

Dolor mental y riesgo de suicidio: Una revisión de la investigación empírica

Cristina Bonet Mas

Tutor: Xavier Carbonell

Trabajo de Fin de Máster

Fecha de entrega: 11 de enero de 2016

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport, Blanquerna

Universitat Ramon Llull

Dolor mental y riesgo de suicidio: Una revisión de la investigación empírica

Cristina Bonet Mas

FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull

Resumen

El modelo de Shneidman (1993) que defiende el *psychache* como base del suicidio ha sido objeto de estudio hasta la actualidad. Los resultados de algunas de las investigaciones empíricas sugieren la preeminencia del dolor mental sobre los demás factores de riesgo. Sin embargo, no todas ellas utilizaron el constructo de Shneidman para estudiar la relación entre el dolor mental y el suicidio, sino que algunos autores elaboraron su propio indicador o recurrieron a otros aparentemente relacionados. El objetivo de la presente investigación fue revisar los estudios empíricos que han relacionado el dolor mental y el riesgo de suicidio para identificar las medidas empleadas en aquellos que proporcionan resultados más significativos. Se incluyeron un total de 16 estudios empíricos cuyos resultados permitieron concluir que el dolor mental contribuye significativamente al riesgo de suicidio, independientemente de la población y los parámetros utilizados para evaluarlo. La asociación no es tan significativa cuando se relaciona con las tentativas ya efectuadas.

Palabras clave: dolor mental, riesgo de suicidio, *psychache*, revisión, investigación empírica.

Abstract

Shneidman's model (1993) which upholds psychache as a basis for suicide, has to date been a subject of study. Some results of empirical research suggest the preeminence of mental pain over other risk factors. Nevertheless, not all of them used Shneidman's construct to study the relationship between suicide and mental pain, some authors developed their own indicator or resorted to other apparently related ones. The aim of this research was to review the empirical studies that have related mental pain and suicide risk to identify the measures employed in those that provide more meaningful results. A total of 16 empirical studies were included whose results concluded that mental pain contributes significantly to suicide risk, regardless of the population and the parameters used to evaluate it. The association is not so significant when it is related to the attempts already made.

Key words: mental pain, suicide risk, psychache, review, empirical research.

El suicidio es un fenómeno de creciente impacto social. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) en el año 2012 el suicidio causó alrededor de un millón de víctimas en el mundo, lo que supone una muerte cada 40 segundos. Estos datos llegan a superar hasta un 60% las cifras que se registraban cuarenta y cinco años atrás. Además, las estimaciones de la OMS sugieren que en el año 2020 éstas podrían ascender hasta llegar a un millón y medio de víctimas anuales. Esta realidad pone de relieve la necesidad de profundizar en el estudio del fenómeno suicida para poder alcanzar una aproximación más precisa y, así, desarrollar estrategias de evaluación e intervención que cubran las necesidades reales y globales de esta población.

A lo largo de la investigación sobre el suicidio se han detectado numerosos factores de riesgo, lo que ha permitido demostrar su carácter multifactorial de naturaleza bio-psico-social. Estos factores pueden clasificarse en demográficos, psiquiátricos, psicológicos, biológicos y sucesos vitales estresantes (Nock et al., 2008).

Factores demográficos

Las tasas de suicidio no se distribuyen por igual en la población general. Siguiendo con los datos de la OMS (2014), las tasas más elevadas se localizan en los países desarrollados europeos y asiáticos y son más frecuentes entre el género masculino, con una proporción de 3.5 hombres por cada mujer en los países de mayor desarrollo y de 1.5 hombres por mujer en el resto de países. Sin embargo, la población femenina presenta valores superiores en ideación e intentos de suicidio (Hawton, 2000). Este dato refleja que los mecanismos usados por la población masculina son más letales, lo que les lleva a registrar cifras superiores de suicidio consumado (Callanan & Davis, 2012). La población mayor de 70 años presenta las cifras más elevadas, no obstante, se está produciendo un aumento alarmante de suicidios en aquellos jóvenes entre los 15 y

los 29 años, hasta el punto de ser la segunda causa de muerte entre esta población. Otros factores demográficos asociados serían el desempleo, estar soltero, la separación o el divorcio y el bajo nivel educacional (Nock et al., 2008).

Sin ir más lejos, el matrimonio es uno de los elementos relacionales con mayor capacidad de protección ante el suicidio (Cheng, Chen, Chen, & Jenkins, 2000; Denney, Rogers, Krueger, & Wadsworth, 2009). En cuanto a la situación laboral, se detectaron tasas de suicidio entre dos y tres veces superiores en aquellas personas con empleos inestables y casi cuatro veces superiores en los desempleados (Maki & Martikainen, 2010). Además, en una muestra de 13.673 de adultos americanos que participaron la Encuesta de Captación Epidemiológica por Áreas (ECA) se observó de forma clara la asociación inversa que se establece entre los logros educacionales y el riesgo de cometer tentativas suicidas (Petronis, Samuels, Moscicki, & Anthony, 1990).

Trastornos mentales

Cerca del 90% de las personas que se suicidan presentan un trastorno mental (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003; McGirr, Paris, Lesage, Renaud, & Turecki, 2007; Nock et al., 2008). Los trastornos mentales con mayor prevalencia entre la población suicida son los trastornos afectivos y los trastornos por abuso de sustancias. Destacan la depresión mayor y la dependencia al alcohol, respectivamente.

En 1982, Hagnell, Lanke y Rorsman detectaron en pacientes con depresión tasas de suicidio 44 veces superiores a las de la población general y 8 veces superiores a las del resto de los pacientes psiquiátricos. Desde entonces, los estudios han confirmado su implicación llegando a identificar el diagnóstico en alrededor del 90% de los que mueren por suicidio (Cheng et al., 2000). No obstante, la influencia que ejerce la depresión en el suicidio no es estable en todas las etapas del curso de la enfermedad. La probabilidad de suicidarse es superior en las fases iniciales del diagnóstico (Nock et al.,

2008), en pacientes con mayor severidad sintomatológica y en aquellos que han pasado por un ingreso hospitalario (Bostwick & Pankratz, 2000).

Además, en un alto porcentaje de esta población, la depresión concurre junto con una dependencia al alcohol (Cheng et al., 2000). De hecho, ambos diagnósticos presentan altos niveles de comorbilidad (Nock et al., 2008) y las asociaciones que establecen con el suicidio decrecen sustancialmente cuando dicha comorbilidad es controlada (Nock, Hwang, Sampson, & Kessler, 2010).

Concretamente, las personas con dependencia al alcohol presentan un riesgo de experimentar ideaciones suicidas 4,6 veces mayor que la población general y de llevar a cabo el acto 6,5 veces superior (Kessler, Borges, & Walters, 1999). Las revisiones de los estudios de autopsias psicológicas muestran que el abuso crónico y dependencia al alcohol están presentes entre el 21% y el 46% de todas las muertes por suicidio (Cavanagh et al., 2003; Giner et al., 2007).

Volviendo a los trastornos afectivos, el trastorno bipolar y los trastornos de ansiedad también han presentado un importante impacto ante el fenómeno (Harwood, Hawton, Hope, & Jacoby, 2001; Tuesca & Navarro, 2003). No obstante, el primero se asocia, en la mayoría de casos, durante los episodios depresivos, mientras que los trastornos de ansiedad no está claro si representan un factor de riesgo independiente o si el riesgo se debe a su asociación con otras comorbilidades como la depresión, el abuso de sustancias o ciertos trastornos de personalidad (Collings, Ehrhardt, & Henare, 2005).

