerca de casos de suicidio puede influir en otros suicidios (...). Existe siempre la posibilidad de que la publicidad sobre el suicidio pueda hacer que éste parezca "normal". Una cobertura repetitiva y continua del suicidio tiende a inducir y a promover pensamientos suicidas, particularmente entre los adolescentes y los adultos jóvenes (OMS, 2000, p.6-7).

También sorprende el hecho que el poema *Resume* de Dorothy Parker fuera publicado en una columna del periódico New York World. Si bien en el último verso se hace una apología a la vida, los versos precedentes describen distintos modos de acabar con ella:

Razors pain you;	Las cuchillas duelen;
Rivers are damp;	Los ríos son húmedos;
Acids stain you;	Los ácidos manchan;
And drugs cause cramp.	Y las drogas dan calambres.
Guns aren't lawful;	Las pistolas están prohibidas;
Nooses give;	Los nudos ceden;
Gas smells awful;	Los gases apestan;
You might as well live.	Vive lo mejor que puedas.

De este modo, la prensa, la televisión e Internet deben ser muy cautelosos al tratar este tema. Veamos un ejemplo de las directrices propias de un periódico en lo que concierne al suicidio:

El periodista deberá ser especialmente prudente con las informaciones relativas a suicidios. En primer lugar, porque no siempre la apariencia coincide con la realidad, y también porque la psicología ha comprobado que estas noticias incitan a quitarse la vida a personas que ya eran propensas al suicidio y que sienten en ese momento un estímulo de imitación. Los suicidios deberán publicarse solamente cuando se trate de personas de relevancia o supongan un hecho social de interés general (Sahuquillo y Portinari, 2008).

Si bien tratan de ser prudentes en publicar noticias en las que aparece el suicidio, no tienen en cuenta que son precisamente las personas de relevancia las que más inducen el efecto de imitación de esta conducta. Asimismo, se debería aclarar que se entiende por un hecho social de interés general, dado que, en el reciente caso del accidente del avión de Germanwings, el afirmar que fue el piloto –el cual estaba diagnosticado de trastorno depresivo mayor– quien, presuntamente, lo provocó, no ha hecho más que fomentar el estigma de las enfermedades mentales.

Más allá de la prensa, podemos afirmar que es en Internet donde se debe incidir más para poder prevenir el suicidio. Hay distintas páginas webs y blogs en las que participan personas que están rumiando el acabar con sus propias vidas. Otras, por el contrario, ya han tomado la decisión y buscan a alguien que "les acompañe" en esto. En dichos casos, la población más vulnerable son los jóvenes, quienes se

sienten protegidos por el anonimato que confiere el estar detrás de la pantalla. En ella pueden leer los testimonios de otras personas que también se sienten solos y desesperados y que quieren dar fin a su vida. En estas webs que incitan al suicidio se exponen los distintos métodos atendiendo a “la rapidez, el dolor que produce, el tiempo de agonía o el estado en el que será encontrado el cuerpo” (Jiménez, 2007).

Afortunadamente, en Internet pueden encontrarse también webs que promueven la prevención del suicidio. Uno de los portales españoles más destacados es el siguiente: www.suicidioprevencion.com que forma parte del Plan de Prevención del Suicidio de l'Eixample Dreta. En él se puede acceder a tests autoaplicados que permiten saber el riesgo suicida, así como también aporta abundante información acerca de los lugares a los que puede recurrir la persona potencialmente suicida, o bien consejos para aquellos que han perdido algún allegado debido al suicidio.

Además, hoy en día y desde hace tiempo también se dispone de teléfonos de ayuda, como por ejemplo el Teléfono de la Esperanza (902 500 002, atención en crisis). La Organización Mundial de la Salud (2014) define las líneas de ayuda en caso de crisis como los centros de llamadas públicas a los que se puede recurrir cuando no está disponible otro tipo de apoyo social o simplemente cuando se prefiere acudir a ellos. Gracia et al. (1997), en base a una investigación de Slaikeu et al. (1988) afirman que la ayuda demandada por teléfono permite hacer un primer contacto psicológico que a su vez permite examinar las dimensiones del problema. Posteriormente, se tratará de explorar las posibles soluciones y de ayudar a tomar una acción concreta. Ya por último, permiten incluso facilitar el seguimiento del paciente.

En definitiva, podemos ver que hay distintas vías de acceso a la ayuda en situación de crisis, y que si bien no se han llegado a implantar políticas de prevención en todas las autonomías, son muchas las investigaciones que tratan de mejorar los programas que hay por el momento y que pretender dar a conocer los medios que tienen como fin prevenir el suicidio.

