

# TEORÍA COGNITIVA Y TEORÍA INTERPERSONAL PSICOLÓGICA DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA

Carolina García Galindo <sup>1</sup>  
Marly Johana Bahamón M.<sup>2</sup>

- 
- 1 Magíster en Educación UNAD-Florida. Especialista en Psicología Clínica. Psicóloga Universidad Nacional de Colombia. Docente - Investigadora Programa de Psicología. Líder Grupo de Investigación SOPHIE Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Email: [carolina.garcia@unad.edu.co](mailto:carolina.garcia@unad.edu.co)
- 2 Magíster en Educación y Desarrollo Humano, Universidad de Manizales-CINDE. Docente Investigadora miembro del grupo de investigación Desarrollo humano, educación y procesos sociales de la Universidad Simón Bolívar Barranquilla-Colombia. Email: [mbahamon@unisimonbolivar.edu.co](mailto:mbahamon@unisimonbolivar.edu.co)

## Introducción

De manera general, la conducta suicida consta de tres componentes: la ideación suicida, el intento suicida y el suicidio. La ideación suicida como primera manifestación de la conducta suicida se expresa en ideas o pensamientos de intencional auto-daño o muerte. Estudios de autopsia psicológica informan que la mayoría de suicidios se completan en el primer intento (Cavanagh, Carson & Sharpe, 2003; Suominen, Isometa, Suokas et al. 2004). Por otro lado, el intento suicida, es considerado como el conjunto de conductas propias y voluntarias realizadas por el sujeto tendientes a la culminación de la vida, y el suicidio, es definido como la muerte que es resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima la que es consciente de la meta a lograr" (Casullo & Fernández, 2000).

La clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992), ha definido el suicidio como una muerte por lesión autoinflingida, deliberadamente iniciando por la persona, intencional, como medio para obtener un resultado deseado, consciente y social, resultado de la interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales (OMS, 2006). Es por tanto un evento multifactorial o multicausal. (Sue, Sue & Sue, 2010).

En la actualidad el suicidio es considerado un problema de salud pública a nivel mundial y se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años y la segunda en el grupo entre los 10 y 24 años. Colombia ocupa el tercer lugar en mayor número de casos, después de Cuba y Brasil. (Macana, N.L., 2012). En Norteamérica se considera que es la 11 causa de muerte en todas las edades y la segunda entre el grupo de adultos pertenecientes al rango de edad entre los 24 y 35 años. (Centro de Control de Enfermedades, 2009). En Colombia

la conducta suicida es considerada la cuarta forma de violencia en Colombia, con una tasa de mortalidad de 3,84 por cada 100.000 habitantes y desde el año 2007 hasta el 2012 se identificó como un problema en ascenso. (Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2013).

Las estadísticas indican la magnitud, importancia y seriedad de intentar comprender este fenómeno, ya que alrededor del mismo emergen múltiples problemáticas, pues teniendo en cuenta que él suicidio es "el único problema filosófico realmente serio" (Camus en Ellis, 2008) y uno de los fenómenos que genera mayor impacto en la sociedad, no sólo en el núcleo familiar de quién lo ejecuta, sino en la comunidad a la que pertenece (sitio de trabajo, redes afectivas, congregación religiosa), sus significados suelen trasladarse a múltiples áreas dependiendo de las normas y criterios sociales en los cuales se encuentra inmerso el sujeto.

Muchos de los que sobreviven, sus familias y comunidades, se preguntan qué hacer para prevenir este tipo de conductas, o qué se hubiera podido hacer en el caso de los que se fueron. Por tanto, la psicología ha intentado explicar desde diferentes teorías qué sucede en las personas cuando se suicidan, lo intentan, o incluso lo piensan.

Por otro lado, también es preocupante para los cuidadores de salud, ver en los lugares de emergencia a personas con conducta suicida aún agonizantes en estado de shock, sintiéndose inadecuados, con rabia, culpa, miedo al juicio social entre otras conductas (Gitlin, 2003, Hendin, Lipschitz, Maltsberger, Hass & Whynecoop, 2000). Por tanto, es de vital importancia intentar comprender qué sucede para que las personas quieran o puedan suicidarse, esto con el fin de prevenir e intervenir adecuadamente a las personas con riesgo suicida. De esta manera se intenta reducir las tasas de mortalidad por esta causa.

