

XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2024.

Abordaje frente al riesgo suicida.

Helmich, Natalia, Iezzi, Facundo y Bodon, María Cecilia.

Cita:

Helmich, Natalia, Iezzi, Facundo y Bodon, María Cecilia (2024). *Abordaje frente al riesgo suicida*. XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-048/533>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evo3/sss>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

ABORDAJE FRENTE AL RIESGO SUICIDA

Helmich, Natalia; Iezzi, Facundo; Bodon, María Cecilia
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El suicidio es uno de los problemas de mayor gravedad de la Salud Pública a nivel mundial. Cada año se suicidan 700.000 personas y es la cuarta causa de muerte en el rango etario de 15 a 29 años (WHO, 2023). Al suicidio se lo define como el acto de finalizar intencionalmente con la propia vida (WHO, 2014), lo que implica un acto iniciado deliberadamente y llevado a cabo por una persona con resultado fatal y que a su vez tenía el conocimiento o la expectativa de este desenlace (Bobes, et al., 2004). En cambio, la conducta suicida (CS) implica dos fenómenos diferentes asociados entre sí: la ideación suicida y el intento de suicidio. La ideación suicida se refiere a cualquier manifestación de un sujeto que exprese el pensamiento de llevar a cabo un comportamiento relacionado con el suicidio, y el intento de suicidio hace referencia a una conducta autoinflingida por parte del sujeto, con intencionalidad suicida pero con resultado no letal (WHO, 2014). Si bien las definiciones y clasificaciones son múltiples, las descritas anteriormente son las más utilizadas en el campo de investigación sobre conductas suicidas.

Palabras clave

Suicidio - Conducta suicida - Intento de suicidio - Abordaje

ABSTRACT

APPROACH TO SUICIDE RISK

Suicide is one of the most serious public health problems worldwide. Every year 700,000 people commit suicide and it is the fourth cause of death in the age range of 15 to 29 years (WHO, 2023). Suicide is defined as the act of intentionally ending one's life (WHO, 2014), which implies an act deliberately initiated and carried out by a person with a defective result and who in turn had the knowledge or expectation of this outcome (Bobes, et al., 2004). On the other hand, suicidal behavior (SC) involves two different phenomena associated with each other: suicidal ideation and suicide attempt. Suicidal ideation refers to any manifestation of a subject that expresses the thought of carrying out a behavior related to suicide, and suicide attempt refers to a self-inflicted behavior by the subject, with suicidal intention but with a non-lethal result. (WHO, 2014). Although there are multiple definitions and classifications, those described above are the most used in the field of research on suicidal behaviors.

Keywords

Suicide risk - Suicidal behaviors - Suicide attempt - Approach to suicide

Estadísticas globales

El suicidio y la CS son un problema de alto impacto para la salud pública a nivel mundial. A pesar de una reducción en los últimos años de un tercio en la tasa global de suicidios, las muertes por suicidio siguen siendo frecuentes en todo el mundo (Naghavi, 2019) y en algunos países como Estados Unidos la tasa anual de suicidios ha aumentado cada año desde el 2000 (Centers for disease control and prevention (CDC), 2020). Según los cálculos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aproximadamente se producen 800.000 muertes por suicidio a nivel global cada año, lo que representa una tasa de suicidio global estandarizada por edad de 10,6 por 100.000 habitantes (WHO, 2014; WHO, 2012). Actualmente, el suicidio representa el 1,5% de todas las muertes, convirtiéndose en la **décima causa de mortalidad a nivel mundial**, generando más muertes que la malaria, el cáncer de mama, la guerra o los homicidios (WHO, 2012) y es la causa 14° de años perdidos de vida a nivel global (WHO, 2018). Para poder comprender los datos de manera más intuitiva, estas cifras reflejan que **cada 40 segundos una persona muere en el mundo por suicidio**.

A nivel global, las tasas de suicidio varían según el sexo, con tasas más altas entre los hombres (15,6 suicidios por 100.000) que entre las mujeres (7,0 por 100.000) (WHO, 2018). En la mayoría de los países, las tasas de suicidio son 2 a 3 veces más altas en hombres que en mujeres, lo que podría deberse a una preferencia de los hombres por el uso de métodos de mayor letalidad y a la dificultad en buscar ayuda (Turecki, et al., 2019). Las estimaciones provisionales de los CDC en EEUU de 2022, indican que luego de una disminución de 2019 y 2020, las muertes por suicidio aumentaron aproximadamente un 5% en 2021. Las estimaciones provisionales publicadas en 2023 indican que las muertes por suicidio aumentaron aún más en 2022, pasando de 48.183 muertes en 2021 a un estimado de 49.449 en 2022, un aumento de aproximadamente 2,6%. (CDC, 2022, 2023) Por otro lado, hay que tener en cuenta que el suicidio consumado es solo una parte del problema, ya que el impacto que genera la CS es aún mayor en términos epidemiológicos. Los intentos de suicidio son más frecuentes que el suicidio con las tasas más altas entre las mujeres y los jóvenes, con una cifra que asciende anualmente a 16 millones de intentos de suicidio (WHO, 2014). Se estima que por cada sujeto que consumó el suicidio, hay entre 20 a 40 que realizaron uno o más intentos de suicidio (WHO, 2014; Turecki & Brent, 2016), aumentando esta cifra a 100 si se tiene en cuenta el rango etario de los adolescentes (Bunney, et al., 2002). La prevalencia mundial estimada

de intentos de suicidio autoinformada a lo largo de un año es de aproximadamente 0,4% en adultos (WHO, 2014; Turecki & Brent, 2016) y de 2,7% a lo largo de la vida (Nock, et al., 2008). Entre las personas que presentan un intento de suicidio, el 1,6% muere por suicidio en los siguientes 12 meses, y el 3,9% muere por suicidio en los siguientes 5 años (Olsson, et al., 2017). A su vez, las ideas suicidas son considerablemente más frecuentes que los intentos de suicidio. Según la OMS, anualmente, aproximadamente 160 millones de personas expresan pensamientos suicidas (WHO, 2014), con una prevalencia mundial a lo largo de la vida del 9,2%, y una prevalencia a lo largo de la vida de planes suicidas de 3,1% (Nock, et al., 2008). A nivel regional, en el cono sur de Latinoamérica la prevalencia de ideación suicida es de 8,3% (Daray, et al., 2019).

