

GUÍA PRÁCTICA SOBRE EL **SUICIDIO** Y **CONDUCTAS** **RELACIONADAS**

Hilario Blasco Fontecilla



Guías profesionales


EDITORIAL
SÍNTESIS

**GUÍA PRÁCTICA
SOBRE EL SUICIDIO
Y CONDUCTAS RELACIONADAS**

Colección
GUÍAS PROFESIONALES



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

GUÍA PRÁCTICA SOBRE EL SUICIDIO Y CONDUCTAS RELACIONADAS

Hilario Blasco Fontecilla



Consulte nuestra página web: **www.sintesis.com**
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

© Hilario Blasco Fontecilla

© EDITORIAL SÍNTESIS, SA
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
www.sintesis.com

ISBN: 978-84-1357-233-8
Depósito Legal: M-27993-2022

Impreso en España. Printed in Spain

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, SA

Índice

<i>Prólogo</i>	9
1. <i>Definición y espectro de las conductas suicidas</i> ...	11
1.1. Ideación suicida o autolítica	12
1.2. Autolesiones no suicidas	13
1.3. Amenaza suicida	14
1.4. Parasuicidio o gesto suicida	15
1.5. Intento de suicidio	16
1.6. Suicidio consumado	17
1.7. Conclusión	18
1.8. Ejemplo de caso	20
Preguntas de autoevaluación	21
2. <i>Etiología de las conductas suicidas</i>	23
2.1. Factores de riesgo sociodemográficos	25
2.1.1. Edad	26
2.1.2. Sexo	27
2.1.3. Etnia	28
2.1.4. Nivel socioeconómico y cultural	29
2.1.5. Estado civil	31
2.1.6. Factores geográficos, climáticos y estacionales	31
2.1.7. Medio rural o urbano	32
2.1.8. Orientación sexual y minorías sexuales	33
2.1.9. Estrés y acontecimientos vitales	34

2.2. Factores de riesgo psiquiátricos	34
2.2.1. Trastornos afectivos	35
2.2.2. Trastornos por uso de sustancias	37
2.2.3. Esquizofrenia	38
2.2.4. Trastornos de ansiedad	39
2.2.5. Trastornos de la conducta alimentaria	40
2.2.6. Trastornos de personalidad	41
2.2.7. Trastorno por déficit de atención.....	42
2.2.8. Trastornos del control de impulsos	43
2.2.9. Trastornos adaptativos	44
2.2.10. Otros factores de riesgo psiquiátricos	44
2.3. Enfermedades médicas	48
2.4. Marcadores biológicos, biomarcadores	49
2.5. Factores genéticos	51
2.5.1. Estudios familiares	51
2.5.2. Estudios en gemelos	52
2.5.3. Estudios de adopción	53
2.6. Precipitantes: estrés y acontecimientos vitales	53
2.7. Factores de protección	55
2.8. Conclusión	56
2.9. Ejemplo de caso	56
Preguntas de autoevaluación	57

3. Evaluación del riesgo suicida	59
3.1. Objetivos, características y emplazamiento de la evaluación	60
3.2. Signos de alarma	64
3.3. Evaluación de la severidad del comportamiento suicida	67
3.4. Principales instrumentos	68
3.4.1. Evaluación indirecta del riesgo de suicidio ..	68
3.4.2. Evaluación directa del riesgo de suicidio	71
3.5. Conclusiones	72
3.6. Una vida demasiado corta	74
3.7. Ejemplo de caso	74
Preguntas de autoevaluación	76