6. Conclusiones

Tal como se ha mostrado a lo largo de esta investigación, el suicidio no se explica atendiendo a una sola causa, sino que es preciso tener presente tanto el factor social, como el biológico y el psicológico. En referencia a este último factor, los estudios anteriores se centraban en relacionar la patología mental con la conducta suicida, estableciendo unos altos índices de correlación. Sin embargo, también dentro del marco psicológico, hemos tratado de profundizar en los rasgos de personalidad comunes de aquellos que presentan comportamiento suicida. La desesperanza y la impulsividad se constituyen como los rasgos principales que configuran el perfil melancólico y el impulsivo, respectivamente. Asimismo, la agresividad, la rigidez cognitiva, la baja autoestima, la tendencia al aislamiento, la autoculpabilización y la dificultad a la hora de resolver problemas caracterizan también al paciente suicida.

Ciertamente, no podemos afirmar que estos perfiles sean compartidos por todos aquellos que han consumado el suicidio o han realizado una tentativa. No obstante, algunas de estas características coinciden en estos pacientes, así como también son propias de algunos trastornos, tanto de los que estaban englobados en el Eje I en el DSM-IV-TR, como los que pertenecían al Eje II.

El hecho de ahondar en la personalidad de quienes presentan factores de riesgo para llevar a cabo alguna conducta suicida, nos puede ayudar a prevenir que esta se realice. De este modo, creemos que el estudio de la manera de ser y comportarse de las personas, debe estar incluido en las campañas de prevención del suicidio.

De igual modo, hemos podido comprobar que la mayoría de los suicidas suelen indicar sus intenciones de forma verbal o a través de su comportamiento y que es importante preguntar sobre las ideas suicidas puesto que, contrariamente a lo que se suele pensar, hablar sobre el suicidio puede ayudar a la persona a repensar su decisión y a no sentirse avergonzado. Además, muchas de las personas que hablan de este tema tratan de buscar ayuda, por lo que nunca se debe pasar por alto las verbalizaciones referentes al suicidio, ni tampoco creer que quienes hablen de él, nunca lo llevarán a cabo.

Por otro lado, tampoco debemos caer en el error de pensar que si alguien está decidido a acabar con su vida, no cesará hasta lograrlo. En primer lugar, muchas de las personas que afirman esto, se hallan en un estado de ambivalencia y requieren de un buen soporte emocional para evitar que se suicide y, por otro lado, algunas

veces, el deseo y el riesgo de morir se encuadra dentro de una situación específica. En ambos casos, un buen tratamiento puede ayudar a la persona a sentirse menos desesperanzado y ansioso y ayudarle a ver que hay otras opciones.

Así como las investigaciones relativas a la prevención del suicidio están cobrando cada vez más importancia en la actualidad, los estudios acerca de las terapias para tratar a los pacientes que han realizado alguna tentativa o que son potenciales suicidas son también de gran relevancia. Los diferentes factores de protección y de riesgo, incluyendo los rasgos de personalidad, deberán ser tenidos en cuenta para optimizar el tratamiento.

Por último, tal como venimos diciendo a lo largo del trabajo, a pesar de que la mayoría de personas con conducta suicida padecen trastornos mentales, la prevención del suicidio no es exclusivamente función de los psicólogos y psiquiatras. El suicidio es una realidad social que va en aumento y que pone de manifiesto tanto los problemas personales como los sociales y propios de la cultura. Por ello, la prevención también es menester de los gobiernos y autoridades y de la sociedad en general.

Bibliografía

- Arranz, F.J. (1997). Factores psicológicos-conductuales y psicosociales de riesgo suicida. En S. Ros, *La conducta suicida*. pp. 81-96. Madrid: ELA
- Åsberg, M. (1997). Neurotransmitters and suicidal behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836 (1), pp. 158-181.
- Asociación de Psiquiatría de América, (2000). Manual de Diagnóstico y estadísticas de desórdenes mentales, (4ª ed. revisada). Washington, DC: Autor.
- Asociación de Psiquiatría de América, (2014). Manual de Diagnóstico y estadísticas de desórdenes mentales, (5ª ed.). Washington, DC: Autor.
- Ayuso-Mateos, J., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., Sáiz, P., Saiz, J. y RECOMS. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev. Psiquiatría y Salud Mental*, 5 (1), pp. 8-23
- Belloch, A. (2011). Trastornos de personalidad, depresión y suicidio. En G. Acevedo, J. Barbero, P. Barreto, R. Bayés, A. Belloch, J. Font i Rodón, O. Herrero, P. Sarmiento, V. Simón y S. Tabernero, *Suicidio y vida*. pp. 69-86. Barcelona: Sello
- Chávez-Hernández, A. M., Medina Núñez, M. C., y Macías-García, L. F. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud mental*, 31 (3), pp. 197-203.
- Courtet, P. y Giner, L. (2012). Conductas suicidas y trastorno bipolar, ¿por qué presenta un riesgo tan elevado?. En Giner, J., Medina, A. y Giner, L., *Evaluación y manejo de la conducta suicida*. pp. 115-120. Madrid: Enfoque Editorial S.C.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02
- Delgado, J. R. P., Torres, B. S., y Palos, P. A. (2010). Intento de suicidio y búsqueda de sensaciones en adolescentes. *Revista intercontinental de Psicología y Educación*, 12 (1), pp. 53-75.
- Doménech, J.R (1997). Diagnóstico psiquiátrico y suicidio: enfermedad médica y suicidio. En S. Ros, *La conducta suicida*. pp. 149-160. Madrid: ELA
- Durkheim, E. (1998). *El suicidio*. Madrid: Akal
- Echavarría, M. F. (2010). Persona y personalidad. De la psicología contemporánea de la personalidad a la metafísica tomista de la persona. *Espíritu: cuadernos del Instituto Filosófico de Balmesiana*, 59 (139), pp. 207-247.