Factores de personalidad

Las evidencias sostienen que el perfil de personalidad más propenso a cometer una actuación suicida es el correspondiente al clúster B (McGirr et al., 2007; Verona, Patrick, & Joiner, 2001). Esta categoría se caracteriza por la inestabilidad emocional

junto con dos de los rasgos más estudiados por la literatura del suicidio, la impulsividad y la agresividad (McGirr et al., 2007). Desde el marco patológico destacan el trastorno límite de personalidad (TLP) y el trastorno antisocial de personalidad (TAP). En la revisión de Lesage et al. (1994) se obtienen tasas mayores de suicidios en el TLP (28%) que en la dependencia al alcohol. Además, en la línea de lo anterior, cerca del 28% de las víctimas de suicidio con alguna patología presentan más de un diagnóstico. De hecho, el TLP suele cursar con algún trastorno de Eje I, especialmente con la depresión (McGirr et al., 2007). En el caso del TAP, su estrecha vinculación con el suicidio se produce por la tendencia temperamental y comportamental del diagnóstico (irresponsabilidad, desviación antisocial, estilo de vida crónicamente inestable e impulsividad) más que por la sintomatología afectiva e interpersonal (Verona et al., 2001).

Factores psicológicos

En los últimos años ha aumentado notablemente la investigación del suicidio desde una perspectiva psicológica con el fin de identificar constructos más específicos que puedan explicar por qué los trastornos psiquiátricos se asocian con la conducta suicida. Destacan la desesperanza, la anhedonia y la elevada reactividad emocional. El 91% de los pacientes con conductas suicidas expresan desesperanza en la escala de Beck (Beck, Brown, Berchick, Stewart & Steer, 2006). Algunos estudios han llegado a demostrar que cuando la desesperanza está estadísticamente controlada, la depresión ya no es un predictor significativo del suicidio consumado (Brown, Beck, Steer, & Grisham, 2000). Según la Teoría de la Desesperanza (Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989), las personas con riesgo de suicidio presentan un estilo atribucional internalizador ante los sucesos negativos que les lleva a desarrollar baja autoestima y sintomatología afectiva, así como expectativas negativas con relación al futuro. Esta teoría especifica la

combinación de factores resultantes de la desesperanza y la depresión: (1) la expectativa de que acontecimientos negativos ocurrirán en el futuro y (2) la creencia de que nada puede cambiar estos acontecimientos. En personas con depresión, la decreciente habilidad para experimentar vivencias placenteras (anhedonia) combinada con la fuerte motivación para evitar el dolor pueden liderar los comportamientos desadaptativos y aumentar la probabilidad de intentar el suicidio (O'Connor & O'Connor, 2003).

Siguiendo con el modelo de los *Cinco Grandes*, el neuroticismo, el psicoticismo y la introversión aumentan el riesgo de suicidio, mientras que la apertura a la experiencia lo disminuye (Duberstein, Conwell, & Caine, 1994). Estas mismas dimensiones han presentado las correlaciones inversas cuando han sido vinculadas a la inteligencia emocional (Extremera y Fernandez Berrocal, 2005), lo que permite entrever bajos niveles de inteligencia emocional en esta población. Asimismo, McCrae y Costa (1985) relacionan los bajos niveles de apertura a la experiencia con la tendencia a experimentar estrés psicológico o emocionalidad negativa que subsume las siguientes facetas: ansiedad, depresión, cólera, vulnerabilidad, impulsividad, hostilidad y autoconciencia. Los niveles de apertura a la experiencia también han demostrado correlacionar negativamente con la presencia de síntomas psiquiátricos (Noam & Dill, 1991), mientras que su correlación con el nivel de comprensión emocional es a la inversa (Labouvie-Vief, DeVoe, & Bulka, 1989). De modo que las bajas puntuaciones de la dimensión en la población suicida indican no solamente la alta probabilidad de presentar sintomatología psiquiátrica, sino también de disponer bajos niveles de comprensión emocional.

Factores biológicos

La tendencia de la población suicida a disponer de antecedentes familiares con el mismo historial pone en evidencia un componente hereditario en el suicidio. Sin embargo, en la mayoría de los casos esta tendencia puede ser explicada por el riesgo asociado a presentar trastornos mentales. Los investigadores no han identificado elementos genéticos en el fenotipo de la persona, sino que han buscado correlatos biológicos de la conducta suicida que pueden surgir a través de las interacciones gen-ambiente. Los factores biológicos que han correlacionado de forma más consistente con el comportamiento suicida implican alteraciones en el funcionamiento de la serotonina. Cabe destacar, sin embargo, que existen déficits similares en el funcionamiento serotoninérgico subyacente a otras conductas impulsivas y agresivas, de modo que no parece tratarse de un funcionamiento específico del suicidio. Los bajos niveles serotoninérgicos vuelven a resultar un denominador común cuando se experimenta algún tipo de malestar emocional (Nock et al., 2008).

Sucesos vitales estresantes

El modelo de diátesis-estrés propone que los factores psiquiátricos, psicológicos y biológicos anteriores predisponen a una persona a la conducta suicida, mientras que los eventos estresantes son los que conducen a las personas con mayor riesgo a llevar a cabo el acto. De acuerdo con este modelo, los comportamientos suicidas a menudo son precedidos por estresores distales como los conflictos familiares, problemas legales, condiciones perinatales o el maltrato infantil (Nock et al., 2008).

Otros factores

Nock et al. (2008) identificaron algunos factores que no corresponden a ningún grupo de los anteriormente mencionados y que presentan una influencia significativa en

el riesgo de suicidio. Destacaron el acceso a medios letales, las enfermedades crónicas o terminales, la homosexualidad, la presencia de conductas suicidas en su entorno próximo y la época del año, con tasas significativamente superiores en mayo y junio.

La ideación y la planificación del suicidio también han demostrado ser un importante indicador. Asimismo, la historia de tentativas previas se considera el factor de riesgo más importante de suicidio en población general (OMS, 2014).

Ante estas consideraciones, quedan lejos los postulados científicos que hasta los años 1950 defendían el suicidio como un fenómeno que solo se presentaba en pacientes psiquiátricos con escaso nivel de consciencia del acto que cometían. No obstante, continua vigente la tendencia a explicarlo mediante variables diagnóstica. La mayor parte de las víctimas de suicidio presentan una depresión en el momento de su muerte, diagnóstico que generalmente cursa con otro de carácter, o de personalidad cluster B, así como con trastornos caracterizados por tendencias temperamentales, como trastornos los relacionados con sustancias o el trastorno antisocial.

En síntesis, el breve recorrido por la literatura del suicidio permite apreciar, fundamentalmente, dos aspectos comunes en los que confluyen el conjunto de los factores simples asociados: la existencia de un sustrato emocional disfuncional y una falta de habilidades para resolver su mundo afectivo que les conduce a emplear estrategias de afrontamiento externalizadoras desadaptativas y autodestructivas. De hecho, Leenaars (1996) ya destacó la relevancia de ambos elementos para una comprensión global del fenómeno. No obstante, ninguno de los factores específicos revisados ha demostrado ser determinante a la hora de llevar a cabo el acto o, lo que es lo mismo, ha presentado capacidad de predictibilidad del suicidio. Incluso en la depresión, pese a ser el más asociado, existe un porcentaje sustancial de personas que

con el diagnóstico no llegan a tal punto. Todo ello demuestra la necesidad de ir más allá en la exploración del sustrato emocional y las estrategias de afrontamiento que diferencia a las personas que, aún con un mismo diagnóstico, pueden llegar o no a cometer el suicidio.

Psychache como predictor del suicidio: la aportación de Shneidman (1993)

Como se ha mencionado anteriormente, aunque se han producido importantes avances en investigación del suicidio, dejando atrás la tendencia a atribuir el fenómeno exclusivamente a la población psiquiátrica y ampliando el abanico de factores asociados, continúa existiendo cierta disposición general a vincularlo únicamente a las categorías diagnósticas y desajustes bioquímicos. Sin embargo, el psicólogo y escritor Edwin Shneidman ofreció una visión innovadora del fenómeno en la que defendía que hasta el momento no se había detectado ningún factor que por sí mismo tuviera la capacidad de predecir el suicidio porque la explicación de los actos suicidas no se encontraba en el DSM ni en el cerebro, sino en la mente (Shneidman, 1993a). En otras palabras, que el suicidio no es un trastorno psiquiátrico sino una forma de escapar del dolor psicológico insoportable que ha generado la frustración de ciertas necesidades psicológicas. De modo que todos los esfuerzos para relacionar y correlacionar el suicidio con factores simples no-psicológicos (e.g., variables sociodemográficas, categorías diagnósticas, ciertos aspectos de la historia personal) no han obtenido los resultados esperados porque la única variable realmente capaz de predecir el suicidio es el dolor mental o *psychache* (Shneidman, 1993b).