En los pasados 50 años se ha intentado explicar las causas o factores asociados a la conducta suicida es por esto que han surgido diferentes teorías como las de: Ellis (1986), Linehan, (1993), Shneidman (1995) citados en Ellis (2008), todas estas apoyadas en trabajo empírico, para determinar cuáles factores predominan como riesgos en la conducta suicida, es así como se han enfocado en determinar variables demográficas, psicológicas, ambientales, psicopatologías, etc. Todas estas teorías han llegado a la conclusión que son múltiples los factores asociados al riesgo suicida tales como el género, el rango de edad, estar diagnosticado con depresión o esquizofrenia, tener un trastorno de la personalidad, abusar o depender del alcohol o de sustancias psicoactivas y el aislamiento social. (Joiner, Brown & Wingate, 2005; Wenzel, Brown & Beck, 2008)

En este capítulo se revisa dos de las más importantes teorías psicológicas por un lado el modelo cognitivo de la conducta suicida de Aaron Beck y la teoría emergente que ha tomado mucha fuerza en los últimos años, perteneciente a T. Joiner, denominada Teoría Interpersonal del suicidio (ITS).

## I. Teoría Cognitiva y Comportamiento Suicida

El modelo cognitivo de la conducta suicida de Beck y Wenzel (2008), se basa en la teoría cognitiva de Beck desde donde se explican las psicopatologías como la depresión y la ansiedad, pero intentando integrar nuevos elementos o constructos que ayuden a distinguir entre un individuo con riesgo suicida de otro que no lo tenga.

En este sentido la teoría cognitiva de Beck, dice que los pensamientos y la manera de interpretar los eventos de la vida, tienen un rol causal en las respuestas emocionales y

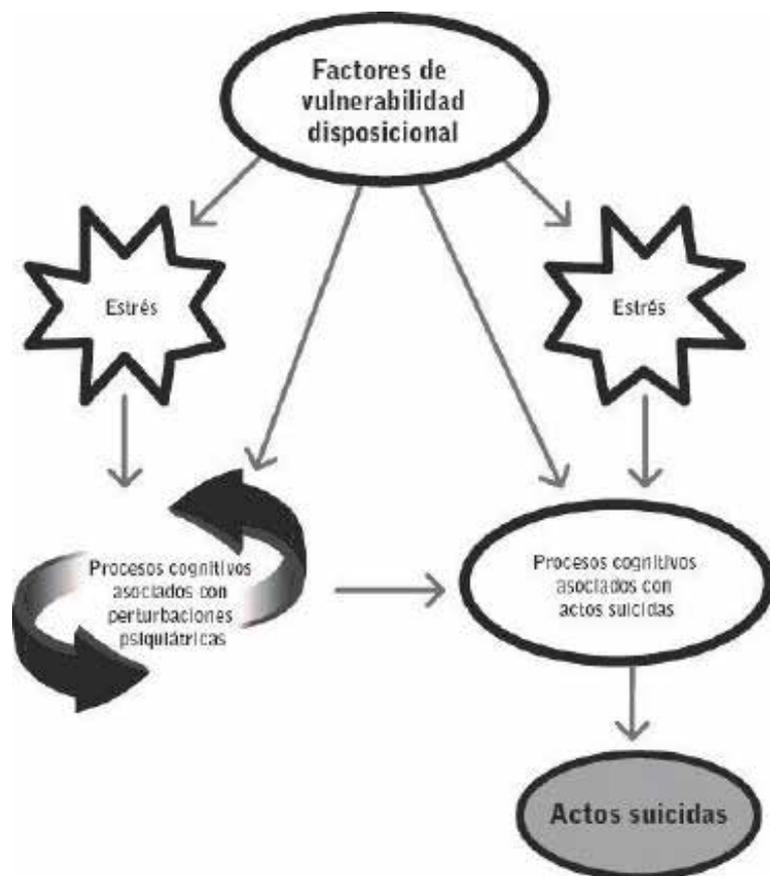
conductuales a tales eventos. (Beck, Rush, Shawn, & Emery, 1983). Las cogniciones desesperadas desempeñan un rol crucial e integral en el desarrollo de comportamientos suicidas. (Brown, Jeglic, Henriques, & Beck, 2008). Beck observó clínicamente que sus pacientes deprimidos, con frecuencia tienen una visión negativa de sí mismo; el mundo y el futuro, esta definición la denominó Triada cognitiva negativa.

En 1975, Beck formuló una teoría de desesperanza acerca del suicidio con base en sus experiencias clínicas con 50 pacientes depresivos suicidas, Beck reportó que sus pacientes atribuían a la situación la denominación de "una situación insoportable o sin remedio" (Beck, Kovacs, & Weissman, 1975 en Brown, et.al. (2008).