El impacto del suicidio y las CS no sólo se da sobre el individuo sino que también repercute a nivel socio-familiar ya que por cada adulto que murió por suicidio, otras 6 personas del entorno sufren distres emocional (Martínez, et al., 2007). Además del impacto psicosocial, la CS implica un costo económico elevado para el sistema de salud (Shepard, et al., 2016). De hecho, casi un tercio de los pacientes internados en un hospital psiquiátrico se deben a ideación suicida o CS (Teti, et al., 2014). Si tenemos en cuenta todos estos datos en conjunto, queda evidenciado el impacto de la problemática en términos de salud pública, por lo que la OMS declaró el estudio de los factores asociados a la CS y la reducción de la mortalidad relacionada con el suicidio como un imperativo global (WHO, 2014; WHO, 2015).

La ideación suicida es un factor de riesgo tanto para el suicidio, la CS y la repetición de los intentos de suicidio (Turecki & Brent, 2016; Beghi, et al., 2013). Las personas con antecedentes de ideación suicida, tiene una probabilidad de hacer un plan suicida alguna vez en su vida aproximadamente del 33 %, y una probabilidad de realiza un intento de suicidio en algún momento de la vida de aproximadamente 30 %, mientras que las personas con antecedentes de ideación suicida y un plan suicida, la probabilidad de tener un intento de suicidio es de 55 % (Nock, et al., 2008). El intento de suicidio previo se encuentra entre los predictores más robustos de la repetición de la CS y de muerte por suicidio, de hecho, el 40 % de las personas que mueren por suicidio han intentado suicidarse previamente (Turecki, et al., 2019).

En Argentina

La tasa de suicidios en Argentina es de 6,3 por cada 100.000 habitantes, menor que la media de suicidios a nivel mundial, que es de 9,25 por cada 100.000 habitantes.

De los 2.847 suicidios que se produjeron en 2020, 2.341 fueron suicidios de hombres y 506 de mujeres. Así pues, se suicidan 10,5 hombres de cada 100.000 y 2,2 mujeres de cada 100.000. En 2020 hubo 2.417 asesinatos en Argentina, así pues en Argentina se producen más suicidios que asesinatos, en concreto, por cada persona asesinada se suicidaron 1,2 personas. (Ministerio de Salud, 2020).

Según un informe de Suicidios (Sistema de Alerta Temprana - Suicidios), publicado en marzo de 2022 por el Ministerio de Seguridad de la Nación, cuenta las estadísticas de las 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre los años 2017 a 2020, haciendo foco en este último. Durante el año 2020 se registraron 3.171 suicidios en el país, conformando una tasa de 7,6 suicidios cada 100.000 habitantes mayores a 5 años. A pesar de la caída en los casos y en la tasa respecto a 2019, en 2020 fue la principal causa de muerte violenta en el país, acumulando el 35,0% de las muertes violentas.

Por cuestiones demográficas, Buenos Aires se encuentra primera en el ranking con un total de 850 suicidios en 2020, lo que equivale a una tasa del 5,3%. La tasa más alta de suicidios la tiene Entre Ríos, con un 15,5%, es decir, 198 suicidios en 2020, luego le siguen Salta, con 15,1% (195), Santiago del Estero, 13,4% (119); San Luis, con 13,3% (62); La Pampa, con 13% (43) y Catamarca, con 12,6% (48).

Factores de riesgo predictores de la conducta suicida

Es fundamental para la comprensión y prevención del suicidio y la CS detectar los factores de riesgo predictores. Un factor de riesgo predictor de CS se define como cualquier característica de un individuo o grupo que se haya demostrado estar asociada con una mayor probabilidad de que la conducta suceda (Gendas, 2022). Los factores de riesgo predictores de suicidio son identificables y pueden servir para anticipar y aplicar la intervención y prevenir la CS (Turecki y col., 2019).

Los factores de riesgo a menudo se describen como estáticos o dinámicos. Los factores de riesgo estáticos son variables históricas o relacionadas con información demográfica (Sinclair & Leach, 2017), como el género (Schrijvers, Bollen y Sabbe, 2012), origen étnico (Clifford, Doran y Tsey, 2013; Pollock, Naicker, Loro, Mulay y Colman, 2018), o antecedentes personales de autolesiones e intentos de suicidio (Chan et al., 2016; Gibb, Beautrais y Fergusson, 2005; Ribeiro et al., 2016). Por otra parte, los factores de riesgo dinámicos son aquellos que son situacionales y cambian con el tiempo (Sinclair & Leach, 2017). Por ejemplo: Abuso de sustancias (Cherpitel, Borges y Wilcox, 2004; Conner et al., 2014; Flensburg-Madsen et al., 2009; Poorolajal, Haghtalab, Farhadi y Darvishi, 2016; Yuodelis-Flores y Ries, 2015), trastorno mental depresivo (Kanwar et al., 2013), desórdenes de ansiedad (Chesney, Goodwin y Fazel, 2014), depresión, trastorno límite de la personalidad, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático (Hinduja y Patchin, 2010; Holt et al., 2015), el ser maltratado (Roeger et al., 2010), la sensación de desesperación (Beck, Steer, Kovacs y Garrison, 1985; Kuo, Gallo y Eaton, 2004; Qiu, Klonsky y Klein, 2017), impulsividad (O'Connor, 2011; May y Klonsky, 2016) y acontecimientos vitales estresantes (Beautrais, 2003; Beautrais, Joyce y Mulder, 1997; Alentar, 2011).

Una clasificación con gran vigencia actual, es la consideración temporal del factor de riesgo con la CS. Según este enfoque, los

factores de riesgo se clasifican en distales (factores predisponentes) y proximales (factores desencadenantes o estresores). Los factores predisponentes para el suicidio interactúan con factores estresores, y pueden tener diferentes efectos dependiendo de la capacidad de recuperación del individuo (Fazel y Runeson, 2020).

Los factores distales son aquellos que aumentan la vulnerabilidad del individuo a tener una CS y que se dan alejados en el tiempo (Grendas, 2022). Estos factores pueden ser los eventos adversos tempranos de la infancia, el antecedente de CS, los antecedentes familiares de CS o suicidio y la heredabilidad.

