



# Trabajo Fin de Grado

## Intentos de suicidio como vía de escape del dolor psicológico

Autora

Noemí Pilar Lastra León

Director

Adrián Alacreu Crespo

Grado en Psicología

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de Teruel

Curso 2021-2022



Facultad de  
Ciencias Sociales  
y Humanas - Teruel  
**Universidad** Zaragoza

## **Resumen**

El dolor psicológico ha resultado ser clave a la hora de entender e investigar el comportamiento suicida, sin embargo, todavía no sabemos si un intento de suicidio podría modificar la percepción de este dolor. El presente trabajo se enfoca en 1) comprobar si los niveles de dolor psicológico decrecen significativamente tras un intento de suicidio reciente, y 2) valorar si el dolor psicológico es mayor para las personas con intentos de suicidio recientes frente a grupos con ningún intento o intentos pasados.

**Método:** Para este estudio se utilizaron 643 pacientes admitidos en el hospital por episodios depresivos, de acuerdo con los criterios del DSM-IV, del 2010 a 2017; estos fueron divididos en 3 grupos: (1) 103 intentos de suicidio recientes (intentos como máximo 15 días antes del ingreso), 305 intentos de suicidio pasados (SA, intentos hace más de 15 días) y 235 controles afectivos (AC, grupo control). Los criterios de inclusión fueron haber sido ingresado al hospital por mantener conductas suicidas o por presentar un episodio depresivo mayor. El dolor psicológico se analizó controlando las variables: sintomatología depresiva, sexo, estado civil, nivel de estudios, hijos, comorbilidad psiquiátrica, y carga de medicación.

**Resultados:** En línea base, el dolor psicológico máximo era mayor en pacientes con suicidio reciente (SA-R), sobre los suicidas pasados (SA) y controles (AC). Encontramos diferencias significativas entre el dolor psicológico más alto en suicidas recientes sobre el grupo control; el grupo de suicidas pasados mostró valores más altos en dolor psicológico actual.

**Conclusión:** El dolor psicológico está altamente relacionado con el comportamiento suicida, por lo que estudios futuros deberían continuar investigando por esta vía haciendo hincapié en el estrés emocional y la comorbilidad psicológica durante la infancia. Finalmente, futuras investigaciones deberían controlar cómo afecta la predisposición al dolor psicológico de los pacientes con enfermedades de salud mental sobre pacientes sanos.

Palabras clave: dolor psicológico, suicidio, alivio

## **Abstract**

Psychological distress has been found to be key to understanding and investigating suicidal behaviour, yet we do not yet know whether a suicide attempt might modify the

perception of psychological distress. The present work focuses on 1) testing whether psychological pain levels decrease significantly after a recent suicide attempt, and 2) assessing whether psychological pain is higher for people with recent suicide attempts compared to groups with no attempts or past attempts.

**Methods:** 643 patients admitted to hospital for depressive episodes, according to DSM-IV criteria, from 2010 to 2017 were used for this study; they were divided into 3 groups: (1) 103 recent suicide attempts (attempts no more than 15 days before admission), 305 past suicide attempts (SA, attempts more than 15 days ago) and 235 affective controls (AC, control group). Inclusion criteria were admission to hospital for suicidal behaviour or a major depressive episode. Psychological pain was analysed controlling for the variables: depressive symptomatology, sex, marital status, educational level, children, psychiatric comorbidity, and medication burden.

**Results:** At baseline, peak psychological distress was higher in recently suicidal patients (SA-R) than in past suicidal patients (SA) and controls (AC). We found significant differences between higher psychological pain in recent suicidal over control group; the past suicidal group showed higher values in current psychological pain.

**Conclusion:** Psychological distress is highly related to suicidal behaviour, so future studies should continue to investigate this pathway with an emphasis on emotional stress and psychological comorbidity during childhood. Finally, future research should monitor how psychological pain predisposition of patients with mental health illnesses affects healthy patients.