El modelo de conducta suicida es presentado en la Figura 1., en él se observa que existen factores de vulnerabilidad disposicional, esto significa que hay factores que predisponen al individuo para o tener o desarrollar psicopatologías y estas incrementan la probabilidad de cometer actos suicidas y/o factores que predisponen al individuo a cometer actos suicidas sin tener un antecedente de psicopatología, estas dos situaciones, claro está disparadas por situaciones de estrés (eventos vitales, situaciones que el individuo interpreta como situaciones amenazantes). Procesos cognitivos asociados a trastornos psiquiátricos como contenidos cognitivos maladaptativos (p.e. lo que la gente piensa) y procesamiento de la información (p.e. cómo la gente piensa) estos procesos cognitivos están asociados con muchos tipos de trastornos y síntomas psiquiátricos (Ingram & Kendall, 1986, citado en Wenzel, A & Beck, A. 2008). También se explica que las crisis suicidas pueden aparecer más probablemente cuando son activadas por la intensidad, la frecuencia, y/o la duración cuando estos procesos cognitivos se incrementan.

Los procesos cognitivos asociados con los actos

Figura 1. Un modelo cognitivo de la conducta Suicida.



Fuente: Wenzel, A. & Beck, A. (2008)

suicidas son contenidos cognitivos maladaptativos y procesamiento de la información que hipotéticamente son trabajados o funcionan cuando la persona está en una crisis suicida.

Se puede observar que una persona está comenzando una crisis suicida cuando experimenta la ideación suicida, por ejemplo, pensamientos, imágenes, voces, creencias u otras cogniciones acerca de acabar intencionalmente con la propia vida (Wenzel, Brown, et al., 2008) y esto asociado o articulado al intento de poner fin a la vida

(intento suicida) es decir de realizar el acto como tal. Estos procesos cognitivos relevantes para el suicidio culminan en el acto suicida, y el propósito de intentar explicar esto es precisamente mover a la persona y alejarla de la idea de intentar quitarse la vida, a tiempo. Esto llega a pasar porque la persona percibe como intolerante el dolor emocional, que lo conduce las situaciones de estrés en su vida.

Entonces se puede concluir que en personas que tienen bajos factores de vulnerabilidad disposicional y experimentan leves síntomas o trastornos psiquiátricos, se necesita una gran cantidad de estrés de la vida para activar procesos cognitivos suicidas relevantes. Por otro lado, y en contraposición, personas que tienen altos factores de vulnerabilidad disposicional y están experimentando severos trastornos psiquiátricos, necesitan menos condiciones de estrés de la vida para activar los procesos cognitivos relevantes a la conducta suicida.

Este es un modelo heurístico que puede ser usado como punto de partida para entender un acto suicida en cualquier individuo. Entendiendo que cada persona es caracterizada como única y que tiene una constelación de factores de vulnerabilidad disposicional y procesos cognitivos asociados con síntomas o trastornos psiquiátricos, por tanto, entre mayor sea la carga de estas variables, mayor será la probabilidad de que en un futuro la persona pueda presentar una crisis suicida. (Rudd, 2004). Sin embargo, esto no es una garantía de que la persona presente una crisis suicida, pero sí ayuda a entender que está más predispuesta a que esto suceda. También hay que tener en cuenta que no solamente están presentes los factores individuales, también como lo mencionan otras teorías como la de Joiner (ITS), la historia del individuo frente a la conducta suicida y los niveles de soporte social, que pueden jugar un papel muy importante ante el afrontamiento del estrés (Joiner & Rudd, 2000).

Los factores de vulnerabilidad disposicional son cinco: Impulsividad y constructos relacionados, Déficit en solución de problemas, Estilo de Memoria Sobregeneralizado, Estilos cognitivos maladaptativos y Rasgos de Personalidad. En esta línea, Wenzel & Beck (2008) explican que hay evidencia empírica que demuestran que esos 5 factores tienen relación y pueden ser condiciones disposicionales para las crisis suicidas.

## 2. Impulsividad y Constructos Relacionados.

La impulsividad es definida como "una predisposición a tener reacciones rápidas y no planificadas hacia los estímulos internos o externos, en lo que respecta a la disminución de las consecuencias negativas de estas reacciones para el individuo impulsivo o para los demás (Chamberlain & Sahakian, 2007). Este rasgo es uno de los más estudiados en cuanto a la conducta suicida se refiere tratando de encontrar su relación para poder prevenir un intento o acto suicida. Por ejemplos sólo el 50% de los suicidas en China tienen trastornos mentales, por tanto, deben existir otro tipo de características en el ambiente social, en la personalidad de los individuos que hacen que estén favorezca este tipo de conducta, por tanto Zhang, J. & Lin, L. (2014) expresan que existe una relación entre el suicidio, los eventos negativos de la vida y la impulsividad que conlleva a que jóvenes se suiciden.

En un estudio realizado por Zhang, & Lin, (2014), con 392 casos suicidas (178 mujeres y 214 hombres en edades entre los 15-34 años) y 416 casos de personas no suicidas de la misma comunidad en China (202 hombres y 214 mujeres de los mismos rangos de edad que sirvieron de grupo control), encontraron que la impulsividad fue un predictor muy importante en los casos de suicidio de jóvenes rurales en China.