Entre los factores predisponentes de mayor importancia asociados a la CS en la adultez, se encuentran los eventos adversos tempranos de la infancia que involucran: la negligencia, abuso físico, abuso emocional y abuso sexual infantil (ASI) (Brown y col., 2000; Brezo y col., 2008). De los diferentes tipos de eventos adversos en la infancia, el más relevante y estudiado en función de su frecuencia e impacto en la CS es el ASI. El ASI es una forma grave de trauma infantil que aumenta el riesgo de CS a lo largo de la vida independientemente del diagnóstico psiquiátrico (Hoertel y col., 2015; Taillieu y col., 2016). Se han sugerido varias teorías al respecto y la más predominante es que la impulsividad puede servir como uno de los mecanismos subyacentes entre el ASI y la CS (Braquehais y col., 2010). Muchas teorías proponen a la impulsividad como posible rasgo de personalidad media entre las experiencias adversas tempranas y la CS.

La ideación suicida y los intentos de suicidio en la adolescencia y adultez temprana generan una predisposición hacia la CS por el resto de la vida (O'Connor y col., 2013). El intento de suicidio previo se encuentra entre los predictores más importantes de la repetición de la CS y de muerte por suicidio. El 40 % de las personas que mueren por suicidio han intentado suicidarse previamente (Turecki y col., 2019). Distintos estudios, concluyen que las autolesiones deliberadas son un importante factor predictor de la repetición de la CS y del suicidio (Carroll, Metcalfe & Gunnell, 2014). Se ha observado la heredabilidad del comportamiento suicida, viéndose reflejado en el hecho de que el antecedente familiares de conducta suicida y de suicidio son un factor de riesgo para la CS (Fazel y Runeson, 2020). Los hijos de individuos con CS tienen un riesgo cinco veces mayor de tener un intento de suicidio, y el riesgo de suicidio se duplica entre los individuos que perdieron a uno de sus padres por suicidio (Burrell & Mehlum, 2018).

Además de los factores que confieren riesgo para desarrollar una CS existen factores considerados desencadenantes. A estos factores, denominados proximales por su relación temporal con la CS, se los divide en factores asociados a los trastornos psiquiátricos, factores asociados a la salud física y factores sociodemográficos (Grendas, 2022).

Los trastornos psiquiátricos son considerados factores precipitantes, ya que el riesgo de suicidio es mayor entre los pacientes con trastornos psiquiátricos (Blumenthal & Kupfer, 1990), hasta el 90

% de las personas que mueren por suicidio tenían un trastorno psiquiátrico estable (Nock y col., 2008; Turecki y col., 2019). La depresión, el trastorno bipolar, los trastornos del espectro esquizofrénico, los trastornos por consumo de sustancias, el trastorno límite de la personalidad son los diagnósticos psiquiátricos más comunes (Fazel & Runeson, 2020; Beghi & Rosenbaum, 2010; Chen y col., 2010; Chesney, Goodwin & Fazel, 2014).

Otro de los factores precipitantes, se encuentran las enfermedades médicas no psiquiátricas. La enfermedad crónica terminal (ej. cáncer), la epilepsia, la lesión cerebral traumática, las enfermedades inflamatorias, enfermedades respiratorias (ej. EPOC y asma) y el dolor crónico aumentan el riesgo de suicidio (Turecki y col., 2019; Papadopoulos, 2012). Aquellos pacientes con trastornos psiquiátricos y comorbilidades como enfermedades médicas no psiquiátricas tienen mayor riesgo de consumir el suicidio (Morgan y col., 2018).

Los eventos estresantes de la vida cotidiana como los problemas vinculares (separación o divorcio), muerte de un familiar (padres o hijos) o alguien cercano (amigo), la pérdida del trabajo, la pérdida de la estabilidad social, normas socioculturales estrictas o la pertenencia al grupo LGBT aumentan el riesgo de suicidio (Brent y col., 2002; Agerbo, 2005; Pitman, 2014). La adversidad económica (tener bajos ingresos y/o estar endeudado) es uno de los factores que aumentan el riesgo de suicidio (Rehkopf & Buka, 2006). Entre los factores de riesgo de suicidio de base ambiental, uno de los más importantes es el acceso a los medios letales para consumir el plan suicida, considerándose el acceso al medio letal como predictor de la conducta suicida (Yip y col., 2012).

Factores de protección en la conducta suicida

Enfocarse únicamente en los factores de riesgo no es suficiente para comprender y prevenir completamente el suicidio, también es crucial para identificar los factores protectores (Gulbas et al., 2019). Estos son factores que aumentan la capacidad de un individuo para afrontar la situación y pueden reducir la probabilidad de suicidio (Chehil & Kutcher, 2012). Por su parte, los factores protectores se refieren a aquellas condiciones o variables que aumentan la probabilidad de resultados positivos y disminuyen la probabilidad de consecuencias negativas de la exposición al riesgo (OMS, 2004).

Las entrevistas proporcionan un contexto más natural para el diálogo (Johnson et al., 2021) y son útiles para comprender las relaciones causales de la CS (Bantjes y Swartz, 2019). La investigación también sugiere que hacer preguntas sobre el suicidio no aumenta la frecuencia ni la intensidad del suicidio, por el contrario, los entrevistados pueden encontrar un espacio para liberar emociones, reflexionar sobre su pasado y experimentar una sensación de logro al ayudar a otras personas (Littlewood et al., 2021).

La evidencia sobre los factores protectores incluye un buen apoyo social, la autoestima y la generación de relaciones sanas y

positivas (Sarchiapone, Mandelli, Iosue, Andrisano y Roy, 2011; OMS, 2014). La autoestima ha sido identificado en el informe de la OMS (2014) sobre la prevención del suicidio como una importante medida protectora amortiguadora contra factores estresantes y CS para los jóvenes. También se ha descubierto que la afiliación y las creencias religiosas reducen positivamente el riesgo de comportamiento suicida entre los jóvenes en riesgo (Baetz y Bowen, 2011; Griffin, Fennell y Williams, 2006).

De igual forma, Clark et al. (2011) plantean que la comunicación familiar juega un rol significativo en la reducción del riesgo suicida. Sánchez-Teruel y RoblesBello (2014) plantean que las relaciones positivas con la familia funcionan como un recurso que promueve la resiliencia ante el suicidio. McLean y col., (2008) mostraron que los altos niveles de apoyo social de la familia eran un factor protector principal contra los intentos de suicidio. En diferentes estudios, varios pacientes con tendencia suicida identificaron la preocupación por el posible impacto en sus familias, lo que evitó el suicidio. Por ejemplo, Shand et al. (2015) encontró que el 67% de los hombres en su estudio respaldaron el ítem "Pensé en las consecuencias para mi familia", marcando un factor protector contra el suicidio.