Shneidman forjó una nueva disciplina que denominó «suicidología» y que instauró en el marco de la psicología, pues consideraba el suicidio una crisis psicológica. Su visión estaba altamente influenciada por Henry A. Murray (1893-1988),

quien fue su mentor y quien ya había formulado, según Shneidman, la pregunta clave para la investigación del suicidio: “¿Qué es el suicidio sino un esfuerzo para detener el flujo no tolerable de afecto negativo?” De modo que todas sus reflexiones y descubrimientos ante el fenómeno suicida derivaron de este planteamiento (Shneidman, 1998).

En 1993, durante la etapa final de su carrera, el norteamericano concluyó que el suicidio era causado por el *psychache*. Según defendía, toda persona necesita sentirse aceptada y comprendida por sus seres queridos y cuando estas necesidades interpersonales no son satisfechas aparece un dolor psicológico que, al alcanzar niveles no tolerables por la persona, la impulsan a recurrir al suicidio. Shneidman recoge la visión sociológica del suicidio iniciado por Durkheim (1897) y va más allá al definir el *psychache* como el dolor psicológico que ocurre cuando nuestras necesidades interpersonales no son cubiertas. No es más que el dolor, la angustia, el sufrimiento de la *psyche* o mente humana producido por el excesivo sentimiento de culpa, vergüenza, miedo, soledad o humillación, entre otros (Shneidman, 1993a).

De acuerdo con esta perspectiva, el *psychache* es un complejo estado afectivo introspectivo que se distingue de los constructos cognitivos de depresión y desesperanza, siendo el suicidio la mejor solución percibida frente a este estado que se experimenta en niveles no tolerables (DeLisle & Holden, 2009). Este dolor conlleva un proceso de diálogo interior donde la mente explora las opciones que tiene para hacerle frente y la opción del suicidio es rechazada por la mente en un primer momento pero ésta vuelve a ser escaneada y rechazada hasta que acaba siendo aceptada como única solución de cesar la situación. A este proceso lo denomina introspección.

Desde esta perspectiva fenomenológica, el foco recae en las cogniciones, emociones y tendencias a deteriorar el propio bienestar, autoestima y sentido vital. Concretamente, Shneidman identificó tres elementos comunes en toda carta de suicidio que configuran lo que denominó la fórmula básica del fenómeno: la incapacidad de tolerar la situación: “[...] *I cannot take/stand/endure...*”; el dolor: “[...] *this pain any longer...*” y la incapacidad de identificar otras estrategias de afrontamiento: “[...] *the only thing to do...*” (Shneidman, 1999, p. 290). Todo lo mencionado demuestra que el dolor es un proceso común por el que todas las víctimas pasan, así como el dialogo interior para hacerle frente, es por eso que Shneidman defiende la necesidad de sustituir el DSM por el diccionario de la lengua y explorar los términos que rigen sus sentimientos y sensaciones y nos podrían servir como señales o índices de predictibilidad del suicidio: felicidad, alegría, miseria, desesperanza, angustia y dolor intolerable (Shneidman, 1993b). Además, el umbral de tolerancia del dolor difiere en cada persona, lo que demuestra la necesidad de realizar una aproximación fenomenológica a la experiencia de todo aquel que presenta alto riesgo de suicida, en busca de una comprensión global de su propio proceso introspectivo.

En síntesis, las aportaciones que configuraron la teoría de Shneidman se pueden simplificar en siete ideas esenciales:

1. Podría haber algunos signos premonitorios, índices prodrómicos, señales ante el hecho.
2. Podrían existir una serie de fábulas y falsedades comunes sobre el suicidio.
3. Podría ser muy reducido el número de dimensiones medibles sobre el funcionamiento de la personalidad directamente relacionadas con el suicidio.

4. Podría haber un marcador de verdades aforísticas sobre el suicidio. La discusión comenzó con los siguientes aforismos sobre el suicidio: nunca debe quitarse la vida en el momento en el que siente con deseos de suicidarse, cada suicidio se comete por razones que tienen sentido para la persona que lo hace, no hay nada intrínsecamente aberrante en pensar en el suicidio, es anormal cuando se piensa que es la única solución; y la principal falla en el suicidio es que responde innecesariamente a un desafío remediable temporal con una solución negativa irreversible.
5. Podrían existir varias similitudes psicológicas en todos los suicidios. Serían algunos ejemplos: el estado de percepción común en el suicidio es la constricción; el estímulo común en el suicidio es el dolor psicológico insoportable; estresor común en el suicidio está frustrado necesidades psicológicas.
6. Podría utilizarse un modelo teórico cúbico con los tres planos del cubo etiquetados con los conceptos "dolor", "perturbación" y "presión" como modo de relación entre suicidología y los organismos más amplios de la psicología y la psiquiatría académica a través de temas mucho más amplios, como la atención, la percepción, la memoria, el aprendizaje, etc.
7. Podría haber un único mecanismo psicológico subyacente al suicidio: el *psychache* humano. Trata de hacer frente a la responsabilidad de explicar el dolor psicológico con términos de necesidades psicológicas frustradas. Todos tenemos un nexo de necesidades psicológicas que definen nuestra personalidad entre las que destaca las siguientes: afiliación, logro, defensa, inviolabilidad, evasión de la vergüenza, nutrición afectiva y control (Shneidman, 1993b, p. 294).

Para explorar el sufrimiento mental o *psychache* el autor elaboró el *Psychological Pain Assessment Scale* (PPAS) basado en el Test de Apercepción Temática (TAT) de Murray (1935) y en el test *Make-A-Picture-Story* (MAPS; Shneidman, 1947). En el PPAS la persona cuantifica el dolor introspectivo del momento actual y el peor dolor que haya experimentado nunca, y los reconoce en los personajes de una serie de láminas (Shneidman, 1999). Con todo ello pretendía descubrir las dimensiones del *psychache* y, así, desarrollar un significado operativo al constructo para medirlo y estudiar las relaciones entre éste y las variables asociadas al suicidio.

Holden, Metha, Cunningham y McLeod (2001), para evaluar con precisión la intensidad del constructo, desarrollaron el *The Psychache Scale* (PAS) que, además de constatar su validez, verificó la teoría que hace hincapié en la preeminencia del *psychache* como causa del suicidio.

En los últimos años numerosas investigaciones psicológicas del suicidio han centrado su atención en la contribución de Shneidman aportando un fundamento empírico sustancial al constructo. Entre otros, se ha demostrado que el *psychache* es el único predictor estadístico de la ideación suicida evaluada mediante *The Beck Scale for Suicide Ideation* (BSS; Beck & Steer, 1993), incluso cuando la depresión y la desesperanza están controladas (e.g., DeLisle & Holden, 2009). En otras palabras, ambos factores, pese a ser de los que mayor evidencia empírica poseen sobre su implicación en el fenómeno, han demostrado asociarse a la ideación suicida en la medida en la que van acompañados de sufrimiento emocional o *psychache*.

En síntesis, estos hallazgos sugieren que, a pesar de la implicación de los elementos revisados hasta la actualidad en el potencial suicida, ninguno ha manifestado suficiente capacidad predictiva salvo el constructo de Shneidman. Incluso aquellos que

poseen mayor evidencia empírica (desesperanza y depresión) han mostrado asociarse a la ideación suicida en la medida en la que van acompañados del dolor mental o *psychache*.