## 3. Déficit en Solución de Problemas.

La solución problemas se entiende como la capacidad del individuo para resolver problemas de la vida cotidiana, sin embargo, muchos de los estudios difieren en operacionalizar esta capacidad, por tanto, los estudios sobre la relación entre esta variable y la conducta suicida no son del todo precisos. Wenzel & Beck (2008), dicen que esta característica hace vulnerables o no a las personas para tener en su vida una crisis suicida. Estudios como los de Pollock & Williams (2004), sugieren que sí existe una relación primordial entre la capacidad de las personas para resolver problemas y la aparición de una crisis suicida, pues ante mayor sea la habilidad de la persona para resolver problemas, menor será la probabilidad de que la persona piense en la idea de suicidarse como una solución a la percepción de un problema o problemas. Teniendo en cuenta también que una persona con una baja capacidad para resolver problemas pondrá mayor estrés en su vida por tanto también de esta manera aumenta el riesgo de tener una crisis suicida (Gibbs, Dombrovski, Morse, Siegle, Houck, & Szanto 2009).

## 4. Estilo de Memoria Sobregeneralizado

Las personas que se caracterizan por un estilo de recuerdos o memoria sobregeneral tienen dificultades para recuperar recuerdos personales específicos de su pasado. Cuando a estas personas se les pide recuperar uno de esos recuerdos, ellos dan respuestas vagas que resumen una serie de eventos similares. (p.e. "Cuando yo pasé las vacaciones en la finca de mis abuelos cuando era niño..."). La problemática de este estilo cognitivo, es que evita que la gente acceda adecuadamente su almacenamiento de recuerdos personales, cuando estos necesitan a hacer juicios y tomar decisiones en situaciones

específicas (Williams, Barnhoffer, Crane & Duggan, 2006). Por otro lado, Williams and Dritschel (1998) sugieren que los pacientes suicidas pueden acceder a información general cuando están resolviendo problemas, pero su búsqueda por información específica es truncada antes de que ellos puedan llegar a recordar los detalles necesarios que les permitirán resolver el problema más fácilmente.

Las investigaciones empíricas confirman que existe una significativa asociación entre el fracaso para recuperar recuerdos específicos y el déficit en solución de problemas en pacientes suicidas (Pollock & Williams, 2001; Ricaurte, 2011). Williams et al. (2006) sugieren que un estilo de recuperación de recuerdos sobregeneracional exagera la desesperanza y la ideación suicida porque los individuos suicidas perciben que hay escapa a las situaciones de estrés.

## 5. Estilos Cognitivos Maladaptativos

Este constructo se refiere a tener una tendencia de tener distorsiones no específicas (p.e. pensamiento dicotómico, la magnificación) que avalan actitudes disfuncionales no específicas. Se habla de estilos cognitivos maladaptativos porque algunos pacientes con riesgo suicidas tienen la tendencia a responder con su estilo cognitivo en cualquier situación aún cuando no experimentan ningún tipo de síntoma o trastorno psiquiátrico o una recurrente crisis suicida. Wenzel et al. (2008). Y por otro lado el contenido del pensamiento es más similar a un enfoque general para ver el mundo, en lugar de un estilo cognitivo específico asociado con un tipo particular de trastorno psiquiátrico. La investigación empírica demuestra que los pacientes suicidas avalan estas distorsiones cognitivas y actitudes disfuncionales en un grado mayor que los pacientes no suicidas. Scheneider (2012).

## 6. Personalidad

El perfeccionismo es el rasgo de personalidad más estudiado relacionado con el riesgo suicida. Wenzel & Beck (2008). Las personas con este rasgo de personalidad incrementan su atención en sus errores dejando de lado sus aciertos para afrontar las situaciones adversas o difíciles que se les puedan presentar (estresores) en la vida cotidiana, incrementando de esta manera la posibilidad de tener un riesgo suicida (Flett, Besser, Davis, Hewitt., 2003), (Hewitt, Flet, Sherry & Caelian, 2006). Las características más sobresalientes de un estilo de personalidad perfeccionista son las siguientes (Parker & Manicavasagar, 2005): \*Trabajan con gran dedicación en lo que se proponen; \* Tratan de hacer todo bien; \*Tratan de ser siempre los mejores en cualquier iniciativa que emprendan, y exitoso en casi todas las áreas; \* Se comprometen entera y responsablemente; \*Trabajan con el máximo potencial.