- Fernández Serrano, M. J., Perales López, J. C., Moreno López, L., Santos Ruiz, A. M., Pérez García, M., y Verdejo García, A. (2012). Impulsividad y compulsividad en individuos dependientes de cocaína. *Adicciones*, 24 (2), pp. 105-114
- Frankl, V. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder
- García-Alandete, J., Gallego-Pérez, J. F., y Pérez-Delgado, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica*, 8 (2), pp. 447-454.
- García, Á. F., Rodríguez, M., Albarrán, M.E., Santiago, A. (2010). Factores de riesgo psicopatológico en la tentativa suicida. *Revista de la Escuela de Medicina Legal*. pp. 26-34
- García, J. B., Ubago, J. G., y Ruiz, J. S. (2011). *Suicidio y psiquiatría*. Fundación Española de *Psiquiatría y Salud Mental*. Madrid: Editorial Triacastela
- García, Alba. (2013). *Personalidad, según modelo psicobiológico de Cloninger, perfil psicopatológico en pacientes con Fibromialgia, y su relación con el malestar psicológico*. (Tesis doctoral, UAB, 2013).
- Giner, L. y Pérez, V. (2011). Factores de riesgo. En García, J. B., Ubago, J. G., y Ruiz, J. S. (2011). *Suicidio y psiquiatría*. Fundación Española de *Psiquiatría y Salud Mental*. pp. 59-93. Madrid: Editorial Triacastela
- Gómez, N. A. N., Plaza, S. L. O., Ramírez, I. D. L., Monroy, L. G. D., y Vega, H. A. R. (2010). Perfil multidimensional de personas que han realizado intento de suicidio. *Pensamiento psicológico*, 4 (10).
- Gómez Ch, A., Opazo, R., Levi, R., Ch, G., Soledad, M., Ibáñez, C., y Núñez, C. (2014). Autopsias psicológicas de treinta suicidios en la IV Región de Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52 (1), pp. 9-19.
- Gracia R., Aguilar E. y Henry M. (1997). Evaluación y manejo terapéutico de la conducta suicida: Prevención del suicidio. En S. Ros, *La conducta suicida*. pp. 269-280. Madrid: ELA
- Guibert Reyes, W. (2002). Prevención de la conducta suicida en la APS. *Revista Cubana de medicina general integral*, 18 (2), pp. 149-154.
- Gutiérrez-García, A. G., Contreras, C. M., y Orozco-Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud mental*, 29 (5), pp. 66-74.
- Gutiérrez-García, A. G., y Contreras, C. M. (2008a). El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Primera parte. *Salud mental*, 31 (4), pp. 321-330.
- Gutiérrez-García, A. G., y Contreras, C. M. (2008b). El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Segunda parte. *Salud mental*, 31 (5), pp. 417-425.
- Hernandez, J. (1997). El proceso suicida. En S. Ros, *La conducta suicida*. pp. 29-41. Madrid: ELA
- Hernández, J. A. R., Navarro-Ruiz, J., Torrente, G y Rodríguez, A. (2005). Construcción de un cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida: el CCCS-18. *Psicothema*, 17 (4), pp. 684-690.
- Hoyos, A. D. B. (2008). Panorama actual del suicidio: análisis psicológico y psicoanalítico. *International Journal of Psychological Research*, 1 (2), pp. 53-63.