No obstante, éstas investigaciones además de emplear el constructo de Shneidman (e.g., Holden et al., 2001; Troister, Davis, Lowndes, & Holden, 2013) han desarrollado otros parámetros de dolor mental con el fin de reproducirlo y aumentar su predictibilidad sobre el fenómeno suicida (e.g., Mee et al., 2011; Orbach, 2003). Asimismo, estos parámetros no solo se han asociado a las ideaciones suicidas que evalúa el BSS (Beck & Steer, 1993), sino que se han empleado otros indicadores del suicidio para estudiar la vinculación.

La presente investigación pretende, precisamente, hacer una revisión de los estudios empíricos que han analizado la relación que se establece entre el dolor mental y el riesgo de suicidio, identificando aquellos indicadores de dolor mental capaces de presentar una asociación significativa con el riesgo de suicidio. Para ello se revisan los estudios que han explorado empíricamente el papel del dolor mental en el riesgo de suicidio.

Metodología

Selección de estudios

Se llevó a cabo la metodología de revisión sistemática con el fin de evitar sesgos en la recopilación de los artículos relevantes sobre el tema en cuestión. Los estudios empleados se identificaron mediante la exploración en las bases de datos *PsycNET* y *MedLine*. En los parámetros de búsqueda de la primera se consignó el término “*suicide*” como *Índex Terms* y “*psychache*” o “*mental pain*” como elementos presentes en el resumen. En la segunda, “*suicide*” fue requerido como *MeSH Major Topic* y

“*psychache*” o “*mental pain*” como elementos presentes en el título o resumen. Los criterios de inclusión requerían que se tratara de artículos de revista con *peer review* y publicados en inglés o castellano.

La búsqueda permitió identificar 21 documentos en PsycNET y 17 en MEDLINE, entre los que se excluyeron aquellos que no empíricos que no evaluaron cuantitativamente la relación entre el dolor mental y el riesgo de suicidio.

Restaron 11 estudios en PsycNET y 11 en MEDLINE que cumplían los criterios de inclusión y exclusión requeridos, seis de los cuales coincidieron en ambas bases de datos. Tras suprimir los artículos repetidos, el número final de los estudios empleados fue de 16 (ver Figura 1).

Variables revisadas

Se recogieron los estadísticos que describían la relación entre las variables dolor mental y riesgo de suicidio. Respecto al dolor mental, se consideraron únicamente las puntuaciones que los participantes presentaban en el momento en el que fueron evaluados. Asimismo, para la variable riesgo de suicidio, aparte de registrar las puntuaciones que indicaban los instrumentos que la evaluaron se tuvieron en consideración las tentativas previas del participante en los casos en los que se disponía de esta información. En los estudios longitudinales, se registró la relación que ambas variables presentaban en el momento inicial con el fin de evitar la influencia de otros factores implicados en la investigación. Estos factores adicionales también fueron recogidos y considerados en la revisión para indagar sobre su papel en la relación objeto de estudio.

Resultados

Características de los estudios revisados

En la Tabla 1 figuran las principales características de los artículos revisados: autores, año, país, participantes, instrumentos empleados para medir el dolor mental y el riesgo de suicidio, otras variables analizadas, resultados estadísticos de la relación entre las variables objeto de estudio y conclusiones principales. Los estudios presentan un orden cronológico que comprende un intervalo de 14 años iniciado en 2001 y finalizado en 2015. Algunos de ellos se presentan dos veces en la tabla por realizar dos estudios en un mismo artículo (e.g., Holden et al., 2001; Troister et al., 2013).

El 62.5% de los estudios se desarrollaron en Canadá (n = 10) (Campos & Holden, 2015; Chin & Holden, 2013; DeLisle & Holden, 2009; Flamenbaum & Holden, 2007; Holden et al., 2001; Mills, Green, & Reddon, 2005; Patterson & Holden, 2012; Troister et al., 2013; Troister & Holden, 2010, 2012), dos en China (Li et al., 2013; Xie et al., 2013) y un estudio en Brasil (Berlim et al., 2003), Italia (Pompili, Lester, Leenaars, Tatarelli, & Girardi, 2008), Francia (Olié, Guillaume, Jaussent, Courtet, & Jollant, 2010) y Grecia (Soumani et al., 2011).

Participantes

En el conjunto de los estudios participaron un total de 4981 participantes con una media de 29,35 años de edad (DT = 11,74) y 276,72 participantes por estudio (DT = 346,40).

Los participantes proceden de diferentes grupos de población. El 56.3% de las investigaciones se centraron en población general (n = 9), el 77.8% de los cuales utilizó estudiantes universitarios (n = 7). Entre ellos, el 12,5% (n = 2) realizó el estudio dos

veces aplicado a muestras diferentes. La población clínica fue el objeto de estudio del 31.3% de los artículos ($n = 5$), el 40% de los cuales pertenece a pacientes hospitalizados ($n = 2$) y el 60% a pacientes ambulatorios ($n = 3$). El 80% de los estudios en población clínica requerían el diagnóstico de un trastorno depresivo ($n = 4$). Los estudios restantes ($n = 2$) se efectuaron con hombres, uno de los cuales se centró población penitenciaria y el otro en varones sin techo.

Instrumentos empleados

Los instrumentos que figuran en la Tabla 1 responden exclusivamente a aquellos que evaluaron las dos variables objeto de estudio (dolor mental y riesgo de suicidio) y cuyas puntuaciones fueron empleadas posteriormente para calcular su relación.

El instrumento de dolor mental más utilizado fue el PAS (Holden et al., 2001) presente en el 75% de los estudios ($n = 12$). Otros instrumentos para evaluar el dolor mental fueron el PPAS (Shneidman, 1999) el *Three-dimensional Psychological Pain Scale* (TDPPS; Fu, Li & Yin, 2003), el *Quality of Life* (WHO-QOL; World Health Organization, 2004) y el *Holden Psychological Screening Inventory* (HPSI; Holden, 1996).

Entre los que evaluaron el riesgo de suicidio, el BSS (Beck & Steer, 1993) fue administrado en el 50% de los casos ($n = 8$). Otros instrumentos utilizados para calcularlo fueron: *The Depression, Hopelessness and Suicide Screening Form* (DHS; Mills & Kroner, 2002), *The Suicidal Behavior Questionnaire-Revised* (SBQ-R, Osman et al., 2001) y un ítem de *The Beck Depression Inventory* (BDI; Beck & Steer, 1987).

Análisis estadístico

El 75% de los estudios examinaron la relación entre dolor mental y riesgo de suicidio mediante la correlación de Pearson ($n = 12$). La media de los valores de correlación entre dolor mental y riesgo de suicidio fue de .53 (DT = .09), mientras que entre el dolor mental y el número de tentativas previas fue de .37 (DT = .13).

En función del instrumento empleado para la medida del dolor mental resultan diferentes coeficientes de correlación. Cuando el dolor mental lo evaluaron mediante el PAS la media fue de .51 con el riesgo de suicidio (DT = .11) y .43 con el número de tentativas previas (DT = .13). Mediante el MPS la media fue de .55 (DT = .20). Con el TDPPS la media fue de .50 (DT = .14) con el riesgo de suicidio y .30 con el número de tentativas previas. El estudio que utilizó el WHO-QOL, presentó una correlación de -.53, este coeficiente fue invertido en los análisis siguiendo la recomendación de los autores.

En función del instrumento de riesgo de suicidio, cuando utilizaron el BSS la media de las correlaciones entre el dolor mental y las puntuaciones totales del instrumento fue de .52 (DT = .03). En concreto, .57 en su relación con la escala de Motivación Suicida (DT = .06) y .50 (DT = .06) con la de Preparación para el Suicidio. Cuando calcularon el riesgo mediante el ítem de suicidalidad del BDI la media fue de .41 (DT = .12), con la puntuación del DHS fue de .35, con la del SRS fue de .69 y, por último, .62 con la puntuación del SBQ-R.

El 43.8% de los estudios examinaron la relación mediante el análisis de regresión. Entre ellos, el 25% coincide con los mencionados anteriormente por indicar ambos cálculos ($n = 4$). La media de los valores estandarizados de regresión entre dolor

mental y riesgo de suicidio fue de .37 (DT = .07) y entre el dolor mental y el número de tentativas previas de .25 (DT = .13).