Hewitt, Flet, Sherry & Caelian (2006), realizaron una investigación en donde relacionaron el perfeccionismo como una característica de personalidad en el comportamiento suicida, definida como "una dimensión interpersonal que donde el individuo tiene la percepción y la necesidad de cumplir con los estándares y expectativas impuestas por los demás". Franchi (2010), dice que las personas con rasgos de personalidad perfeccionista tienen una fuerte inclinación a tener todo bajo control, sin embargo, esta característica puede no ser adaptativa y llevar al individuo a ser demasiado rígido, por tanto, sienten demasiada presión que puede desembocar en un trastorno psicopatológico como la depresión y también aumentar el riesgo de una crisis suicida.

## 7. Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio (ITS)

Existen diferentes teorías psicológicas sobre el suicidio, algunas refieren el dolor psicológico, aspectos de orden biológico, condiciones sociales, características personales en relación con el ambiente y otros aspectos cognitivos que involucran la deformación de la realidad e interpretaciones que dejan como única opción viable para resolver los problemas, el suicidio. No obstante, en los últimos años la teoría psicológica interpersonal de la conducta suicida propuesta por Thomas Joiner a partir de múltiples trabajos sobre el tema ha tomado auge debido a los componentes y procesos que establece.

La teoría se basa en dos postulados fundamentales: El primero, refiere que la percepción errónea de ser una carga para los demás en combinación con la alienación social instaura el deseo de muerte en las personas. Y el segundo, establece que el sujeto no actúa sobre el deseo de muerte a menos que haya desarrollado la capacidad para hacerlo, la cual se potencia por medio de la habituación a experiencias dolorosas (Joiner, et. al. 2009). Así, dicha teoría expone dos cuestiones relevantes; el deseo de morir y la capacidad para hacerlo.

La teoría afirma que quienes padecen el deseo de morir experimentan dos estados psicológicos de manera simultánea durante el tiempo suficiente para que éste se instale en la mente del sujeto; Uno, las percepciones acerca de sí mismo como “una carga para los demás” o como poco importante para el contexto o el círculo del cual hace parte y la interpretación que las personas realizan considerando que el mundo o las personas cercanas estarían mejor sin su presencia junto con la sensación de no pertenencia. Y otro, la exposición continua a acontecimientos dolorosos que desensibilizan al sujeto, a partir de lo cual se genera un proceso de

habituación a situaciones que serían poco tolerables para otros, así las autolesiones, lesiones accidentales y ocupaciones específicas como ser médico o soldado podrían relacionarse con el desarrollo de la capacidad para morir haciendo más vulnerables a unas personas que a otras a la ejecución de conductas suicidas.

A continuación, se describirán con mayor detalle los tres componentes descritos por la teoría psicología interpersonal como detonantes para la conducta suicida.

## 8. La Percepción Errónea de “Carga” (Perceived Burdensomeness).

Este componente es considerado como un error de percepción fatal pues el sujeto percibe una sobrecarga personal, familiar y social. Así, considera que su propia existencia se ha convertido en un obstáculo para que los demás tengan mayor bienestar, evaluando que la vida propia cobraría más sentido con su muerte. Este componente se basa en resultados de investigaciones que asocian la ideación y el intento suicida con este error de percepción, además, de estudios de notas suicidas que detectaron como expresiones más frecuentes las asociadas a considerarse como una carga para los demás (Joiner et al. 2002; Van Orden, Lynam, Hollar & Joiner, 2006).

## 9. Baja Pertenencia/Alienación Social.

Hace referencia a la experiencia de estar alienado de los demás, de esta forma el sujeto vivencia que no hace parte de un grupo (familiar, social entre otros). Este componente se relaciona con el aislamiento social, así, las personas que no se sienten íntimamente vinculadas a

un grupo o a otro, tienen mayor probabilidad de ejecutar conductas suicidas. En este sentido es importante considerar la relación que las cifras han establecido entre las fechas de mayor ocurrencia de suicidios y el tipo de celebraciones que se realizan en estas. Por ejemplo, en Colombia los datos reportados por el Instituto de Medicina Legal informan que en la última década el mes con mayores tasas ha sido enero, el cual corresponde a una fecha inmediatamente posterior a celebraciones de fin de año donde las personas tienden a regresar nuevamente a sus rutinas después de encuentros familiares y sociales (Instituto de Medicina Legal, 2013).

### **10. Capacidad Adquirida para la Autolesión.**

La teoría psicológica interpersonal de la conducta suicida define que no es suficiente con que el sujeto experimente el deseo de morir mediante la combinación de los dos elementos anteriores, sino que además es necesario que exista un proceso que sea tan fuerte que posibilite al sujeto ir en contra del instinto de conservación. Este aspecto de la teoría sugiere que biológicamente el ser humano no está preparado para cooperar con su propia muerte de manera temprana. Así, quienes han vivenciado en varias ocasiones conflicto entre el deseo de morir y el dolor físico son más propensos a subvalorar su instinto y ponderar con mayor importancia el deseo desarrollado. La base de este postulado radica en que la exposición continua a eventos dolorosos o terribles (propios o ajenos) genera habituación provocando mayor tolerancia al dolor y baja sensación de miedo frente a la muerte (Hawton, Clements, Sakarovitch, Simkin, y Deeks, 2001).