4.	<i>Guía de tratamiento</i>	79
4.1.	Emplazamiento: urgencias, hospitalización y ambulatorio	79
4.1.1.	Servicio de Urgencias: intervención en crisis	80
4.2.	Psicoterapias	86
4.2.1.	Psicoterapias específicas para las autolesiones no suicidas	90
4.3.	Terapias biológicas	91
4.4.	Conclusiones	101
4.5.	Caso práctico	101
	Preguntas de autoevaluación	103
5.	<i>Predicción y prevención del suicidio</i>	105
5.1.	Predicción	105
5.1.1.	Falacias de la predicción del suicidio	106
5.1.2.	Problemas de la predicción suicida	107
5.2.	Prevención	108
5.2.1.	Tipos de prevención	110
5.2.2.	Eficacia de las intervenciones de prevención	111
5.2.3.	Formación en prevención del suicidio	114
5.3.	Conclusiones	115
5.4.	Ejemplo de caso	116
	Preguntas de autoevaluación	117
6.	<i>Aspectos médico-legales del suicidio</i>	119
6.1.	Consideración legal del suicidio en España	120
6.2.	Elementos de una praxis clínica adecuada	121
6.3.	La importancia de documentar el riesgo suicida	122
6.4.	¿Qué documentación hay que consignar en la historia clínica?	123
6.5.	Conclusiones	125
6.6.	Ejemplo de caso	126
	Preguntas de autoevaluación	127

7. Otros aspectos	129
7.1. Breve receso histórico	129
7.2. Mitos y realidades del suicidio	131
7.3. Epidemiología del suicidio	133
7.4. Principales teorías	133
7.5. Métodos de suicidio	135
7.6. Supervivientes: el suicidio salpica	135
7.7. El contagio suicida, efecto Werther	138
7.8. Recomendaciones para los medios de comunicación, efecto Papageno	139
7.9. Suicidio en poblaciones especiales	142
7.9.1. Niños y adolescentes	142
7.9.2. Ancianos	144
7.10. Conclusiones	146
7.11. Ejemplo de caso	147
Preguntas de autoevaluación	149
 Conclusiones	 151
 Glosario	 155
 Solucionario	 157
 Bibliografía	 159

2

Etiología de las conductas suicidas

Soy católico. No puedo cometer suicidio, pero planeo beber hasta matarme.

Jack Kerouac

La etiología del suicidio hace referencia a sus causas. De ahí que tengamos que hablar de los factores de riesgo, aunque también, de los de protección.

Los *factores de riesgo* (FR) son las características que aumentan la probabilidad de presentar una conducta suicida. Las investigaciones sobre suicidio en la actualidad se centran principalmente en tratar de identificar y analizar los factores que aumentan el riesgo suicida. Pero cada uno de estos factores, tomados individualmente, solo explica una pequeña parte de la complejidad del comportamiento suicida. Ningún factor de riesgo *per se* sería suficiente para provocar una conducta suicida. Así, la combinación de diferentes FR sería lo que precipitaría una conducta suicida. Estos FR se pueden agrupar en tres áreas dentro de lo que se llama el *modelo biopsicosocial de salud mental*.

Los FR pueden clasificarse en función de si pueden o no ser modificados. Los FR inmodificables son características del sujeto o del grupo social del sujeto, que tienden a mantenerse en el tiempo, y aunque, en algunos casos, pueden cambiarse, no dependen de la acción clínica. Los FR modificables son aquellos factores modificables con intervenciones

clínicas o poblacionales, como, por ejemplo, las enfermedades médicas y mentales, la accesibilidad a los métodos suicidas o el aislamiento social (Baxter y Appleby, 1999) (cuadro 2.1).

CUADRO 2.1. *Factores de riesgo modificables e inmodificables*

<i>Inmodificables</i>	<i>Modificables</i>
Herencia	Trastornos de salud mental
Sexo	Enfermedades médicas
Edad	Aislamiento social
Estado civil	Dimensiones psicológicas
Situación sociolaboral	
Creencias religiosas	
Conducta suicida previa	

Los factores de riesgo más relevantes para el suicidio consumado se resumen en el cuadro 2.2.

CUADRO 2.2. *Factores de riesgo asociados al suicidio. Variables ordenadas según el riesgo**

-
- Edad mayor de 45 años.
 - Alcoholismo.
 - Irritación, ira y violencia.
 - Conducta suicida previa.
 - Sexo: varón.
 - Rechazo de ayuda.
 - Mayor duración del episodio de depresión.
 - Tratamiento psiquiátrico previo.
 - Pérdida o separación reciente.
 - Depresión.
 - Pérdida de salud física.
 - Desempleo o jubilación.
 - Estado civil: soltero, viudo o divorciado.
-

*Modificada de *La conducta suicida* de Ros Montalbán (modificado de Beck, Resnik y Lettieri, 1974).