- Isung, J., Aeinehband, S., Mobarrez, F., Nordström, P., Runeson, B., Åsberg, M.,... & Jokinen, J. (2014). High interleukin-6 and impulsivity: determining the role of endophenotypes in attempted suicide. *Translational psychiatry*, 4 (10), e470.
- de Jalón, E. G., y Peralta, V. (2009, February). Suicidio y riesgo de suicidio. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 27 (3), pp. 87-96.
- Jiménez Genchi, A., Senties Castella, H., y Ortega Soto, H. A. (1997). Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida. *Salud Mental*, 20 (1), pp. 36-41.
- Jiménez, I. (2001). La autopsia psicológica. *Revista colombiana de psiquiatría*, 30 (3), pp. 271-276.
- Jiménez, D., (2007). Clubes de suicidio en internet. Extraído en <http://www.elmundo.es/suplementos/cronica/2007/614/1185660003.html> [17/04/2015]
- Jimenez-Treviño, L., Blasco-Fontecilla, H., Braquehais, M. D., Ceverino-Dominguez, A., y Baca-García, E. (2011). Endofenotipos y conductas suicidas. *Actas Esp Psiquiatr*, 39 (1), pp. 61-9.
- Lecrubier, Y. (2002). La influencia de la comorbilidad en la prevalencia de la conducta suicida. *Eur Psychiatry Ed. Esp.*, 9, pp. 90-94.
- Liebert, R. M. (2000). *Personalidad: estrategias y temas de Liebert y Spiegler*. International Thomson.
- Lloret, F. R., Enrique, C., Olmos, M., Bautista, J., y Lloret, M. (1999). Notas suicidas. *Rev Esp Med Leg* 23 (86-87), pp. 66-74
- Luchinger, M. M., Ojeda, P. S., y González, J. (2011). Factores de riesgo y contexto del suicidio. *Revista Memoriza.com*, 8, pp. 15-25.
- Martínez, C. Autopsia psicológica y prevención del suicidio. Extraído en <http://suicidologia.info/web/wp-content/uploads/2015/02/Cap.-5-Autopsia-Ps-y-Prevenci%C3%B3n-1.pdf> [16/04/2015]
- Montoya, R. Q., Figueroa, I. V., de Mendoza, J. M. G., Miranda, J. C. V., Ramírez, L. E. F., y Abundiz, S. V. (2004). Tipos de personalidad y conducta suicida. *Investigación en Salud*, 6 (2), pp. 108-113.
- Montoya, R. Q., Figueroa, I. V., Miranda, J. C. V., y Ramírez, L. E. F. (2013). Personalidad y estrategias de afrontamiento en sujetos con tentativa suicida. *Psicología y salud*, 16 (2), pp. 139-147.
- Moraes, P. H. P. D., Neves, F. S., Vasconcelos, A. G., Lima, I. M. M., Brancaglioni, M., Sedyama, C. Y., ... & Malloy-Diniz, L. F. (2013). Relationship between neuropsychological and clinical aspects and suicide attempts in euthymic bipolar patients. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26 (1), pp. 160-167.
- Morales, M., y Jiménez, I. (2002). Rasgos de personalidad en suicidas: Autopsias Psicológicas 1997. *Revista del INML y CF*, 17 (1), pp. 14-20.
- Nieto, E. y Vieta, E. (1997). Diagnóstico psiquiátrico y suicidio: La conducta suicida en los trastornos afectivos. En S. Ros, *La conducta suicida*. pp. 99-121. Madrid: ELA

- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., y Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, 30 (1), pp. 133-154.
- Organización Mundial de la Salud. *Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*. Trastornos Mentales y Cerebrales, Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra, 2000.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Guía de intervención mhGAP: para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada.
- Organización Mundial de la Salud (2013). Plan de salud mental 2013-2020
- Paredes, C., Orbegoso, O., y Rosales, P. (2006). Caracterización del paciente con intento de suicidio en un hospital general de Lima, 1995-2004. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23 (4), pp. 293-296.
- Pérez Barrero, S. A. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de medicina general integral*, 15 (2), 196-217.
- del Pino, M. L., Burón, A. S., Nieto, M. A. P., y Martín, M. F. (2008). Impulsividad, autoestima y control cognitivo en la agresividad del adolescente. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 7 (1), pp. 81-99.
- Quintanilla, R., Valadez, I., Valencia, S., y González, J. (2005). Estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa suicida. *Investigación en Salud*, 7 (2), pp. 112-116.
- Rico-Villademoros, F., Hernando T., Saiz J., Giner J. y Bobas J. (2011). Patrón de actuación de los psiquiatras en España ante la presencia de pacientes con riesgo de conducta suicida. En García, J. B., Ubago, J. G., y Ruiz, J. S. (2011). *Suicidio y psiquiatría. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental*. pp. 39-57. Madrid: Editorial Triacastela
- Robles-García, R., y Vela, G. E. (2005). Perfil de temperamento y carácter de personas con intento suicida. *Actas Esp Psiquiatr*, 33 (2), pp. 117-122.
- Rodríguez, R. (1997a). El suicidio en la esquizofrenia. En S. Ros, *La conducta suicida*. pp. 139-148. Madrid: ELA
- Rodríguez, R. (1997b). Evaluación y manejo terapéutico de la conducta suicida: Evaluación psicológica del riesgo suicida. En S. Ros, *La conducta suicida*. pp. 223-236. Madrid: ELA
- Ros, S. (1997a). Evaluación y manejo terapéutico de la conducta suicida: Terapéutica de la conducta suicida. Intervención en crisis. Tratamientos biológicos. En S. Ros, *La conducta suicida*. pp. 237-252. Madrid: ELA
- Ros, S. (1997b). Neurobiología de la conducta suicida. En S. Ros, *La conducta suicida*. pp. 65-80. Madrid: ELA
- Ros, S., Peris, M.D., y García, R., (2003). *Impulsividad*. Barcelona: Ars Medica
- Ros, S., y Arranz, F. J. (2006). Conducta Suicida. *JV limva, Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*, pp. 271-294.