El PAS y el MPS fueron los instrumentos utilizados para evaluar el dolor mental entre los estudios que calcularon el coeficiente de regresión. La media de los valores de regresión estandarizados cuando se utilizó el PAS fue de .30 (DT = .11), .36 con el riesgo (DT = .08) y .25 con las tentativas (DT = .13). El estudio que utilizó el MPS obtuvo un coeficiente de .41 con el riesgo de suicidio.

El BSS, el SMQ y el SRS fueron utilizados para evaluar el riesgo de suicidio. La media de los coeficientes de regresión estandarizados entre dolor mental y el riesgo de suicidio evaluado mediante el BSS fue de .34 (DT = .05), .35 con la escala de Motivación Suicida (DT = .07) y de .32 con la de Preparación para el Suicidio (DT = .01). De los estudios que utilizaron el SMQ resultó una media de .43 (DT = .14) y el que aplicó el SRS obtuvo un coeficiente de .41.

Los estudios restantes recurrieron a medidas de comparación de grupos ($n = 2$). El primero efectuó una comparación inferencial mediante la *t de Student*, mostrando valores de $t = 1.99$ entre grupos constituidos en función de la presencia o ausencia de ideaciones suicidas y de $t = .89$ entre grupos formados en función de la presencia o ausencia de tentativas previas. Los resultados derivaron de las puntuaciones del PPAS como indicador de dolor mental y del MINI para el riesgo de suicidio.

El segundo recurrió a una comparación descriptiva mediante el estadístico de frecuencias anómalas *odds ratio* (OR = 2.7), utilizando como índices de medida escalas visuales analógicas del dolor psicológico y las ideaciones suicidas.

Variables adicionales

Los 16 estudios incluyeron más variables en su análisis. Éstas fueron la depresión (n = 14; 87.5%), la desesperanza (n = 11; 68.8%) y las que se exponen a continuación, cada una de las cuales figura en un artículo: pensamiento inusual, abuso sexual, calidad de vida, perfeccionismo, necesidades psicológicas, necesidades interpersonales, tolerancia al dolor mental, pensamiento futuro, conexión futura, optimismo y percepción de rechazo parental.

Discusión

El objetivo de esta investigación fue revisar los estudios empíricos sobre la relación entre dolor mental y riesgo de suicidio. Nuestros resultados indican que el dolor mental contribuye significativamente al riesgo de suicidio, independientemente de la población y los parámetros utilizados para evaluarlo y que esta asociación disminuye cuando se relaciona con las tentativas ya efectuadas. La literatura dirigida a explorar empíricamente el papel del dolor mental en el suicidio coincide en que este elemento ejerce una influencia significativa sobre el fenómeno, por lo que debe considerarse un importante factor de riesgo. Gran parte de los estudios de esta área de investigación se llevan a cabo en Canadá y utilizan el constructo de Shneidman como principal indicador.

Los grupos poblacionales objeto de estudio tienden a variar en función de la zona geográfica en la que se lleva a cabo la investigación. La población general es la más común en las canadienses, mientras que la clínica tiende a serlo en el resto de localizaciones. El diagnóstico de depresión es el criterio de inclusión predilecto entre las que trabajan en población clínica, probablemente por ser uno de los factores más

asociados al suicidio. El conjunto de los estudios tiende a centrarse en población adulta sin hacer distinción respecto al sexo.

El instrumento más empleado para cuantificar el dolor mental es el PAS, cuyo objetivo específico es evaluar la intensidad de *psychache* experimentado y cuya relación con el suicidio suele analizarse utilizando la escala de ideaciones de Beck (BSS).

Como se ha mencionado, uno de los aspectos más apreciables de la revisión es la estrecha vinculación entre el dolor mental y el riesgo de suicidio que queda reflejada en el conjunto de los resultados estadísticos. Todos ellos muestran asociaciones positivas, lo que indica que ambas variables fluctúan en la misma dirección. Además, los coeficientes de regresión señalan la capacidad predictiva de este factor respecto al suicidio. Todo ello permite verificar la preeminencia del dolor mental en referencia a los demás factores de riesgo, incluso por delante de la desesperanza y la depresión cuando se relaciona con las ideaciones.

La relación se produce independientemente de la población y los parámetros utilizados para su medida. No obstante, ésta parece menos significativa cuando el criterio para el suicidio es la historia de tentativas previamente efectuadas (e.g., Mills et al., 2005). Además, las subescalas del BSS muestran que el dolor mental está más asociado a la motivación que a la preparación para el suicidio. Todo ello permite corroborar que el dolor mental es un indicador más efectivo de las razones internas o los pensamientos para cometer el suicidio que de los aspectos más activos y vinculados a la acción.

Los instrumentos que parecen establecer asociaciones más significativas son, por un lado, el PAS y el TDPPS con las ideaciones evaluadas por el BSS y, por otro lado, el MPS con el SRS. Esta observación permite afirmar que, aunque todos los parámetros

del dolor mental han demostrado ser válidos a la hora de evaluar el riesgo de suicidio, los indicadores de dolor mental de Holden et al. (2001), de Orbach, Mikulincer, Sirota & Gilboa-Schechtman (2003) y Fu et al. (2013) son los más precisos, tanto en ideaciones como en tentativas. No obstante, por lo que respecta al TDPPS, la vinculación que se establece entre sus puntuaciones y el riesgo de suicidio se debe, esencialmente, a una de las tres dimensiones que lo configuran: la evitación al dolor. De modo que todas estas medidas de dolor mental podrían ser combinadas y reducidas a una sola que permita la evaluación del suicidio con efectividad.

El conjunto de los estudios suele analizar el papel de otras variables psicológicas en la relación. La desesperanza y la depresión son las más frecuentes. La inclusión de estas variables en los análisis permite alcanzar una mayor comprensión de la dinámica del suicidio e identificar con mayor precisión el papel que desempeña cada una de ellas en el proceso. En términos generales, la literatura coincide en que la desesperanza media la relación entre la depresión y el suicidio, mientras que el dolor mental o *psychache* lo hace en la relación entre la desesperanza y el suicidio. Esta dinámica revela que la depresión aumenta la probabilidad de cometer suicidio en la medida en la que es acompañada de sentimientos de desesperanza respecto a los acontecimientos futuros, mientras que la desesperanza actúa de esta manera cuando es acompañada de *psychache* o dolor mental. Además, los análisis ponen de manifiesto la estrecha vinculación que existe entre la desesperanza, la depresión y el dolor mental (e.g., DeLisle & Holden, 2009). Las personas con trastornos depresivos y altos niveles de desesperanza tienen una clara tendencia a experimentar dolor mental. Todo esto permite afirmar que el dolor mental es una entidad independiente con contribución específica al fenómeno suicida y que existe una alta probabilidad de que curse con desesperanza y/o depresión.

En términos generales, ninguno de los factores analizados ha demostrado ejercer mayor contribución al suicidio que el *psychache* o dolor mental. No obstante, algunos han demostrado anteponerse a la desesperanza y la depresión: las necesidades interpersonales, la percepción de rechazo parental (Campos & Holden, 2015) y la tolerancia al dolor mental (Soumani et al., 2011). Esta observación atribuye más fundamento a la teoría de Shneidman, donde se señala la insatisfacción de las necesidades interpersonales como origen del *psychache* que culmina en suicidio cuando supera el umbral que la persona es capaz de tolerar.

En síntesis, el dolor mental es uno de los factores psicológicos más asociados al suicidio. El factor contribuye significativamente tanto a las ideaciones como a las tentativas aunque la asociación con las primeras es mayor.

En esta línea, Li et al. (2013) revelaban que la asociación entre el dolor mental y las tentativas podría ser parcialmente explicada por la presencia de un deterioro en la toma de decisiones junto con excesivos niveles de evitación al dolor. En otras palabras, las personas que cometen intentos de suicidio presentan dificultades para tomar decisiones, por una falta de regulación del proceso de valoración y una atribución excesiva a las señales de rechazo y desaprobación de los demás. Cuando encima estas personas presentan una fuerte motivación para evitar el dolor, se acentúa la probabilidad de tomar de decisiones inmediatas y arriesgadas dirigidas a aliviar el dolor tan pronto como sea posible.