Asimismo, como se puede observar en el cuadro 2.3, los factores de riesgo son diferentes para los intentos de suicidio y para el suicidio consumado.

CUADRO 2.3. *Factores de riesgo de los intentos de suicidio y del suicidio consumado (basado en Klerman, 1987)*

<i>Intento de suicidio</i>	<i>Suicidio consumado</i>
1. Sexo femenino.	1. Sexo masculino.
2. Acontecimiento vital estresante reciente.	2. Padecer al menos un trastorno psiquiátrico.
3. La impulsividad.	3. Historia familiar con antecedentes de suicidio consumado.
4. El uso de métodos de baja letalidad.	
5. Intentos de suicidio previos.	

2.1. Factores de riesgo sociodemográficos

La mayoría de los estudios en la literatura psiquiátrica han abordado el análisis de los FR y los correlatos de las conductas suicidas desde una perspectiva clínica. Si bien es cierto que los trastornos psiquiátricos son un factor importante que contribuye al suicidio consumado, dado que los trastornos psiquiátricos son relativamente infrecuentes en la población general, y que la mayoría de los sujetos diagnosticados con un trastorno mental no consuman el suicidio, es probable que la proporción de suicidios que puede atribuirse a los FR clínicos sea relativamente pequeña. Además, el impacto de los FR psiquiátricos en las tasas de suicidio difiere significativamente en función del nivel socioeconómico.

La primera contribución relevante explicando la variabilidad de la incidencia de suicidios en función de variables sociales y culturales es el trabajo del sociólogo Émile Durkheim a finales del siglo XIX (figura 2.1). Este autor puso de manifiesto la importancia que tenían factores como la religión, la política o la economía de un país en el suicidio. Así, Durkheim demostró que el suicidio era más frecuente en soldados que en civiles; en tiempos de paz que en la guerra; o en países del norte y centro de Europa.

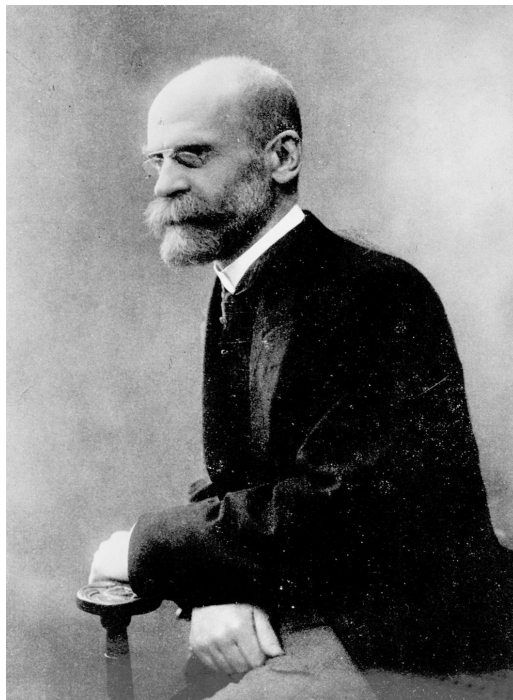


Figura 2.1. Émile Durkheim.

2.1.1. Edad

Los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres jóvenes, mientras que los suicidios consumados lo son en varones de media o elevada edad (Carney, Rich, Burke y Fowler, 1994). Así, la ratio tentativa de suicidio vs. suicidio consumado disminuye con la edad. En gente joven, por cada 200 intentos de suicidio, hay un suicidio consumado, mientras que, en personas mayores, la ratio es de 4 intentos por cada suicidio consumado (Carney *et al.*, 1994). La ratio intento de suicidio/suicidio consumado es interesante porque puede dar pistas a los gestores sobre dónde es más necesario implementar medidas, teniendo en cuenta que los recursos siempre son escasos (Blasco-Fontecilla, Artieda-Urrutia y De León, 2018).