- Rubio V. (1997). Diagnóstico psiquiátrico y suicidio: conducta suicida y trastornos de la personalidad. En S. Ros, *La conducta suicida*. pp. 123-128. Madrid: ELA
- Ruiz, M., Dabi, E., Vairo, M. C., Matusevich, D., Finkelsztejn, C., y Faccioli, J. (2003). Notas suicidas en pacientes mayores de 65 años: Estudio comparativo (datos preliminares). *Vertex*, 14 (52), pp. 134-140.
- Sahuquillo, M. y Portinari, B., (2008). Suicidio: callar sí, no ignorarlo. Extraído en http://elpais.com/diario/2008/04/17/sociedad/1208383201_850215.html [16/04/2015]
- Sáiz, P.A., García-Portilla, M.P. y Bobes, J. (2011). Intervención preventivo-educativa en profesionales de la salud. En García, J. B., Ubago, J. G., y Ruiz, J. S. (2011). *Suicidio y psiquiatría. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental*. pp. 59-93. Madrid: Editorial Triacastela
- Salazar, J. A. A., Romero, A. R., y Ramírez, J. A. C. (2014). GABA, depresión y suicidio: aspectos epigenéticos asociados. *Psicología.com*, 18.
- San Molina, L. y Arranz, B., (1997). Diagnóstico psiquiátrico y suicidio: trastorno por uso de sustancias y suicidio. En S. Ros, *La conducta suicida*. pp. 129-138. Madrid: ELA
- Sarmiento, P. (2011). Suicidio y sentido: el grito silencioso de una tarde de domingo. En G. Acevedo, J. Barbero, P. Barreto, R. Bayés, A. Belloch, J. Font i Rodón, O. Herrero, P. Sarmiento, V. Simón y S. Tabernero, *Suicidio y vida*. pp. 51-67. Barcelona: Sello
- Sarracent, S. A., García, P. T., Brown, M. P., Sarracent, P. Y., y Saavedra, C. L. A, (2013). Caracterización psicológica de los pacientes con suicidio consumado en La Habana en el año 2010. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana*, 10 (1).
- Seguí J. y Canet, J. (1997). Diagnóstico psiquiátrico y suicidio: conducta suicida y trastorno por angustia. En S. Ros, *La conducta suicida*. pp. 149-160. Madrid: ELA
- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., Oliván, M. D. C., Casella, L., Cuenya, L.,... y Pedrón, V. (2010). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional de Psicología*, 11 (2).
- Tejedor, C., Faus, G., y Díaz, A. (2009). Programa de prevención de la conducta suicida del sector Dreta de l'Eixample. *Barcelona: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*, pp. 1-148.
- Toro Martínez, E., y Rudelir, M. (2005). Evaluación del riesgo suicida: aspectos clínicos y médico-legales de la peligrosidad para sí. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, (61).
- Tuesca, R., y Navarro Lechuga, E. (2012). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Revista Científica Salud Uninorte*, 17.
- Vega-Piñero, M., Blasco-Fontecilla, H., Baca-García, E., y Díaz-Sastre, C. (2002). El suicidio. *Salud global*, 4 (2), pp. 1-15.
- World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A global imperative.

Anexo I: Escalas que evalúan el comportamiento suicida o constructos relacionados con el suicidio

Escala de tentativa de suicidio (Beck et al.)