### **11. Evidencia empírica.**

Los postulados de las teorías han sido puestos a prueba en diferentes investigaciones sobre la conducta suicida con el fin de determinar si los componentes propuestos tienen evidencia empírica que soporte los argumentos teóricos. En este contexto se exponen una serie de estudios que se constituyen en pilar de la teoría que apenas emerge.

#### **12. Evidencia Sobre el Deseo de Morir.**

Hawkins, et al. (2014), realizaron una investigación con el fin de examinar la relación entre la ira y las tendencias suicidas desde la perspectiva de la ITS, ello supone que una persona con problemas de ira presenta serias dificultades en sus relaciones personales, sumado a los conflictos que su estado puede generarle. El análisis de la ira desde esta óptica implica considerar que quienes tienen problemas para manejar su ira presentan serios problemas de carácter interpersonal lo cual podría aumentar la frustración en este contexto aportando a la percepción de ser una carga para los demás y no tener pertenencia al contexto familiar o social. Sus resultados sugieren que la ira se asocia de forma única con la percepción de "carga" y la pertenencia, además, la ira se asocia con la ideación suicida y comportamiento a través de la percepción de "carga" y con mayor capacidad adquirida para el suicidio a través de experiencias dolorosas.

#### **13. Evidencias Sobre la Capacidad Adquirida para Morir.**

Capron, Cogle, Ribeiro, Joiner & Schmidt, (2012), establecieron un modelo interactivo de la sensibilidad a

la ansiedad en relación con la ideación y conducta suicida y para ello analizaron la alta sensibilidad a la ansiedad (que consiste en el miedo a los síntomas de la ansiedad) en una población de militares y otra con síntomas de estrés postraumático. Los resultados exponen que mayor sensibilidad cognitiva y menor sensibilidad física a la ansiedad se asocian a mayores tasas de intento suicida, además de mostrar que individuos con trastorno de estrés postraumático presentan mayor riesgo suicida.

Bender, Gordon, Bresin & Joiner (2011), realizaron un estudio para identificar la relación entre los altos niveles de impulsividad y el comportamiento suicida, explicando que esta asociación puede darse porque personas con altos niveles de impulsividad tienen una mayor tendencia a experimentar acontecimientos dolorosos y provocadores que les permite habituarse al miedo y al dolor, lo cual puede desarrollar una capacidad adquirida para llevar a cabo comportamientos suicidas. Para comprobar su hipótesis los autores aplicaron cuestionarios sobre la impulsividad, la frecuencia de dolor y eventos provocadores, y la capacidad adquirida para el suicidio junto con un auto-informe que evaluaba la tolerancia al dolor a 182 estudiantes universitarios y en un segundo estudio con 516 pacientes ambulatorios clínicos utilizando una medida de múltiples facetas de impulsividad. Sus resultados revelaron que la impulsividad tiene una relación indirecta con la capacidad adquirida para el comportamiento suicida, y que esta relación está mediada por los acontecimientos dolorosos y provocadores, lo cual sugiere que la relación entre la impulsividad y la conducta suicida ocurre porque las personas impulsivas tienden a tener una mayor capacidad para la conducta suicida, que han adquirido a través de experimentar acontecimientos dolorosos y provocadores también encontrado en otros estudios (Witte, et. al 2008).

Otros autores que aportan al desarrollo de la hipótesis sobre capacidad adquirida son Holm-Denoma, et al.

(2008), quienes realizaron un estudio sobre la anorexia nerviosa y la conducta suicida, ello bajo el precepto de que la mayoría de las muertes tempranas en personas con este trastorno alimentario se da por suicidio, lo cual parece ser un indicador sobre la relación entre la exposición a eventos dolorosos continuos y la conducta suicida. El estudio analizó el suicidio de nueve personas con anorexia nerviosas y sus resultados, señalan que personas con una enfermedad como esta implica la autolesión continua aumenta los niveles de tolerancia al dolor y por tanto la capacidad adquirida para morir en la medida en que tienden a utilizar métodos mucho más letales que población sin este problema. Sumado a ello el aislamiento social que padecen hace que se sumen todas las condiciones aumentando también el deseo de morir.