Algunos factores que podrían explicar la mayor tasa de suicidio consumado en las personas mayores son su peor salud física, su aislamiento

social, y sobre todo, su mayor determinación a morir (Carney *et al.*, 1994), que se reflejaría en una planificación más elaborada y mayor ocultación de sus intenciones (Frierson, 1991), así como el uso de métodos más letales (Harwood, Hawton, Hope, Harriss y Jacoby, 2006). Otros factores serían la soledad, viudedad, jubilación y dependencia de terceros, entre otros (De Mendonça Lima, De Leo, Ivbijaro y Svab, 2021). Por otra parte, la tasa de suicidio consumado ha experimentado un crecimiento notable entre los adolescentes y los adultos jóvenes (15-25 años) en las últimas décadas (134). Así, el suicidio es la segunda causa de muerte entre adolescentes (135).

Asimismo, es importante señalar que es probable que las cifras de suicidio en la población infantojuvenil están infraestimadas, debido a la creencia de que un niño no puede suicidarse. A pesar de que sigue siendo raro por debajo de los 12 años, su prevalencia parece estar aumentando (Price y Khubchandani, 2022). A los factores de riesgo *típicos* (presencia de enfermedades mentales, conductas autolesivas –suicidas o no suicidas– previas, etc.), hay que añadir la gran relevancia de los conflictos intrafamiliares y acoso escolar (Pompili, Mancinelli, Girardi, Ruberto y Tatarelli, 2005).

Finalmente, hay que explicar una paradoja aparente relacionada con la edad: en números absolutos, el suicidio es infrecuente en los niños y adolescentes en comparación con los adultos. Pero, en términos relativos, el suicidio es una de las causas principales de mortalidad en los niños y adolescentes. La razón es que, a diferencia de las personas mayores, que fallecen más frecuentemente por problemas de salud física, como el cáncer o los problemas cardiovasculares, los jóvenes tienen menos problemas de salud *orgánicos*, por lo que la contribución relativa del suicidio consumado es mayor.

2.1.2. Sexo

Los hombres tienen tasas de suicidio mayores que las mujeres, con la excepción de China. La ratio de suicidio hombre/mujer se sitúa en torno a 4 en todo el mundo con la excepción de China. A mayor edad, mayor es esa ratio (La Vecchia, Lucchini y Levi, 1994). Por otra parte, la pro-

porción de intentos de suicidios/suicidios consumados varía mucho en función del sexo, al menos en los adultos jóvenes, siendo de 26:1 para los hombres y de hasta 200:1 para las mujeres (Carney *et al.*, 1994).

Otro *clásico* es la relación del sexo con el método de suicidio: los hombres tienden a elegir métodos de suicidio más letales y violentos (armas de fuego, ahorcamiento y precipitación), mientras que, en las mujeres, predominan las sobreingestas medicamentosas y las autolesiones (Carney *et al.*, 1994). Esto puede ser debido, entre otras razones, a que las mujeres tienden a sufrir *trastornos internalizantes* (por ejemplo, trastornos ansiosodepresivos y trastornos de conducta alimentaria), mientras que los hombres presentan con mayor frecuencia *trastornos externalizantes* (trastorno antisocial de la personalidad y abuso de sustancias, por ejemplo). Además, los hombres piden ayuda con menor frecuencia y responden a las contrariedades con mayor agresividad y hostilidad (Fraciekiewicz, Sramek y Cutler, 2000).

2.1.3. Etnia

Aunque las tasas de suicidio consumado son más elevadas en la raza blanca, y son menores en población afroamericana e hispana, los últimos datos apuntan a una reducción del suicidio en la raza blanca y al incremento en otros grupos étnicos, al menos en los EE. UU. Esto es normal ya que las poblaciones, como los individuos, son cambiantes, y los cambios contextuales se pueden traducir en cambios positivos o negativos en la tasa de suicidio (Karaye, 2022).