Esta presunción presenta una elevada concordancia con los resultados revisados. Por un lado, la atribución excesiva a las señales de rechazo podría estar altamente vinculada a la percepción de rechazo parental y la insatisfacción de necesidades interpersonales. Por otro lado, la fuerte motivación para evitar el dolor mental que el

TDPPS demuestra estar presente en esta población, podría presentar una elevada vinculación con los bajos niveles de tolerancia al dolor mental indicados por Soumani et al. (2011) en su estudio.

Todo ello permite concluir que la experiencia introspectiva de emociones negativas es una condición necesaria para el suicidio. Por eso se cree que sería conveniente explorar en profundidad aquellos aspectos de la dimensión emocional de la persona que permitan comprender sus vivencias introspectivas que la predisponen al suicidio y, así, desarrollar estrategias de prevención más eficaces. Es por este motivo que el presente artículo sugiere examinar en futuras investigaciones las distintas habilidades que conforman la inteligencia emocional para llegar a esta comprensión de del proceso emocional. Asimismo, se considera relevante seguir explorando las necesidades que lideran esta condición intolerable. Esta exploración podría detectar elementos relacionados que permitan discriminar con mayor precisión las ideaciones con mayor probabilidad de acabar siendo efectuadas en la práctica.

La presente revisión cuenta con una serie de limitaciones que también deberían ser consideradas en futuras investigaciones. En primer lugar, el hecho de centrarse en una reciente línea de investigación impide que la revisión sea más extensa. En segundo lugar, solo se analizaron los niveles de dolor mental que experimentaba la persona en el momento en que fue evaluada, quedando al margen aquellos sobre el dolor pasado, como en el caso del indicador “peor *psychache* experimentado” que recogen algunos autores (e.g., Pompili et al., 2008; Soumani et al., 2011). Éste podría haber mostrado una mayor relación con la historia de tentativas por registrar, en ambas ocasiones, aspectos del pasado. Finalmente, algunos estudios siguieron procedimientos metodológicos muy diferentes, lo que impide disponer de todos los resultados en una misma unidad estadística que permita compararlos con total precisión.

Referencias

- Abramson, L., Metalsky, G., & Alloy, L. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, *96*(2), 358–372.
- Beck, A. T., Brown, G. K., Berchick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. (2006). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *Focus*, *4*(2), 291–296. doi: 10.1176/foc.4.2.291.
- Berlim, M. T., Mattevi, B. S., Pavanello, D. P., Caldieraro, M. A., Fleck, M. P. A., Wingate, L. R., & Joiner, T. E. (2003). Psychache and suicidality in adult mood disordered outpatients in Brazil. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *33*(3), 242–248. doi: 10.1521/suli.33.3.242.23220
- Bostwick, J. M., & Pankratz, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk: A reexamination. *American Journal of Psychiatry*, *157*(12), 1925–1932. doi: 10.1176/appi.ajp.157.12.1925
- Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., & Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(3), 371–377.
- Callanan, V. J., & Davis, M. S. (2012). Gender differences in suicide methods. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*(6), 857–69. doi: 10.1007/s00127-011-0393-5
- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2015). Testing models relating rejection, depression, interpersonal needs, and psychache to suicide risk in nonclinical individuals. *Journal of Clinical Psychology*, *71*(10), 994–1003. doi:10.1002/jclp.22196
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological

autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3),
doi: 10.1017/S0033291702006943

Cheng, A. T. A., Chen, T. H., Chen, C. C., & Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case-control psychological autopsy study. *The British Journal of Psychiatry*, 177(4), 360–365. doi: 10.1192/bjp.177.4.360

Chin, J., & Holden, R. R. (2013). Multidimensional future time perspective as moderators of the relationships between suicide motivation, preparation, and its predictors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(4), 395–405. doi: 10.1111/sltb.12025

Collings, S. C. D., Ehrhardt, P., & Henare, K. (2005). *Suicide Prevention: A review of the evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Wellingt.

DeLisle, M. M., & Holden, R. R. (2009). Differentiating between depression, hopelessness, and psychache in university undergraduates. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 42(1), 46–63. doi: 10.1177/0748175609333562

Denney, J. T., Rogers, R. G., Krueger, P. M., & Wadsworth, T. (2009). Adult suicide mortality in the United States: Marital status, family size, socioeconomic status, and differences by sex. *Social Science Quarterly*, 90(5), 1167–1185. doi: 10.1111/j.1540-6237.2009.00652.x

Duberstein, P., Conwell, Y., & Caine, E. (1994). Age differences in the personality characteristics of suicide completers: Preliminary findings from a psychological autopsy study. *Psychiatry*, 57(3), 213–224.

- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2005). Perceived emotional intelligence and life satisfaction: Predictive and incremental validity using the Trait Meta-Mood Scale. *Personality and Individual Differences*, *39*(5), 937-948. doi: 10.1016/j.paid.2005.03.012
- Flamenbaum, R., & Holden, R. R. (2007). Psychache as a mediator in the relationship between perfectionism and suicidality. *Journal of Counseling Psychology*, *54*(1), 51–61. doi: 10.1037/0022-0167.54.1.51
- Giner, L., Carballo, J. J., Guija, J. A., Sperling, D., Oquendo, M. A., Garcia-Parajua, P., ... Giner, J. (2007). Psychological autopsy studies: The role of alcohol use in adolescent and young adult suicides. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, *19*(1), 99–113. doi: 10.1515/IJAMH.2007.19.1.99
- Hagnell, O., Lanke, J., & Rorsman, B. (1982). Suicide and depression in the male part of the lundby study. *Neuropsychobiology*, *8*(4), 182-187. doi:10.1159/000117897
- Harwood, D., Hawton, K., Hope, T., & Jacoby, R. (2001). Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *16*(2), 155-165.
- Hawton, K. (2000). Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, *177*(6), 484–485. doi:10.1192/bjp.177.6.484
- Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, E. J., & McLeod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, *33*(4), 224–232. doi: 10.1037/h0087144
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for

- lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 617. doi: 10.1001/archpsyc.56.7.617
- Labouvie-Vief, G., DeVoe, M., & Bulka, D. (1989). Speaking about feelings: Conceptions of emotion across the life span. *Psychology and Aging*, 4(4), 425–437.
- Leenaars, A. A. (1996). Suicide: A multidimensional malaise. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 221–236. doi: 10.1111/j.1943-278X.1996.tb00608.x
- Lesage, A. D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Menard-Buteau, C., & Loyer, M. (1994). Suicide and mental disorders: A case-control study of young men. *American Journal of Psychiatry*, 151(7), 1063–1068.
- Li, H., Xie, W., Luo, X., Fu, R., Shi, C., Ying, X., ... Wang, X. (2013). Clarifying the role of psychological pain in the risks of suicidal ideation and suicidal acts among patients with major depressive episodes. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(1), 78–88. doi: 10.1111/sltb.12056
- Maki, N., & Martikainen, P. (2010). A register-based study on excess suicide mortality among unemployed men and women during different levels of unemployment in Finland. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 66(4), 302–307. doi: 10.1136/jech.2009.105908
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1985). Comparison of EPI and psychoticism scales with measures of the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 6(5), 587–597. doi: 10.1016/0191-8869(85)90008-X
- McGirr, A., Paris, J., Lesage, A., Renaud, J., & Turecki, G. (2007). Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: A case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *Journal of Clinical Psychiatry*,

68(5), 721–729.

Mee, S., Bunney, B. G., Bunney, W. E., Hetrick, W., Potkin, S. G., & Reist, C. (2011).

Assessment of psychological pain in major depressive episodes. *Journal of Psychiatric Research*, 45(11), 1504–10. doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.06.011

Mills, J. F., Green, K., & Reddon, R. (2005). An evaluation of the psychache scale on an offender population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 570–580.