Finalmente, es importante considerar que las teorías acerca de la conducta suicida se centran en diferentes aspectos del individuo, no obstante, este escrito se ha concentrado en dos exclusivamente psicológicas que hacen énfasis en el papel de las características individuales que hacen a unos sujetos más vulnerables que a otros al suicidio. En este sentido, la psicología trata de ofrecer algunas explicaciones que permitan vislumbrar posibles procesos de intervención en quienes ya han ejecutado conductas suicidas por las condiciones mencionadas a lo largo del documento y procesos de prevención para aquellos que se detectan como población en riesgo.

Los factores de orden cognitivo ponen en evidencia una disposición cognitiva hacia el suicidio y por tanto posibles vías de intervención centradas en la reestructuración de cogniciones erróneas sobre la realidad que hacen que el individuo perciba la muerte como única opción para resolver sus problemas. Y, por otro lado, elementos personales e interpersonales involucrados que se convierten en fuertes indicadores de riesgo, como la percepción de carga acompañada del deseo de morir, además de la orientación al suicidio marcada por la capacidad para ejecutarlo.

Así, los elementos y procesos descritos en el documento se constituyen en fuente teórica para quienes se interesan por conocer acerca del proceso suicida como fenómeno que atiende a dinámicas complejas que no solo involucran la enfermedad mental.

## Referencias Bibliográficas

- Anestis, M. & Joiner, T. (2011). Examining the role of emotion in suicidality: Negative urgency as an amplifier of the relationship between components of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior and lifetime number of suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*, 129, pp. 261–269
- Beck, A., Rush, A.J., Shawn, B. & Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao, España: Desclee de Brouwer.
- Bender, T., Gordon, K., Bresin, K. & Joiner, T. (2011). Impulsivity and suicidality: The mediating role of painful and provocative experiences. *Journal of Affective Disorders* 129, pp. 301–307
- Brown, G., Jeglic, E., Henriques, G. & Beck, A. (2008). *Terapia Cognitiva, Cognición y Comportamiento suicida*. En Ellis, T. (Ed.). *Cognición y Suicidio. Teoría, Investigación y Terapia*. México: Manual Moderno.
- Capron, D., Cogle, J., Ribeiro, J., Joiner, T. & Schmidt, N. (2012). An interactive model of anxiety sensitivity relevant to suicide attempt history and future suicidal ideation. *Journal of Psychiatric Research* 46, pp.174-180
- Casullo, M., Bonaldi, D. & Fernández, M. (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia: morir antes de la muerte*. Lugar Editorial Buenos Aires
- Cavanagh, J., Carson, A. & Sharpe M. (2003) Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*, vol. 33, pp. 395-405.
- Centers for Disease Control (2013). National Center of Injury Prevention and Control, Suicide Data Sheet.
- Chamberlain, S. & Sahakian, B. (2007). The neuropsychiatry of impulsivity. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(3) pp. 255-261.
- Ellis, T. (2008). *Cognición y suicidio*. Editorial Manual Moderno. México
- Flett, G.L., Besser, A., Davis, R.A., Hewitt, P. L. (2003). Dimensions of perfectionism, unconditional self-acceptance, and depression. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 21, 119-1338.
- Franchi, S. (2010). Estilo de personalidad perfeccionista y depresión. *Perspectivas en Psicología*. 13. Pp. 53-64. Recuperado en: [http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectivas\\_psicologia/html/revistas\\_contenido/revista13/Estilo\\_de\\_personalidad\\_perfeccionista\\_y\\_depresion.pdf](http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectivas_psicologia/html/revistas_contenido/revista13/Estilo_de_personalidad_perfeccionista_y_depresion.pdf)
- Gibbs L., Dombrovski, A., Morse, J., Siegle, G., Houck, P., & Szanto, K. (2009). When the solution is part of the problem: problem solving in elderly suicide attempters. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24 (12) pp.1396-1404.
- Gitlin, J.M. (2003) A psychiatrist's reaction to a patient suicide. *American Journal of Psychiatry*, 156, pp.1630-1634.
- Hawkins, K., Hames, J., D. Ribeiro, J., Silva, C., Joiner, T. & Cogle, J. (2014). An examination of the relationship between anger and suicide risk through the lens of the interpersonal theory of suicide. *Journal of Psychiatric Research*, 50, pp. 59-65
- Hawton, K., Clements, A., Sakarovitch, C., Simkin, S., & Deeks, J.J. (2001). Suicide in doctors: A study of risk according to gender, seniority, and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, pp.296-300.
- Hendin, H., Lipschitz, A., Maltzberg, J.T., Haas, A.P. & Whynecoop, S. (2000). Therapist's reactions to patient suicides. *American Journal of Psychiatry*, 157, pp.2022-2027.
- Hewitt, Flet, Sherry & Caelian (2006). Trait perfectionism dimensions and suicidal behavior. En Ellis, T.E. (Ed.) *Cognition and suicide*. (pp.215-235). Washington, DC: APA Books.
- Holm-Denoma, J., Witte, T., Gordon, K., Herzog, D., Franko, D., Fichter, M., Quadflieg, N. & Joiner, T. (2008). Deaths by suicide among individuals with anorexia as arbiters between competing explanations of the anorexia-suicide link. *Journal of Affective Disorders*, 107, pp. 231–236
- Instituto de Medicina Legal. (2013). Datos para la vida: Comportamiento del suicidio en Colombia. *Revista Forensis*. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3-+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf>
- Joiner, T. & Rudd, M. (2000). Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous suicide attempts and negative, life events. *Journal of consulting and clinical psychology*.