Así, hay factores relacionados con la etnia, como son la emigración y sus consecuencias (desarraigo y aislamiento), que incrementan el riesgo de conductas autolesivas. Así, cuando emigra toda la familia, el riesgo se minimiza (Fortuna *et al.*, 2016). El *familismo* (tendencia a mantener el interés y relaciones cercanas con familiares) es un factor protector de las conductas suicidas del suicidio (Griffith y Bell, 1989). Por otra parte, hay que considerar siempre que las personas que emigran voluntariamente podrían tener una mayor capacidad de adaptación, y una mayor motivación de logro, lo que los protegería del suicidio.

2.1.4. Nivel socioeconómico y cultural

Tradicionalmente, el suicidio consumado se ha relacionado con las crisis económicas y las clases sociales desfavorecidas. De hecho, los elevados niveles de renta basal y el elevado crecimiento económico reducen las tasas de suicidio. Así, las tasas de suicidio son menores en los países occidentales de renta alta. Además, el cambio global en las actividades económicas que se ha producido en los últimos sesenta años ha afectado profundamente a la salud emocional de las personas y, por tanto, ha tenido un impacto en las tasas de suicidio (Blasco-Fontecilla, Pérez-Rodríguez, *et al.*, 2012).

A) Nivel socioeconómico y crisis económica

Desde el crac del 29, las crisis económicas se han relacionado con un aumento del riesgo suicida, mientras que los periodos de mayor estabilidad económica se asocian a menores tasas de suicidio consumado. De hecho, el producto interior bruto (PIB) se ha correlacionado negativamente con las tasas de suicidio, lo que sugiere que las tasas de suicidio descienden en épocas de expansión económica y aumentan en épocas de recesión (Blasco-Fontecilla, Pérez-Rodríguez, *et al.*, 2012). Así, la relación entre el PIB per cápita y el suicidio sigue una curva en forma de U invertida, con tendencias suicidas decrecientes tras alcanzar un determinado umbral de desarrollo económico. El umbral a partir del cual la curva en forma de U invertida comienza a tender a la baja puede variar en función de varias diferencias sociales, económicas y culturales entre países.

Esto es muy relevante porque, desde un punto de vista de prevención pública, las estrategias debieran ser diferentes dependiendo del momento económico de cada país. Así, por ejemplo, en los países ricos, puede tener más sentido invertir dinero en mejorar la salud mental de la población, mientras que, en los países más pobres, puede tener más sentido aplicar medidas dirigidas a mejorar la situación social y económica de los más desprotegidos.

Así, las crisis económicas pueden afectar a los sistemas de protección sociolaboral y de salud, con menor disponibilidad de recursos y acceso

a la atención especializada en salud mental y esto, a su vez, potenciar el riesgo de suicidio. Pero el factor mediador de las crisis económicas más relevante es el desempleo, como veremos a continuación.

B) Desempleo

Aunque diferentes situaciones relacionadas con el mundo laboral, como son la inestabilidad laboral, los conflictos laborales, la jubilación o el paro, aumentan el riesgo de conducta suicida, el desempleo es probablemente el más relevante. De hecho, se considera que es un factor *per se* más relevante que la propia recesión económica, multiplicando por 10 el riesgo de suicidio (Chastang *et al.*, 1998). Además, parece que el efecto nocivo del desempleo es particularmente relevante cuando es duradero en el tiempo.

Por otra parte, diferentes estudios sugieren que la política gubernamental desempeña un papel crucial en la mediación de la relación entre el desempleo y el suicidio. Así, parece que las políticas activas de desempleo y la legislación de protección del empleo parecen tener un impacto positivo, aunque leve, en la reducción de las conductas suicidas, particularmente en los hombres (Shand, Duffy y Torok, 2022).

C) Educación

La mayoría de estudios relacionan un bajo nivel de estudios tanto con los intentos de suicidio como con el suicidio consumado (Heikkinen *et al.*, 1997; Lannoy *et al.*, 2022). Asimismo, un buen nivel de inteligencia parece tener un papel protector sobre la conducta suicida.