I. *Circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio*

- A. Aislamiento
 - 0. Alguien presente
 - 1. Alguien cerca, o en contacto visual o verbal
 - 2. Nadie
- B. Momento
 - 0. Intervención probable
 - 1. Intervención no probable
 - 2. Intervención altamente improbable
- C. Precauciones contra el descubrimiento/intervención
 - 0. No precauciones
 - 1. Precauciones pasivas (evitar a otros pero no hacer nada para evitar su intervención: por ej., solo en la habitación sin cerrar con llave la puerta)
 - 2. Precauciones activas (cerrar la puerta con llave)
- D. Buscar ayuda durante/después de la tentativa
 - 0. Informar al potencial "salvador" respecto a la tentativa
 - 1. Contactar, pero no informar específicamente al "salvador" respecto a la tentativa
 - 2. No contactar ni informar al potencial "salvador"
- E. Gestiones ("poner en orden las cosas") anticipando la muerte (testamento, bienes, etc.)
 - 0. Ninguna
 - 1. Idea sobre hacerlo o hacer alguna gestión
 - 2. Hace planes definitivos o completa las gestiones
- F. Preparación activa de la tentativa
 - 0. Ninguna
 - 1. Mínima a moderada
 - 2. Minuciosa
- G. Nota suicida ("de despedida")
 - 0. Ausencia de nota
 - 1. Nota escrita, pero rota; ideas sobre la nota
 - 2. Presencia de nota
- H. Comunicación abierta del intento antes de la tentativa
 - 0. Ninguna
 - 1. Comunicación equívoca
 - 2. Comunicación inequívoca

II. *Autoinforme*

- A. Pretendidas propuestas de la tentativa
 - 0. Manipular el ambiente llamar la atención, venganza
 - 1. Componentes "0" y "2"
 - 2. Escapar, resolver problemas

- B. Expectativas de fatalidad
 - 0. Idea que la muerte era improbable
 - 1. Idea que la muerte era posible, pero no probable
 - 2. Idea que la muerte era probable o cierta

- C. Creencia de la letalidad del método
 - 0. Hizo menos de lo que creía que podía ser letal
 - 1. No estaba seguro de que lo que hizo podría ser letal
 - 2. Igualó o se excedió en lo que él creía que podía ser letal

- D. Gravedad de la tentativa
 - 0. No intentó con seriedad quitarse la vida
 - 1. Dudoso sobre si intentó seriamente quitarse la vida
 - 2. Seriamente intentó quitarse la vida

- E. Actitud sobre "vivir"/"morir"
 - 0. No quiso morir
 - 1. Componentes "0" y "2"
 - 2. Quería morir

- F. Concepción sobre la recuperación médica
 - 0. Pensaba que la muerte sería improbable si recibía la atención médica
 - 1. Dudaba si la muerte se evitaría con atención médica
 - 2. Estaba seguro de morir aun si recibía atención médica

- G. Grados de premeditación
 - 0. Ninguno, impulsivo
 - 1. Pensó en el suicidio durante menos de tres horas antes de la tentativa
 - 2. Pensó en el suicidio durante más de tres horas antes de la tentativa

Escala de ideación suicida de Beck

Identificación: Fecha:.....

I. CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD HACIA LA VIDA/MUERTE

1.- Deseo de vivir

Moderado a intenso / Débil / Ninguno

2.- Deseo de morir

Moderado a intenso / Débil / Ninguno

3.- Razones para vivir / morir

- Las razones para vivir son superiores a las de morir

- Iguales

- Las razones para morir son superiores a las de vivir

4.- Deseo de realizar un intento activo de suicidio

Moderado a intenso / Débil / Ninguno

5.- Intento pasivo de suicidio

- Tomaría precauciones para salvar la vida

- Dejaría su vida / muerte en manos del azar (por ej.: cruzar descuidadamente una calle muy transitada).

- Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ej.: un diabético que deja de tomar insulina)

II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS / DESEOS SUICIDAS

6.- Dimensión temporal: duración

- Breve: períodos pasajeros

- Períodos más largos

- Continuo (crónico), o casi continuo

7.- Dimensión temporal: frecuencia

- Rara, ocasional

- Intermitente

- Persistente o continuo

8.- Actitud hacia el pensamiento / deseo

- Rechazo

- Ambivalencia, indiferencia

- Aceptación

9.- Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo

- Tiene sensación de control

- No tiene seguridad de control

- No tiene sensación de control

10.- Factores disuasorios del intento activo. El terapeuta debe anotar cuáles son (ej.: familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversibilidad).