Shimei y Yingfang (2023) estudiaron factores de protección que evitan la progresión de la ideación suicida al intento. Los autores identificaron tres factores de protección que bloquean la evolución de la ideación suicida a intentos de suicidio: la "conexión", la "racionalidad" y la "negación del suicidio". En este estudio, se encontró que la conexión familiar en particular fue el factor de bloqueo más fuerte entre todos los subfactores. La racionalidad puede prevenir el suicidio mediante la reevaluación cognitiva y la reducción de las respuestas emocionales negativas. Por último, un factor protector para evitar alcanzar el intento suicida es la negación del suicidio, refiriéndose a la evaluación negativa del suicidio, sus consecuencias, la acción en sí y las condiciones para llevarlo a cabo.

La esperanza es un concepto de psicología positiva orientado al futuro que ha recibido apoyo empírico como factor protector contra el suicidio. Según la teoría de la esperanza, esta abarca: establecimiento de metas; caminos o capacidad percibida para desarrollar caminos para lograr objetivos; motivación para lograr las metas deseadas influenciadas por las autopercepciones sobre la capacidad para alcanzar metas (Snyder, 1994; Snyder, 2000). Los estudios han encontrado que la esperanza y sus tres componentes predicen negativamente varios indicadores de riesgo de suicidio, incluidos síntomas de depresión e ideación suicida (Tucker et al., 2013). Dentro de la misma rama, se conceptualiza como factor protector el pensamiento positivo, entendida como la creación de una percepción optimista que ayuda a resolver problemas y tener una perspectiva positiva para el futuro (Bekhet y Zauszniewski, 2013). El pensamiento positivo conduce a tener sentimientos y emociones positivas que protegen la salud física y mental, especialmente cuando se enfrentan desafíos (Naseem y Khalid, 2010).

Evaluación de detección de riesgo.

La evaluación psicológica de la conducta suicida es fundamental para la toma de decisiones y sin una correcta evaluación difícilmente se podrá realizar un diagnóstico e intervención acertados. La evaluación trata de identificar y detectar el riesgo suicida con la finalidad de implementar medidas de intervención eficaces para el paciente. Hasta ahora, las escalas desarrolladas difieren en varios aspectos, es decir, si son autoadministradas o por un entrevistador, si se evalúa el componente conductual, emocional o cognitivo del suicidio (Đuric-Jocic y Pavlicic, 2004). Los enfoques más recientes sobre la concepción del suicidio están más dirigidos al nivel cognitivo, o en otras palabras, a la detección de sistemas de creencias específicas relativas a la conducta suicida (Bryan et al., 2014).

Una de las escalas más contemporáneas que destaca por sus propiedades es la Risk Assessment Suicidality Scale - RASS (Fountoulakis et al., 2012), que ha demostrado ser un instrumento útil en la evaluación del riesgo de suicidio. La escala RASS pone énfasis en los ítems que describen el comportamiento relacionado con el suicidio (Fountoulakis et al., 2012). Se pueden recopilar pensamientos, así como información sobre antecedentes de autolesiones e intentos de suicidio. Se puede observar varios factores de riesgo para el comportamiento suicida que fueron clasificados en primarios (condición psiquiátrica, médica, intentos de suicidio previo), secundarios (situación de vida adversa y factores de riesgo psicosocial) terciaria (género, vejez). Esta escala sería útil para la protección primaria, ya que los pacientes dentro del mes anterior a un intento de suicidio se dirigen a su médico y esta idea suicida normalmente pasa desapercibida (Luoma et al., 2002).

Otra escala muy utilizada en la actualidad es la Escala de riesgo suicida de Plutchik (Plutchik Suicide Risk Scale, RS; Plutchik y van Praag, 1989). Evalúa el nivel de riesgo para un intento suicida, así como sentimientos relacionados con la depresión y la desesperanza. Refina sobre los intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación suicida actual, los sentimientos de depresión, desesperanza, y otros aspectos relacionados con las tentativas de suicidio (Plutchik y Van Praag, 1989).

La escala de desesperanza de Beck (BHS) fue diseñada por el autor y sus colaboradores (Beck y Weissman, 1974) con el objetivo de contar con un instrumento útil que permita detectar pesimismo y actitudes negativas hacia el futuro de pacientes con depresión y riesgo de suicidio, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir éxito en su vida. La BHS estaría basada en el modelo de tres factores que considera el factor afectivo, el motivacional y el cognitivo. En la BHS el Factor Afectivo indaga acerca de sentimientos de esperanza, felicidad, fe, entusiasmo y momentos agradables. El Factor Motivacional recoge información respecto de la pérdida de motivación en la persona, manifestada en las decisiones de no querer esforzarse por algo deseado, querer rendirse o no querer conseguir nada en especial. El Factor Cognitivo está orientado a obtener

información acerca de las expectativas futuras y anticipaciones negativas respecto a la vida (Beck y Weissman, 1974). La BHS permite explorar el riesgo potencial de presentar ideas suicidas y/o intento de suicidio en fases tempranas siendo además, una escala de autoaplicación que no requiere ser aplicada por especialistas ni en modalidad de entrevista.

Recursos y capacidades del psicólogo clínico en la evaluación y control del riesgo.

La evaluación y control del suicidio es un proceso complejo y puede ser un desafío para las habilidades del profesional clínico. Este ha de conseguir facilitar una adecuada y rápida alianza, aliviar la angustia o tensión, reducir la posibilidad de que el individuo se culpe o actúe impulsivamente y facilitar la adhesión al tratamiento. (Torre Martí, 2013)

Especialmente, se recomienda que el clínico sea capaz de:

- Plantearse si está capacitado para desarrollar una adecuada evaluación e intervención del paciente con ideación suicida, derivar o pedir supervisión si lo precisara.
- Hablar abiertamente de la idea de cometer suicidio y mostrar seguridad de saber manejar la situación. Se pregunta directamente, hablando claro y sin evasivas ni metáforas sobre el suicidio. Hacer preguntas, cortas y simples; Desde cuándo? ¿Quiénes lo saben? ¿Está planeado? ¿Como? ¿Dónde?. Al mismo tiempo, identificar posibles apoyos familiares, sociales, etcétera.
- Mostrar empatía y comprensión sobre la experiencia del individuo. Esto implica evitar juzgar o criticar su manera de pensar o actuar, descalificar, sermonear, tratar de convencer, decir frases hechas como “recapita sobre todo lo bueno que tenés”, “la vida es buena” o “hay muchas personas que en tu situación no pensarían lo mismo”. Al mismo tiempo que es cálido con la persona, el terapeuta debe ser firme con las directivas y en las prescripciones.
- Estar preparado para mantener la energía de trabajar con un paciente que puede estar deprimido y no ve ninguna alternativa de solución. Suele resultar más útil combinar cierta directividad con una adecuada implicación y colaboración.
- Poder trabajar y modificar las propias emociones relacionadas con frustración y omnipotencia que aparecen en representaciones tales como “tengo que hacerlo bien”, “tengo que tener éxito con todos mis pacientes”, “si fallo con mis pacientes, soy un fracaso”, “soy total y únicamente responsable de las acciones de mis pacientes”.
- Poseer cabal información sobre aspectos legales involucrados en el manejo del riesgo suicida (consentimientos informados, seguro mala praxis, etc.) y no prometer confidencialidad, ya que tal vez va a hacer necesario en la intervención buscar apoyo.

Por otro lado, se le recomienda al clínico estar pendiente a no realizar algunas acciones que lo alejan de la evaluación y control:

- Ignorar la situación.
- Decir que todo estará bien.
- Ser crítico de la situación
- Transmitir señales de enojo o reprobación.
- Interrumpir frecuentemente.
- Mostrarse impactado o aterrorizado.
- Transmitir la idea de que no se tiene tiempo para hablar sobre el suicidio.
- Ser condescendiente.
- Sobrecargar a la persona con demasiadas preguntas.
- Prometer confidencialidad respecto al riesgo suicida.

Preguntas generales para explorar el nivel de riesgo

La exploración del nivel de riesgo es un paso muy importante en la intervención. A nivel general, se sugieren las siguientes preguntas para llevarla a cabo (MSP Uruguay, 2023):

1. En las últimas semanas, ¿ha deseado estar muerto?
2. En las últimas semanas, ¿ha sentido que usted o su familia estarían mejor si estuviera muerto?
3. En la última semana, ¿ha pensado en suicidarse?
4. ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? Si contestó que sí... ¿Cómo lo hizo? ¿Cuándo lo hizo?

Si el paciente contesta que Sí a alguna de las preguntas anteriores, la siguiente pregunta permitirá evaluar el nivel de riesgo: 5. ¿Está pensando en suicidarse en este momento? Describa estos pensamientos (planes, intención, preparativos).

Aquí podemos tener una evaluación de los síntomas en el nivel de riesgo y severidad actual.

Intervención inicial familiar

Cuando se determina la presencia de algún nivel de riesgo suicida, es necesario indicar medidas de continencia ambiental con familiares y/o allegados responsables. Con este fin, será importante transmitir al entorno recomendaciones para el manejo adecuado de la persona involucrada. (Guía México, 2023) Esta explicación debe incluir los siguientes puntos:

- No juzgar.
- No reprochar su manera de pensar o actuar.
- Tomar las amenazas en serio, no criticar, no discutir, no utilizar sarcasmos, ni desafíos.
- No minimizar sus ideas.
- No entrar en pánico.
- Adoptar una disposición de escucha auténtica y reflexiva.
- Comprender que, por muy extraña que parezca la situación, la persona está atravesando un momento muy difícil en su vida.
- Emplear términos y frases amables y mantener una conducta de respeto.
- Hablar de la idea de cometer suicidio abiertamente y sin temor (descartar el mito de que por hablar del tema uno puede inducir a la persona a suicidarse).

- Conocer los motivos que le llevan a querer acabar con su vida y barajar alternativas de solucionarlo brindando apoyo emocional.
- Adoptar medidas prácticas: retirar o controlar todos los elementos que puedan suponer un riesgo.
- Estar atento a las señales de alarma.
- Si el riesgo es alto, no dejar sola a la persona. Evitar, sin embargo, situaciones de excesivo control.

Intervenciones y estrategias específicas de abordaje en el suicidio

Protocolo Linehan Risk Assessment and Management Protocol (LRAMP)

El protocolo de abordaje de conductas suicidas, Linehan Risk Assessment and Management Protocol (LRAMP), forma parte del programa de tratamiento de la Terapia Dialéctico Conductual (Linehan, 1993) pero se puede administrar por fuera del mismo. Desarrollado e implementado por el equipo de la Universidad de Washington, es una guía clínica que evalúa el riesgo suicida, identifica factores protectores e indica pautas de acción para el terapeuta (Boggiano y Gagliesi, 2018).

El protocolo está compuesto por cuatro secciones:

- Razones de aplicabilidad: cuando la persona revela conductas suicidas, ideación, autolesiones en el pasado aún sin intencionalidad suicida; cuando ha tenido conducta suicida en un tratamiento previo o cuando hay riesgo inminente y presencia de impulso, ideas en la propia entrevista (Altamirano, 2020)
- Evaluación del riesgo suicida, tanto los factores de largo plazo como los factores de riesgo inminente, así como los factores de protección.
- Manejo del Riesgo: elaboración del plan de acción

La conducta suicida debe ser tratada como una respuesta a un problema, un intento de solución inefectivo, el cual debe ser rechazado con énfasis apostando a la construcción de una solución alternativa (Boggiano y Gagliesi, 2018).

En pos de entender la función de la conducta se evaluará si la misma es respondiente (suscitada por una situación o evento precedente) u operante (se mantiene por las consecuencias reforzadoras que genera); siendo esencial comprender cuál es el problema que se intenta resolver con dicha acción. El primer objetivo de esta etapa será mantener con vida a la persona.

Se focalizará en el manejo de crisis o en la solución de problemas, resaltando las consecuencias negativas del comportamiento suicida. Se reforzarán conductas adaptativas que fueron exitosas en otras situaciones y se establecerá un pacto anti suicida durante el tiempo que dure la psicoterapia.

Se formulará de manera conjunta con el paciente un plan de crisis donde constan: la identificación de las situaciones que llevan al impulso suicida, las sugerencias a hacer en los momentos de sufrir una crisis, el listado de las redes de contacto, el compromiso al control de acceso a los medios letales por su seguridad y los teléfonos de emergencia para utilizar en el caso de que lo

anterior fallara. Una vez elaborado se debe obtener su compromiso de su uso así como de la continuidad del tratamiento.