Además, la relación entre las autolesiones y el nivel educativo es aún más estrecha. De hecho, los dos factores que parecen marcar dos caminos evolutivos diferentes son, por una parte, un bajo nivel educativo y, por otra, dejar los estudios por causa de una enfermedad mental (Lunde, Mehlum, Melle y Qin, 2021). Asimismo, parece haber una relación entre el inicio de las autolesiones y el principio del *fracaso escolar* en Primaria o Secundaria (Rahman *et al.*, 2018).

2.1.5. Estado civil

El estado civil es un factor relevante de las conductas suicidas. Así, las personas solteras, separadas, divorciadas o viudas tienen un mayor riesgo de suicidio que las personas que están casadas. Es decir, el estado civil que *protege* frente a las conductas suicidas es estar casado, particularmente si el matrimonio convive con sus hijos. Evidentemente, la calidad de la relación dentro del matrimonio es un factor relevante, pero esta variable está relativamente poco estudiada.

De todos estos estados civiles, la separación es la situación de mayor riesgo suicida. El riesgo de suicidio es particularmente elevado durante el primer mes tras la separación y cuando esa persona tiene un bajo nivel educativo o de ingresos (Næss, Mehlum y Qin, 2021). La razón principal por la que la separación actúa como un factor de riesgo sería que se perderían vínculos sociales (Øien-Ødegaard, Hauge y Reneflot, 2021). Asimismo, es importante *cómo* se da esa separación. Parece evidente que una separación *amistosa* va a tener un menor impacto en las personas que se separan. Por el contrario, las separaciones o divorcios conflictivos, que generan un mayor estrés y carga económica, serían de mayor riesgo. Además, dado que estas situaciones no se suelen resolver rápidamente, se convierten en un factor de riesgo crónico. Por ello, cuanto antes se resuelva la separación, mejor para la persona en riesgo suicida.

Otro dato relativamente poco estudiado es el impacto diferencial de las separaciones y los divorcios dependiendo del sexo. En un estudio que realizamos sobre el impacto de diferentes acontecimientos vitales sobre los intentos de suicidio, descubrimos que, si bien las separaciones y divorcios tenían un impacto relativamente similar en ambos sexos, la muerte del cónyuge era un acontecimiento más estresante para los hombres que para las mujeres (Blasco-Fontecilla, Delgado-Gómez, Legido-Gil, *et al.*, 2012).

2.1.6. Factores geográficos, climáticos y estacionales

La *latitud* influye en la conducta suicida. de este modo, las conductas suicidas son más frecuentes en los polos y menos en el ecuador. Una

posible explicación es que los cambios en el tiempo serían más abruptos en los polos. De hecho, los cambios hacia temperaturas más frías durante la primavera se relacionan con un aumento de la incidencia suicida en los días previos. Asimismo, la época de mayor incidencia de suicidios es la primavera, con un pico en mayo, y hay un segundo pico en otoño (G. E. Davis y Lowell, 2002).

Por otra parte, la *hipótesis finohúngara* defiende que la mayor tasa de suicidio consumado que se observa en los países europeos con mayor índice de suicidio constituye un cinturón en forma de J que va desde Finlandia hasta Austria y norte de Francia. Esta zona coincide con el segundo componente principal identificado para la distribución genética europea, que representa la adaptación ancestral a los climas fríos. Así, las diferencias poblacionales en los FR genéticos pueden explicar el patrón espacial de las tasas de suicidio europeas (Voracek, Fisher y Marusic, 2003).

2.1.7. Medio rural o urbano

Tradicionalmente, se ha asociado un mayor riesgo suicida en las áreas rurales que en las urbanas. Aunque las razones de esta disparidad no están totalmente claras, normalmente, se ha atribuido a que en las zonas rurales (Casant y Helbich, 2022):

- Se usan métodos suicidas más letales (por ejemplo, ahorcamientos o armas de caza).
- Tienen una menor oferta y accesibilidad sanitaria.
- Hay mayor aislamiento social.
- Existe estigmatización hacia las personas con problemas de salud mental.

Es probable que las conductas suicidas se den en las zonas rurales por la combinación de los factores mencionados anteriormente. Es fácil imaginar el perfil de un suicida potencial en el medio rural: se trataría de un varón anciano, enfermo, con escaso soporte social, con dificultades para acceder a recursos de salud mental y que, además, es cazador (acceso a armas) o se dedica a la agricultura (acceso a organofosforados).