- No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio

- Los factores disuasorios tienen cierta influencia

- Influencia mínima o nula de los factores disuasorios

Si existen factores disuasorios, indicarlos:

- 11.- Razones del proyecto de intento
- Manipular el medio, atraer atención, venganza
 - Combinación de ambos
 - Escapar, acabar, resolver problemas

III. CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO DE INTENTO

- 12.- Método: especificación / planes
- No los ha considerado
 - Los ha considerado, pero sin detalles específicos
 - Los detalles están especificados / bien formulados
- 13.- Método: accesibilidad/ oportunidad
- Método no disponible; no hay oportunidad
 - El método llevaría tiempo /esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente
 - Método y oportunidad accesible
 - Oportunidades o accesibilidad futura del método proyectado
- 14.- Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento
- No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente
 - Inseguro de su coraje, competencia
 - Seguro de su competencia, coraje
- 15.- Expectativas / anticipación de un intento real
- No
 - Incierto, no seguro
 - Sí

IV.-REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO

- 16.- Preparación real
- Ninguna
 - Parcial (ej.: empezar a recoger píldoras)
 - Completa (ej.: tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada)
- 17.- Notas acerca del suicidio
- No escribió ninguna nota
 - Empezaba pero no completada; solamente pensó en dejarla
 - Completada
- 18.- Preparativos finales ante la anticipación de la muerte (ej.: seguro, testamento, donaciones)
- Ninguno
 - Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados
 - Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado
- 19.- Engaño / encubrimiento del intento proyectado (se refiere a la comunicación de su idea al terapeuta)
- Reveló estas ideas abiertamente
 - Fue reacio a revelarlas
 - Intentó engañar, encubrir, mentir

V. FACTORES DE FONDO

20.- Intentos previos de suicidio

- Ninguno
- Uno
- Más de uno

21.- Intención de morir asociada al último intento

- Baja
- Moderada; ambivalente, insegura
- Alta

Escala de intencionalidad suicida de Beck

Edad:..... Sexo:.....

Grado de instrucción:.....

Instrucciones:

A continuación se te presenta una hoja con 20 ítems, el cual tiene por objetivo conocer las características de una persona que ha intentado auto eliminarse.

Lee atentamente y marca con un círculo la respuesta que más se adecue a tus características.

Te agradecemos responder con total sinceridad.

Tus respuestas deberán expresar lo que más has sentido, experimentado y pensado durante los últimos tiempos.

Emplea el tiempo necesario para emitir tus respuestas.

Ejemplo:

¿Con cuánta seriedad realizaste tu intento suicida?

- a) No intento seriamente poner fin a su vida.
- b) Inseguro.
- c) Intento seriamente poner fin a su vida.

1. ¿Hubo presencia de otros al momento de tu intento?

- a) Alguien presente.
- b) Alguien próximo o en el contacto visual o verbal (Ej. Teléfono).
- c) Nadie cerca o en contacto.

2. ¿Cree que alguien puede haber intervenido después del acto?

- a) La intervención es muy probable.
- b) La intervención es poco probable.
- c) La intervención es altamente probable.

3. ¿Realizaste alguna acción antes del intento para evitar ser descubierto y/o intervenido?

- a) Ninguna.
- b) Toma precauciones pasivas (Ej. Evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación, pero con la puerta sin cerrar).
- c) Toma precauciones activas (Ej. Cerrando la puerta).

4. ¿Creíste conveniente realizar alguna acción con relación a otra persona, durante o después del intento?

- a) Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda.
- b) Colaborador potencial contactó, pero no específicamente avisado.
- c) No contacto, ni aviso a nadie.

5. ¿Gestionaste algún documento como seguro o testamento, antes del intento?

- a) Ninguno.
 - b) Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa.
 - c) Hiciste planes definitivos o terminó los arreglos finales.
6. ¿Hiciste alguna preparación para realizar el acto del intento?
- a) Ninguna.
 - b) Mínima o moderada.
 - c) Importante.
7. ¿Hiciste alguna nota suicida previo al intento?
- a) Ninguna.
 - b) Nota escrita, pero rota, no terminada, pensó escribirla.
 - c) Presencia de nota.
8. ¿Manifestaste verbalmente ideas, preocupaciones o planes suicidas?
- a) No comunicación verbal.
 - b) Comunicación ambigua (Ej. Estoy cansado, pienso que están mejor sin mí).
 - c) Comunicación no ambigua (Ej. Quiero morir, siento como si quisiera matarme).
9. Sobre la probabilidad de muerte, ¿Cuáles fueron tus expectativas?
- a) Pensó que era improbable.
 - b) Posible, pero no probable.
 - c) Probable o cierta.
10. ¿Has intentado seriamente ponerle fin a tu vida?
- a) No intentó seriamente poner fin a su vida.
 - b) Inseguro.
 - c) Intentó seriamente poner fin a su vida.
11. ¿Al intentar el acto tenías deseos de morir?
- a) No quería morir.
 - b) Componentes del punto anterior y del siguiente.
 - c) Quería morir.
12. ¿El intento con qué propósito fue realizado?
- a) Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza.
 - b) Componentes del punto anterior y del siguiente.
 - c) Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas.
13. ¿Qué tan seguro estabas sobre la letalidad del método a utilizar?
- a) Hizo menos de lo que pensaba que sería letal.
 - b) No estaba seguro si lo que hacía era letal.
 - c) Igual o excedió lo que pensaba que sería mortal.