Noam, G. G., & Dill, D. L. (1991). Adult development and symptomatology.

Psychiatry, 54(2), 208–217.

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008).

Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133–54. doi: 10.1093/epirev/mxn002

Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(8), 868–76. doi:10.1038/mp.2009.29

O'Connor, R. C., & O'Connor, D. B. (2003). Predicting hopelessness and psychological distress: The role of perfectionism and coping. *Journal of Counseling Psychology*, 50(3), 362–372. doi: 10.1037/0022-0167.50.3.362

Olié, E., Guillaume, S., Jaussent, I., Courtet, P., & Jollant, F. (2010). Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act. *Journal of Affective Disorders*, 120(1-3), 226–230. doi: 10.1016/j.jad.2009.03.013

Orbach, I. (2003). Mental pain and suicide. *Israel Journal of Psychiatry and Related*

Sciences, 40(3), 191–201.

Patterson, A. a., & Holden, R. R. (2012). Psychache and suicide ideation among men who are homeless: A test of shneidman's model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(2), 147–156. doi: 10.1111/j.1943-278X.2011.00078.x

Petronis, K. R., Samuels, J. F., Moscicki, E. K., & Anthony, J. C. (1990). An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(4), 193–199. doi: 10.1007/BF00782961

Pompili, M., Lester, D., Leenaars, A. A., Tatarelli, R., & Girardi, P. (2008). Psychache and suicide: A preliminary investigation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(1), 116–121. doi: 10.1521/suli.2008.38.1.116

Shneidman, E. S. (1993a). Commentary: Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(3), 145–147. doi: 10.1097/00005053-199303000-00001

Shneidman, E. S. (1993b). Some controversies in suicidology: Toward a mentalistic discipline. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(4), 292–298.

Shneidman, E. S. (1998). Perspectives on suicidology: Further reflections on suicide and psychache. *Suicide and Life-Threatening Behavior*.

Shneidman, E. S. (1999). The psychological pain assessment scale. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 29(4), 287–294.

Soumani, A., Damigos, D., Oulis, P., Masdrakis, V., Ploumpidis, D., Mavreas, V., & Konstantakopoulos, G. (2011). Mental pain and suicide risk: Application of the Greek version of the Mental Pain and the Tolerance of Mental Pain Scale.

Psychiatriki, 22(4), 330–340.

Troister, T., Davis, M. P., Lowndes, A., & Holden, R. R. (2013). A five-month longitudinal study of psychache and suicide ideation: Replication in general and high-risk university students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(6), 611–620. doi: 10.1111/sltb.12043

Troister, T., & Holden, R. R. (2010). Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman's theory of suicide. *Personality and Individual Differences*, 49(7), 689–693. doi: 10.1016/j.paid.2010.06.006

Troister, T., & Holden, R. R. (2012). A two-year prospective study of psychache and its relationship to suicidality among high-risk undergraduates. *Journal of Clinical Psychology*, 68(9), 1019–27. doi: 10.1002/jclp.21869

Tuesca, R., & Navarro, E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*, 17, 19–28.

Verona, E., Patrick, C. J., & Joiner, T. E. (2001). Psychopathy, antisocial personality, and suicide risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(3), 462–470.

World Health Organization. *Preventing suicide: A global imperative*. 2014. Génova. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf

Xie, W., Li, H., Luo, X., Fu, R., Ying, X., Wang, N., ... Shi, C. (2013). Anhedonia and pain avoidance in the suicidal mind: Behavioral evidence for motivational manifestations of suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 70(7), 681–692. doi: 10.1002/jclp.22055