Ante la presencia de conductas problemáticas que pudieran surgir se evaluarán los desencadenantes, se describirán los factores ambientales que colaboraron con ese estado de vulnerabilidad y el listado de eventos que llevaron a la conducta problema.

Se deberá establecer un plan alternativo ante posibles obstáculos que pudieran presentarse en el cumplimiento del plan de crisis elaborado. El terapeuta deberá ser empático, activo y cuando sea necesario directivo, dando al paciente consejos específicos y directos sobre planes de acción (Linehan, 1993).

- Evaluación final: al cierre de la entrevista asentar si funcionó el protocolo y si el riesgo suicida desapareció, si continúa o si hay incertidumbre (Boggiano y Gagliesi, 2018).

Evaluación Colaborativa y Manejo del Suicidio (CAMS)

La Evaluación Colaborativa y Manejo del Suicidio (CAMS) es una intervención clínica basada en evidencia que ha evolucionado a lo largo del tiempo. CAMS se entiende mejor como un marco terapéutico que enfatiza un proceso único de evaluación colaborativa y planificación del tratamiento entre el paciente y el terapeuta (Jobes, 2012).

Se recomienda la utilización de CAMS en diferentes tratamientos, independientemente de su concepción teórica, ya que presenta un enfoque clínico flexible. (Jobes 2018). El mismo ha evidenciado la reducción en ideas suicidas en 6-8 sesiones, así como también la disminución de síntomas generales de angustia, síntomas de depresión y aumento de esperanza. (CDC, 2022).

Este proceso está diseñado para mejorar la alianza terapéutica y aumentar la motivación para el tratamiento en el paciente suicida. Siendo la alianza terapéutica el vehículo esencial para ofrecer intervenciones que salven su vida, involucrando a la persona en la evaluación de su propio riesgo.

Asimismo, CAMS contempla que los pensamientos y comportamientos suicidas son, a menudo, una respuesta sensata aunque preocupante al dolor y sufrimiento psicológico intenso (Jobes, 2009). Se busca comprender, sin juzgar ni moralizar, el funcionamiento de los pensamientos y comportamientos suicidas proponiendo desde allí alternativas menos peligrosas de afrontar y satisfacer las necesidades. Nunca se respalda al suicidio como opción. El tratamiento es ambulatorio pero ante una situación de riesgo inminente se puede considerar la hospitalización.

Los pasos del tratamiento consisten en:

Paso 1: Identificación temprana del riesgo. Se recomienda el uso de una medida psicométrica para la evaluación de los síntomas aunque la manifestación verbal de las ideas suicidas son suficientes para la entrada en el tratamiento.

Paso 2: Evaluación colaborativa. Junto con el paciente se completa la primera parte del formulario SSF de estado de suicidio, ayuda al conocimiento de la persona.

Paso 3: Tratamiento colaborativo. Planificación. En pos de lograr la

seguridad ambulatoria se elabora un plan de respuesta de crisis que incluye la eliminación de acceso a los medios letales, el desarrollo y uso de una tarjeta de crisis, sumado al esfuerzo por conectar al paciente interpersonalmente con sus redes (Jobes, 2009).

Paso 4: Seguimiento clínico del estado de suicidio. Cada encuentro se inicia completando el autoinforme SSF a partir del cuál se revisa el plan y /o actualiza.

Paso 5: Resolución clínica del estado de suicidio. Luego de transcurridas 3 sesiones consecutivas con pensamientos, comportamientos y sentimientos no suicidas, se completa el formulario de resultados y se retira al paciente del programa. Los propios pacientes elaboran nuevas habilidades de afrontamiento. (Jobes, 2009).

Un elemento central del enfoque CAMS es el uso del Formulario de estado de suicidio (SSF), que es una herramienta de evaluación clínica, planificación de tratamiento, seguimiento y resultados.

Como intervención clínica, CAMS requiere muchas evaluaciones porque el tratamiento clínico eficaz y la eliminación del riesgo de suicidio requiere que se comprenda a fondo el riesgo de suicidio de un paciente (Jobes, 2012). Las evaluaciones enfatizan en la empatía, el respeto, la curiosidad compartida con el paciente y tratar con cuidado la lucha suicida interna del paciente de una manera colaborativa y solidaria (Jobes et al., 2020).

CAMS se basa en la finalización colaborativa de ciertas secciones del SSF mencionado anteriormente. El SSF es una herramienta de evaluación, planificación de tratamiento, seguimiento y resultados clínicos que sirve para guiar el enfoque CAMS (Range, 2005). Los elementos básicos de evaluación del SSF se evalúan repetidamente en cada fase de la atención guiada (Jobes, 2006, 2016).

El núcleo de evaluación del SSF se conoce como Evaluación Básica del SSF, que incluye escalas de calificación (1 a 5) de los seis constructos siguientes: dolor psicológico, estrés, agitación, desesperanza, odio hacia uno mismo y riesgo general de suicidio (Jobes, 2012). La característica principal es la integración de evaluaciones tanto cuantitativas como cualitativas del riesgo suicida. Las evaluaciones cualitativas de la SSF han revelado importantes hallazgos sobre el contenido específico de la ideación suicida (Jobes, 2012).

Específicamente, para cada constructo teórico, el paciente tiene la oportunidad de escribir sus propias respuestas. Por ejemplo, después de la escala de calificación del dolor psicológico está el siguiente mensaje: “Lo que encuentro más doloroso es: _____”. De esta manera, el paciente suicida literalmente escribe las reflexiones de la mente suicida (y además clasifica su importancia del 1 al 5).

La segunda evaluación cualitativa más importante de la SSF se llama Evaluación de Razones para Vivir (RFL) versus Razones para Morir (RFD). En esta evaluación, al paciente suicida se le da la oportunidad de enumerar hasta cinco RFL y cinco RFD y clasificarlo cada uno en orden de importancia del 1 al 5. Esta evalua-

ción a menudo captura la batalla psicológica interna inherente a la mente suicida: los pacientes suicidas invariablemente luchan en un tira y afloja psicológico entre vivir y morir (Jobes, 2012). La evaluación RCF/RFD revela la “hipótesis de la lucha interna” planteada por primera vez por Kovacs y Beck (1977) y marca la necesidad de escapar como una razón común para morir (Jobes y Mann, 1999). Una tercera y última oportunidad de evaluación cualitativa en la primera página del SSF se conoce como la respuesta “Una cosa”, es decir, “Lo único que me ayudaría a dejar de sentir tendencias suicidas sería: _____”.