14. ¿Te sentías seguro sobre la capacidad de salvamento médico?
- a) Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica.
 - b) Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica.
 - c) Seguro de morir aunque recibiese atención médica.
15. ¿Premeditaste tu intento?
- a) Ninguno, impulsivo.
 - b) Suicidio contemplado por tres horas antes del intento.
 - c) Suicidio contemplado por menos tres horas antes del intento.
16. ¿Qué sentiste luego del intento?
- a) Arrepentido/a de haber hecho el intento, sentimientos de ridículo, vergüenza.
 - b) Acepta tanto el intento como su fracaso.
 - c) Rechaza el fracaso del intento.
17. ¿Qué idea tienes sobre la muerte?
- a) Vida después de la muerte.
 - b) Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas.
 - c) No concepciones de pensamientos sobre la muerte.
18. ¿En cuántas oportunidades has intentado suicidarte?
- a) Ninguna.
 - b) 1 ó 2.
 - c) 3 ó más.
19. ¿Cuál fue el propósito de beber alcohol para llevar a cabo el intento?
- a) Alguna ingesta previa, pero sin relación con el intento, lo conformado era insuficiente para determinar la capacidad del juicio, evaluando la realidad.
 - b) Ingesta suficiente para determinar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad.
 - c) Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento.
20. ¿Cómo ha influido la ingesta de droga en el intento?
- a) Alguna ingesta previa, pero sin relación con el intento, lo conformado era insuficiente para determinar la capacidad del juicio, evaluando la realidad.
 - b) Ingesta suficiente para determinar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad.
 - c) Ingesta intencional de droga para facilitar llevar a cabo el intento.

Escala de desesperanza de Beck

Instrucciones para el paciente: Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdaderas o falsas.

1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo. V / F
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo. V / F
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así. V / F
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años. V / F
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer. V / F
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar. V / F
7. Mi futuro me parece oscuro. V / F
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio. V / F
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro. V / F
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro. V / F
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable. V / F
12. No espero conseguir lo que realmente deseo. V / F
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora. V / F
14. Las cosas no marchan como yo quisiera. V / F
15. Tengo una gran confianza en el futuro. V / F
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa. V / F
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro. V / F
18. El futuro me parece vago e incierto. V / F
19. Espero más bien épocas buenas que malas. V / F
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré. V / F

Instrucciones para el profesional: Se trata de una escala autoadministrada de respuestas dicotómicas. Se puntúa 1 las repuestas "Verdadero" de los ítems (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) y el resto de las respuestas "Falso". El punto de corte más adecuado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto.

Escala de impulsividad de Barratt

Esta es una escala para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en las oraciones. Responda rápida y honestamente marcando una X en la opción que más le represente. (Entrevistador: lea cada oración al entrevistado y marque la respuesta. Si no entiende la pregunta o si es más atinente plantéele la forma entre paréntesis).

Respuesta tipo Likert:

- Raramente o nunca (0)
- Ocasionalmente (1)
- A menudo (3)
- Siempre o casi siempre (4)

1. Planifico mis tareas con cuidado
2. Hago las cosas sin pensarlas
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo fácilmente)
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (mis pensamientos van muy rápido en mi mente)
5. Planifico mis viajes (actividades) con antelación
6. Soy una persona con autocontrol
7. Me concentro con facilidad
8. Ahorro con regularidad
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo
10. Pienso las cosas cuidadosamente
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo para asegurarme que tendré dinero para mis gastos) (planifico mis estudios para asegurarme rendir bien)
12. Digo las cosas sin pensarlas
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)
14. Cambio de trabajo frecuentemente (cambio de colegio con frecuencia)
15. Actúo impulsivamente
16. Me aburre pensar en algo por demasiado tiempo
17. Visito al médico y al dentista con regularidad
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)
20. Cambio de vivienda a menudo (no me gusta que mis padres vivan en el mismo sitio por mucho tiempo)
21. Compró cosas impulsivamente
22. Yo termino lo que empiezo
23. Camino y me muevo con rapidez
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)
25. Gasto más dinero de lo que tengo/de lo que gano
26. Hablo rápido
27. Tengo pensamientos extraños (irrelevantes) cuando estoy pensando
28. Me interesa más el presente que el futuro

29. Me siento inquieto/a en clases (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)