- Joiner, T., Brown, J. & Wingate, L. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual Review of Psychology*, 56, pp. 287-314.
- Joiner, T., Pettit, J. W., Walker, R. L., Voelz, Z. R., Cruz, J., Rudd, M. D., et al. (2002). Perceived burdensomeness and suicidality: Two studies on the suicide notes of those attempting and those completing suicide. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 21, pp. 531-545.
- Joiner, T., Van, K., Witte, T., Selby, E., Ribeiro, J., Lewis, R. & Rudd, D. (2009). Main Predictions of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior: Empirical Tests in Two Samples of Young Adults. *Journal Abnorm Psychol.* 118(3), pp. 634–646. Doi: 10.1037/a0016500
- Macana, N.L. (2012) *Comportamiento del Suicidio en Colombia*, 2010. *Forensis*, 13, pp.245-264.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Prevención del suicidio recurso para consejeros*. Departamento de salud mental y Abuso de Sustancias. *Trastornos Mentales y Cerebrales*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. *Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: OMS.
- Parkerv, G. & Manicavasagar, V. (2005). *Modelling and managing the depressive disorders: A clinical guide*. Cambridge University Press.
- Pollock, L. & Williams, J. (2004). Problem-solving in suicide attempters. *Psychological Medicine*, 34, pp. 386-396.
- Ricaurte, J.P. (2011). Overgeneral autobiographical memory effect in older depressed adults. *Aging & Mental Health*, 15 (8), pp. 1028-1037.
- Rudd, M. (2004). Cognitive therapy for suicidality: An integrative, comprehensive, and practical approach to conceptualization. *Journal of contemporary psychotherapy*. 34, pp.59-72.
- Schneider, B. (2012). Behavioural therapy of suicidality. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 26 (2), pp. 123-128. Doi: 10.1007/s00406-012-0351-6
- Smith, A., Ribeiro, J., Mikolajewski, A., Taylor, J., Joiner, T. & Lacono, W. (2012). An examination of environmental and genetic contributions to the determinants of suicidal behavior among male twins. *Psychiatry Research* 197, pp. 60–65
- Sue, D., Sue, D.W. & Sue, S. (2010) *Comprendiendo la Conducta Anormal*. Cengage Learning Editores: México.
- Suominen K., Isometa E., Suokas J et al. (2004) Completed suicide after a suicide attempt: a 37- year follow up study. *Am J Psychiatry*, vol. 161, pp. 562-3.
- Van Orden, K. A., Lynam, M. E., Hollar, D., & Joiner, T. E., Jr. (2006). Perceived Burdensomeness as an Indicator of Suicidal Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 30, pp.457-467.
- Wenzel, A & Beck, A. (2008) A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology* 12, pp. 189-201
- Wenzel, A., Brown, G. & Beck, A. (2008). *Cognitive Therapy for suicidal patients; scientific and clinical applications*. Washington, DC: APA Books, in press.
- Williams, J. and Dritschel, B. (1998). Emotional disturbance and the specificity of autobiographical memory. *Cognition and Emotion*, 2, pp. 221-234.
- Williams, J., Barnhoffer, T., Crane, C. & Duggan, D. (2006). The role of overgeneral memory in suicidality. En Ellis, T.E. (Ed.) *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp.173-192). Washington, DC: APA Books.
- Witte, T., Fitzpatrick, K. Joiner, T. & Schmidt, N. (2005). Variability in suicidal ideation: A better predictor of suicide attempts than intensity or duration of ideation? *Journal of Affective Disorders*, 88, pp.131–136
- Witte, T., Merrill, K., Stellrecht, N., Bernert, R., Hollar, D., Schatschneider, C. & Joiner, T. (2008). "Impulsive" youth suicide attempters are not necessarily all that impulsive. *Journal of Affective Disorders*, 107, pp.107–116.
- Zhang, J. & Lin, L. (2014). The moderating effects of impulsivity on Chinese Rural Young Suicide. *Journal of Clinical Psychology*, 70 (6), 570-588. Doi: 10.1002/jclp.22039