Así, aunque la población rural representa un porcentaje cada vez menor de la población y aún no sabemos el impacto de la introducción de algunos cambios que mejoran la calidad de vida en el entorno rural (por ejemplo, el desarrollo de la conectividad y las redes sociales), es fundamental que se generen planes de prevención específicos para la población rural, particularmente para los varones de mediana edad.

2.1.8. Orientación sexual y minorías sexuales

El concepto de *LGBTQ+* incluye a lesbianas, gais, bisexuales, transexuales y otras minorías de género/sexuales. Aproximadamente, el 10% de la población se encuentra dentro de estas (Hatzenbuehler, 2011). Los comportamientos suicidas son más frecuentes en dichas poblaciones, con un aumento del riesgo suicida de entre dos y cuatro veces aproximadamente (Hatzenbuehler, 2011; O'Reilly *et al.*, 2021).

Los factores que contribuyen a ese aumento del riesgo suicida en estas poblaciones serían:

- Factores sociales (discriminación y marginación).
- La identificación de la orientación sexual en edades tempranas.
- Los antecedentes de abusos físicos o sexuales.
- La disconformidad con el propio género.
- La presencia de psicopatología (trastornos depresivos y abuso de alcohol y otras sustancias).

Otro hallazgo interesante es que, al menos en un estudio, se encontró que las minorías sexuales daban menos relevancia a la religión que sus iguales heterosexuales (Oh, Goehring, Smith, Zhou y Blosnich, 2022). Esto es importante porque la religión es un conocido factor protector de las conductas suicidas.

De cualquier manera, el hecho de pertenecer a una de estas minorías sexuales nos señala algo de gran relevancia: los seres humanos somos una especie social. Así, cualquier factor, como lo es pertenecer a una minoría sexual, que pueda comprometer nuestra inclusión, la pertenencia a nuestra *tribu*, incrementará el riesgo de comportamientos suicidas.

2.1.9. Estrés y acontecimientos vitales

El principal modelo suicida en la actualidad es el modelo estrés-diátesis postulado por John Mann (Mann, Waternaux, Haas y Malone, 1999). Este modelo postula que hay características de las personas que hacen a algunos sujetos vulnerables a las conductas suicidas (diátesis) y los acontecimientos vitales estresores que actuarían como precipitantes de las conductas suicidas. Así, los acontecimientos vitales recientes, especialmente en el último mes, incrementan el riesgo de conducta suicida.

El impacto de los acontecimientos vitales estresores en nuestra cultura es diferente en los hombres y en las mujeres. Así, los hombres parecen más vulnerables a los problemas de salud o viudez, mientras que las mujeres son más vulnerables a los conflictos de pareja (Blasco-Fontecilla, Delgado-Gómez, Legido-Gil, *et al.*, 2012). Asimismo, el impacto de los acontecimientos vitales es diferente según el tipo de personalidad de cada sujeto. Así, los sujetos narcisistas son más vulnerables a la pérdida del empleo, mientras que las personas dependientes lo son a las rupturas sentimentales (Blasco-Fontecilla *et al.*, 2009; 2010).

Además, el impacto negativo del estrés que propicia las conductas suicidas se debe a su carácter acumulativo. Es decir, la conducta suicida se daría cuando un cúmulo de acontecimientos adversos se concentran durante un periodo de tiempo en una persona vulnerable superando su capacidad para afrontar ese cúmulo de circunstancias negativas.

2.2. Factores de riesgo psiquiátricos

Los trastornos mentales son uno de los principales factores de riesgo para las conductas suicidas. Se calcula que entre el 80% y el 100% de las personas que se suicidan presentan alguna enfermedad mental (Haw y Hawton, 2015). Asimismo, entre los pacientes en los que no se detecta psicopatología, se cree que la mayoría los presenta, aunque no sea detectada en las autopsias psicológicas (Milner, Svetcic y De Leo, 2013).