Dentro de la evolución de su investigación clínica, CAMS se ha convertido en una intervención comprobada centrada en el suicidio que trata los impulsores suicidas definidos por el paciente: problemas autoidentificados que hacen que el paciente tenga tendencias suicidas (Jobes, 2016). Dentro de este marco centrado en el suicidio, los proveedores de CAMS pueden utilizar todo el espectro de posibles intervenciones clínicas p. ej., terapia cognitivo-conductual, trabajo orientado al conocimiento, activación conductual y medicación, utilizando diferentes modalidades de tratamiento para apuntar y tratar eficazmente a las ideas suicidas identificadas por los pacientes (Jobes, Crumlish y Evans, 2020).

La utilización de la inteligencia artificial en la prevención del suicidio

En los últimos años y especialmente a partir de la epidemia mundial de Covid 19, el uso de la telemedicina sufrió un amplio desarrollo volviendo más simple el acceso a la atención aunque todavía entraña ciertos riesgos y problemas en relación con la seguridad y privacidad de los datos del usuario (Solimini et al., 2021). En ese contexto, el uso de la Inteligencia Artificial (AI) ofrece un enorme potencial de ayuda para la prevención, diagnóstico y tratamiento de los trastornos, dada la cantidad de información de datos posibles de analizar.

Los desarrollos en Machine Learning, Deep Learning o redes neuronales profundas, con su posibilidad de lograr nuevos aprendizajes, conforman ejemplos de tecnologías basadas en IA capaces de dar cobertura en salud mental (Lin et al., 2020). Su utilización en prevención del suicidio podría darse en el ámbito formal a partir de datos obtenidos en las consultas con profesionales o de manera más informal, dando lugar a lo que se conoce como “predicción social”, analizando la conducta del usuario como consumidor y de sus relaciones interpersonales mayoritariamente en las Redes Sociales.

Las redes sociales como por ejemplo Twitter, Instagram, Facebook, Tik Tok conforman una red de comunicación sin precedentes, facilitan la conectividad de las personas; en ellas se comparten videos, audios, imágenes o textos entre usuarios (Villanti et al., 2017) que en general no se encuentra regulado. El efecto Werther que es la capacidad de propagarse de las conductas suicidas por imitación y modelado (del Castillo et al, 2023) sumado a que el público mayoritariamente de las redes lo conforma la población joven (grupo de mayor riesgo) confor-

man evidencias que señalan que la comunicación digital puede incrementar el riesgo suicida (Pourmand et al., 2019).

Las compañías vinculadas a las RRSS han sido las primeras en reaccionar desarrollando sistemas de detección de ideación y conducta suicida. Facebook Live, por ejemplo, reportó en 2016 decenas de intentos de suicidio en tiempo real, y en 2017 anunció un sistema de IA capaz de detectar conductas suicidas a partir del contenido generado por los usuarios (Marks, 2019). Instagram ha introducido mensajes de ayuda que aparecen al buscar hastags que aluden a suicidio o autolesiones que aconsejan hablar con amigos, líneas de ayuda, recomendaciones de consultas (García Carpintero et al., 2019). Proyectos como STOP (Suicide Prevention in Social Platforms), de la Universidad Pompeu Fabra, rastrean conductas suicidas en RRSS, analizando imágenes, textos, actividad y conducta de usuarios de Twitter. Determinan usuarios como personas de “alto riesgo” o “libres de riesgo” (Ramírez-Cifuentes et al., 2020), permitiendo elaborar campañas de concientización.

Respecto al uso de apps, la OMS informó que en 2015 existían unas 15.000 aplicaciones en salud mental, (Lee et al., 2015), siendo la mayoría de ellas propiedad de Apple App Store y Google Play Store (Larsen et al., 2019). Existen chatbots (explicación) que evalúan rasgos de personalidad, malestar psicológico, que ayudan en la superación de duelos. Entre ellos se encuentra “Prevensuic” que es una app que ofrece un plan de prevención suicida (Ezinmo et al., 2021).

Hay una discusión sobre los pro y los contra del uso de la inteligencia artificial en la detección del suicidio. Sabemos que los métodos tradicionales con uso de cuestionarios y escalas arrojan resultados inexactos. La IA permitiría llegar a mayor población y lograr una detección temprana. A algunas personas podría resultarles menos comprometido ser sinceras en sus emociones y la IA articulación de análisis de datos que la evaluación tradicional no logra. Aunque todavía hay poca evidencia. Respecto desventajas es que muchos de estos sistemas son post-publicación, cuando para la prevención sería ideal una búsqueda en tiempo real para que sea más efectiva (Ramírez-Cifuentes et al., 2020). Los chatbots para ser creíbles deben tener una conducta y apariencia similar al humano (Go y Sundar, 2019; Pamungkas, 2018; Wallace, 2009). Para evitar engaño deben recordar frecuentemente que se está hablando con una máquina. Otro eventual problema es que el manejo de internet que exigen muchas de las aplicaciones mencionadas podría provocar un uso excesivo de la red, siendo contraproducente en ciertos trastornos como la depresión (Terry y Gunter, 2018).

Actualmente están en discusión aspectos ético legales referidos a la seguridad en el uso (falsos positivos o negativos obtenidos), la preservación de los datos privados obtenidos de las personas. La tele-IA psiquiátrica podría llegar a convertirse en una herramienta útil en la prevención del suicidio, complementaria -en ningún caso, por tanto, sustitutoria- de la actividad profesional humana, si bien es necesario acumular evidencia científica que lo avale. (Bicaia Fernández et al 2023)