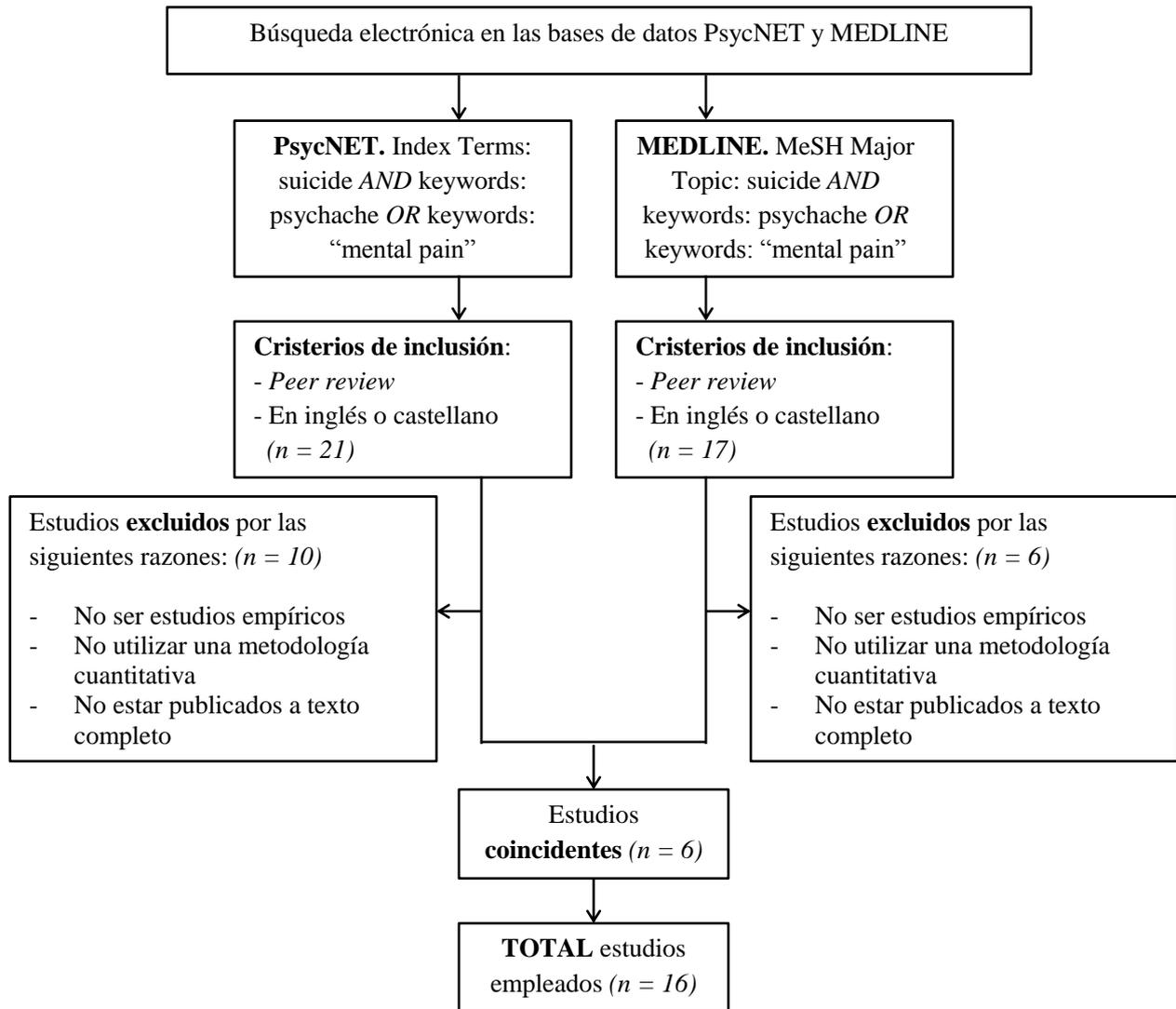


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios realizado

Tabla 1.
Estudios sobre la relación entre *psychache* y riesgo de suicidio

Autores	País	Participantes	Instrumentos		Otras variables	Resultados			Conclusiones	
			DM	RS		RS	r	β		TS
Holden, Mehta Cunningham y McLeod (2001)	Canadá	Estudiantes universitarios (N = 294)	PAS	SMQ	Desesperanza/ Pensamiento inusual	-	.33***	-	.07	El <i>psychache</i> es la variable con más capacidad de predicción del riesgo de suicidio. El grado es mayor con la ideación que con las tentativas.
Holden et al. (2001)	Canadá	Estudiantes universitarios mujeres (N = 211)	PAS	SMQ	Depresión/ Desesperanza/ Abuso sexual	-	.53***	-	.37**	Se confirman las conclusiones obtenidas en la muestra anterior. Además, se demuestra que el <i>psychache</i> media la relación entre desesperanza y suicidio, mientras que la desesperanza lo hace entre depresión y suicidio.
Berlim et al. (2003)	Brasil	Pacientes ambulatorios con trastorno depresivo (N = 60)	WHO- QOL	BDI	Calidad de vida/ Depresión/ Desesperanza	-.53*	-	-	-	La relación entre calidad psicológica de vida y tendencias suicidas es la más significativa y no se explica por la depresión, desesperanza o el resto de dominios de la calidad de vida.
Mills, Green y Reddon (2005)	Canadá	Varones presos (N = 136)	PAS	DHS	Depresión/ Desesperanza	-	-	.35***	-	El <i>psychache</i> correlaciona positivamente con las tentativas de suicidio pero no más que la depresión o la desesperanza.
Flamenbaum y Holden (2007)	Canadá	Estudiantes universitarios (N = 87)	PAS	BSS	Perfeccionismo/ Necesidades psicológicas	^a .57** ^b .51**	-	.22**	-	El <i>psychache</i> correlaciona positivamente con el riesgo de suicidio. Además, junto con la variable 'necesidades interpersonales' media la relación entre perfeccionismo y suicidio.
Pompili, Lester, Leenaars, Tatarelli y Girardi (2008)	Italia	Pacientes hospitalizados (N = 88)	PPAS	MINI	Desesperanza	^c 1.99*	-	.89	-	El nivel de <i>psychache</i> actual es significativamente superior en personas con riesgo de suicidio, en cambio no presenta relación con el historial de tentativas previas.

Tabla 1 (cont.)

Autores	País	Participantes	Instrumentos		Otras variables	Resultados			Conclusiones	
			DM	RS		RS	r	TS		
DeLise y Holden (2009)	Canadá	Estudiantes universitarios (N = 87)	PAS	BSS	Depresión/ Desesperanza	r a .61** b .51**	β a .35** b .33**	r .50**	β .15	El <i>psychache</i> presenta una alta capacidad de predicción del riesgo de suicidio. No obstante, la de la desesperanza y la depresión es mayor.
Olié, Guillaume, Jausseant, Courtet y Jollant. (2010)	Francia	Pacientes hospitalizados trastorno depresivo (N = 210)	Escala visual analógica	Escala visual analógica	Depresión	r 2.7 [95% IC] [1.5-4.9]	-	-	-	Existe una propensión a experimentar dolor mental durante un episodio depresivo. No obstante, los niveles de dolor mental permiten distinguir entre las personas que han hecho tentativas de las que no entre esta población.
Troister y Holden (2010)	Canadá	Estudiantes universitarios (N = 1475)	PAS	BSS	Depresión/ Desesperanza	a .51* b .46**	a .28* b .33*	-	.31*	El <i>psychache</i> es el único predictor del suicidio, cuando este factor es controlado la depresión y los niveles de desesperanza no muestran una contribución significativa en el fenómeno.
Soumani et al. (2011)	Grecia	Población general (N = 112)	MPS	SRS	Depresión/ Tolerancia al dolor mental	.69***	.41***	-	-	El dolor mental ha demostrado ser clínicamente una entidad independiente de la depresión, cuya contribución en el riesgo de suicidio es específica y más significativa.
Patterson y Holden (2012)	Canadá	Varones sin techo (N = 97)	PAS	BSS	Depresión/ Desesperanza	a .60** b .53**	a .42* b .31*	.52**	.34*	El <i>psychache</i> presenta mayor capacidad predictiva que la depresión y la desesperanza tanto de las ideaciones como de las tentativas de suicidio.
Troister y Holden (2012)	Canadá	Estudiantes universitarios con riesgo de suicidio (N = 41)	PAS	BSS	Depresión/ Desesperanza	-	.39*	-	-	El <i>psychache</i> es el único predictor del suicidio, cuando este factor es controlado la depresión y la desesperanza no muestran una contribución significativa en el fenómeno.

Tabla 1 (cont.)

Autores	País	Participantes	Instrumentos		Otras variables	Resultados			Conclusiones
			DM	RS		RS	r	β	
Chin y Holden (2013)	Canadá	Estudiantes universitarios (N = 87)	PAS	BSS	Depresión/ Desesperanza/ Pensamiento futuro/ Conexión futura/ Optimismo	r	β	β	El <i>psychache</i> correlaciona positivamente con el riesgo de suicidio. La relación es superior a la de la desesperanza y la depresión. Ninguna variable analizada media la relación entre <i>psychache</i> y riesgo de suicidio.
Li et al. (2013)	China	Pacientes ambulatorios con trastorno depresivo (N = 111)	PAS TDPPS	BDI	Depresión	^a .30**	-	^c .23*	El <i>psychache</i> correlaciona positivamente con el riesgo de suicidio. No obstante, la evitación al dolor es el mayor predictor de todos los criterios de suicidio.
Troister, Davis, Lowndes y Holden (2013)	Canadá	Estudiantes universitarios (N = 683)	PAS	BSS	Depresión/ Desesperanza	^a .48** ^b .44**	-	-	En un estudio longitudinal, el cambio de los niveles de <i>psychache</i> está significativamente asociado al de las ideaciones suicidas, incluso con la depresión y la desesperanza controladas.
Troister, et al. (2013)	Canadá	Estudiantes con alto riesgo (N = 262)	PAS	BSS	Depresión/ Desesperanza	^a .60** ^b .54**	-	-	La correlación entre <i>psychache</i> e ideación suicida vuelve a ser significativa en personas con riesgo de suicidio, controlando la depresión y la desesperanza.
Xie et al. (2013)	China	Pacientes con depresión (n = 40) y controles (n = 20)	PAS TDPPS	BSS-C	Depresión	^c .64***	-	-	Se confirma la alta correlación entre dolor mental y riesgo de suicidio. Concretamente, la motivación para evitar dolor es la subescala con mayor asociación. Asimismo, las personas con mayor riesgo de suicidio tienen poca motivación en buscar elementos positivos.
Campos y Holden (2015)	Canadá	Población general (N = 203)	PAS	SBQ-R	Necesidades interpersonales/ Depresión/ Percepción de rechazo parental	.62***	-	.49***	El <i>psychache</i> , es la variable de mayor correlación con el suicidio. Se asocia directamente al suicidio junto con las necesidades interpersonales y la percepción de rechazo parental. La depresión solo lo hace indirectamente bajo el efecto del <i>psychache</i> y las necesidades interpersonales.

Nota: DM = dolor mental; RS = riesgo de suicidio; TS = tentativas suicidas; r = correlación de Pearson; β = coeficiente de regresión estandarizado; IC = intervalo de confianza; WHO-QOL = *World Health Organization-Quality of Life*; PAS = *The Psychache Scale*; PPAS = *Psychological Pain Assessment Scale*; TDPPS = *Three-Dimensional-Psycological Pain Assessment Scale*; BDI = *Beck Depression Inventory*; MPS = *Mental Pain Scale*; BSS = *Beck Scale for Suicide Ideation*; BSS-C = *Beck Scale for Suicide Ideation* (versión china); SRS = *Suicide Risk Scale*; MINI = *Mini International Neuropsychiatric Interview*; SMQ = *Suicidal Manifestations Questionnaire*; DHS = *Depression, Hopelessness and Suicide Screening Form*; SBQ-R = *Suicidal Behavior Questionnaire-Revised*.

^acalculado a partir de la puntuación de la subescala “Motivación Suicida” del BSS; ^bcalculado a partir de la puntuación de la subescala “Preparación para el suicidio” del BSS; ^ccalculado a partir de la puntuación total del PAS; ^dcalculado a partir de la puntuación total del TPPS; ^evalores *t de Student*; ^ffrecuencias anómalas [*odds ratio*].

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.