BIBLIOGRAFÍA

- Aboyans, V., & Causes of Death Collaborators. (2015). Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet (British edition)*, 385(9963), 117-71.
- Afifi TO, Taillieu T, Zamorski MA, Turner S, Cheung K, et al. Association of Child Abuse Exposure With Suicidal Ideation, Suicide Plans, and Suicide Attempts in Military Personnel and the General Population in Canada. *JAMA psychiatry*. 2016;73(3):229-38.
- Agerbo E. Midlife suicide risk, partner's psychiatric illness, spouse and child bereavement by suicide or other modes of death: a gender specific study. *Journal of epidemiology and community health*. 2005;59(5):407-12.
- Ambrus L, Sunnqvist C, Asp M, Westling S, Westrin Å. Coping and suicide risk in high risk psychiatric patients. *Journal of mental health (Abingdon, England)*. 2020;29(1):27-32.
- Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health*. 2013;58(3):469-83.
- Beghi M, Rosenbaum JF. Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempt: a critical appraisal. *Current opinion in psychiatry*. 2010;23(4):349-55.
- Beghi, M., Rosenbaum, J. F., Cerri, C., & Cornaggia, C. M. (2013). Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: a literature review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 1725-1736.
- Blumenthal S, Kupfer D, editors. *Suicide over the Life Cycle: Risk Factors, Assessment, and Treatment of Suicidal Patients*. The American Psychiatric Association; 1990.
- Bobes J, Sáiz P, García-Portilla M, Bascarán M, Bousoño M. (2004). *Comportamientos suicidas: prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars médica.
- Braquehais MD, Oquendo MA, Baca-Garcia E, Sher L. Is impulsivity a link between childhood abuse and suicide? *Comprehensive psychiatry*. 2010;51(2):121-9.
- Brent DA, Bridge J, Johnson BA, Connolly J. Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53(12):1145-52.
- Brezo J, Paris J, Vitaro F, Hébert M, Tremblay RE, Turecki G. Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *The British journal of psychiatry*. 2008;193(2):134-9.
- Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(3):371-7.
- Bunney, W. E., Kleinman, A. M., Pellmar, T. C., & Goldsmith, S. K. (Eds.). (2002). *Reducing suicide: A national imperative*.
- Burrell LV, Mehlum L, Qin P. Sudden parental death from external causes and risk of suicide in the bereaved offspring: A national study. *J Psychiatr Res*. 2018;96:49-56.
- Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS one*. 2014;9(2):e89944.
- CDC, A. W. (2020). Centers for disease control and prevention.

- Chen, V. C., Tan, H. K., Cheng, A. T., Chen, C. Y., Liao, L. R., Stewart, R., ... & Prince, M. (2010). Non-fatal repetition of self-harm: population-based prospective cohort study in Taiwan. *The British Journal of Psychiatry*, 196(1), 31-35.
- Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2014;13(2):153-60.
- Daray, F. M., Goldmann, E., Gutierrez, L., Ponzo, J., Lanás, F., Mores, N., ... & Irazola, V. (2019). Suicidal ideation is associated with cardiovascular disease in a large, urban cohort of adults in the Southern Cone of Latin America. *General Hospital Psychiatry*, 57, 34-40.
- Fazel S, Runeson B. Suicide. *The New England journal of medicine*. 2020;382(3):266-74.
- Forman EM, Berk MS, Henriques GR, Brown GK, Beck AT. History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *Am J Psychiatry*. 2004;161(3):437-43.
- Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological bulletin*. 2017;143(2):187-232.
- Hoertel N, Franco S, Wall MM, Oquendo MA, Wang S, Limosin F, et al. Childhood maltreatment and risk of suicide attempt: a nationally representative study. *The Journal of clinical psychiatry*. 2015;76(7):916-23; quiz 23.
- Kim CD, Seguin M, Therrien N, Riopel G, Chawky N, Lesage AD, et al. Familial aggregation of suicidal behavior: a family study of male suicide completers from the general population. *Am J Psychiatry*. 2005;162(5):1017-9.
- Liu BP, Lunde KB, Jia CX, Qin P. The short-term rate of non-fatal and fatal repetition of deliberate self-harm: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Affect Disord*. 2020;273:597-603.
- Martínez, C., Altieri, D., Algorta, G. P., & Arteaga, M. C. P. (2007). *Introducción a la suicidología: teoría, investigación e intervenciones*. Lugar.
- Milner A, Spittal MJ, Pirkis J, LaMontagne AD. Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 2013;203(6):409-16.
- Morgan C, Webb RT, Carr MJ, Kontopantelis E, Chew-Graham CA, Kapur N, et al. Self-harm in a primary care cohort of older people: incidence, clinical management, and risk of suicide and other causes of death. *The lancet Psychiatry*. 2018;5(11):905-12.
- Naghavi M. (2019). Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ (Clinical research ed)*. 364:194.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... & Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British journal of psychiatry*, 192(2), 98-105.
- O'Connor, R. C., Smyth, R., Ferguson, E., Ryan, C., & Williams, J. M. G. (2013). Psychological processes and repeat suicidal behavior: a four-year prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(6), 1137.
- Olsson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Gerhard, T., & Blanco, C. (2017). Suicide following deliberate self-harm. *American Journal of Psychiatry*, 174(8), 765-774.
- Papadopoulos FC. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *The New England journal of medicine*. 2012;367(3):276-7.
- Pitman A, Osborn D, King M, Erlangsen A. Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The lancet Psychiatry*. 2014;1(1):86-94
- Rehkopf DH, Buka SL. The association between suicide and the socioeconomic characteristics of geographical areas: a systematic review. *Psychological medicine*. 2006;36(2):145-57.
- Shepard, D. S., Gurewich, D., Lwin, A. K., Reed Jr, G. A., & Silverman, M. M. (2016). Suicide and suicidal attempts in the United States: costs and policy implications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(3), 352-362.
- Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: monthly journal of the Association of Physicians*. 2020;113(10):707-12.
- Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM, Malone KM, Mann JJ. Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *Am J Psychiatry*. 2000;157(4):601-8.
- Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*. 2011;16(2):79-101.
- Teti, G. L., Rebok, F., Grendas, L. N., Rodante, D., Fógola, A., & Daray, F. M. (2014). Patients hospitalized for suicidal ideation and suicide attempt in a Mental Health Hospital: Clinicodemographical features and 6-month follow-up. *Vertex (Buenos Aires, Argentina)*, 25(115), 203-212.
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239.
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 74.
- Turecki G, Ota VK, Belangero SI, Jackowski A, Kaufman J. Early life adversity, genomic plasticity, and psychopathology. *The lancet Psychiatry*. 2014;1(6):461-6.
- WHO. Preventing suicide: A global imperative: World Health Organization; 2014.
- WHO. Suicide: World Health Organization; 2015b. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>
- World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative (2014). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. Suicide (2018). (online) Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
- Yip PS, Caine E, Yousuf S, Chang SS, Wu KC, Chen YY. Means restriction for suicide prevention. *Lancet*. 2012;379(9834):2393-9.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *Journal of personality disorders*. 2005;19(1):19-29.