Keywords: psychological pain, suicide, relief

## ÍNDICE

Resumen.....	2
Introducción .....	5
Metodología .....	7
Instrumentos y procedimiento.....	8
Análisis estadísticos .....	9
Resultados .....	9
<i>Descriptivos .....</i>	<i>9</i>
<i>Dolor psicológico y suicidio .....</i>	<i>10</i>
<i>Cambios en el dolor psicológico tras la conducta suicida .....</i>	<i>11</i>
Discusión.....	14
Referencias.....	16

## Introducción

En lo que pasa un año, cerca de 1 millón de personas a lo largo del mundo se suicidan, y casi 20 millones lo intentan (OMS, 2021). Según los datos recogidos en 2020 por el Instituto Nacional de Estadística y el Ministerio de Sanidad, el número total de suicidios en España se vio incrementado ese mismo año, generando un total de 3.941 casos, representando un porcentaje 7,3% más alto que el año anterior. Estos datos posicionan a España con una tasa de 8,31 casos por cada 100.000 habitantes. En el año 2019, el suicidio resultó ser la cuarta causa de muerte mundial entre las personas de 15-29 años (MINSAL, 2020).

El suicidio, definido como “acto autodestructivo realizado deliberadamente con la intención de morir”, (Mann, 1998), es un problema de salud pública que afecta a personas de todas las edades y grupos poblacionales (OMS, 2021); las personas que llevan a cabo conductas suicidas mantienen un sentimiento de desesperanza extremo, acompañado de la concepción de la muerte como única salida (Collins & Cutcliffe, 2003). No existe una única causa para explicar dichas conductas, generalmente, esta surge de la combinación de una serie de factores complejos y multicausales, que se ven condicionados por una serie de situaciones que predisponen a los sujetos; estos factores resultan de suma importancia para comprender la incidencia, prevalencia y evolución de los comportamientos suicidas (Silverman & Felner, 1995).

El desconocimiento sobre el espectro suicida obstaculiza el avance de la investigación de este (Klonsky et al., 2016); para poder abarcar eficazmente el espectro suicida es necesario comprender los diferentes comportamientos que se encuentran en él; tal y como defienden Klonsky et al. (2016), la ideación suicida engloba todos aquellos pensamientos, ideas y planificaciones acerca del suicidio propio; los intentos conllevan la ejecución de actos autolesivos intencionalmente letales que por diversas razones no acaban en muerte; y el suicidio consumado es la muerte definitiva consecuente de estas acciones.

Para la correcta comprensión de la investigación, también debemos especificar el significado del dolor psicológico; este tipo de dolor ha sido definido por diversos autores, aunque la definición más acertada es la de Schneidman (1996), quien lo define como “la experiencia introspectiva de emociones negativas, como el temor, la desesperación, el duelo, la vergüenza, la culpa, la soledad o la pérdida”, otra definición aceptada es la de Meerwijk y Weiss (2014), quienes exponen que el dolor psicológico es “un sentimiento desagradable,

duradero e insopportable, resultante de una autovaloración negativa de las propias habilidades y deficiencias”; además, Olié et al. (2010) destacan la importancia de que este sentimiento se caracteriza por ser subjetivo, variando en intensidad y manifestación entre sujetos.

El dolor experimentado durante un episodio depresivo a menudo es catalogado como más doloroso que cualquier otro tipo de dolor físico que se haya experimentado con anterioridad (Osmond et al., 1984), de hecho, según la visión de Schneidman, las actuaciones suicidas deberían ser consideradas como una expresión desesperada de intentar escapar del intenso sufrimiento que de cualquier otra manera parece inevitable. Shneidman (1995) fue uno de los primeros autores en recalcar que las conductas suicidas provienen de la necesidad de terminar con un dolor psicológico insopportable, lo cual también podría dar explicación a aquellas conductas autolesivas cuya intención no es la muerte en sí misma, sino obtener alivio emocional momentáneo (Naidoo, 2019). A menudo, los intentos suicidas son concebidos como medidas desesperadas de detener “un estado interno doloroso”, pretendiendo terminar con la autoconciencia y consecuentemente, con el sufrimiento mental; este tipo de hipótesis se ven apoyadas por la teoría del escape del suicidio (Déborah et al., 2017), sin embargo, todavía no existen estudios que demuestren científicamente si estos intentos de suicidio generan alivio psicológico en las víctimas.

Algo que sí está demostrado es que un nivel más alto de dolor psicológico se asocia con una mayor cantidad de ideaciones/intentos suicidas (Ducasse et al., 2018); los estudios recientes de Alacreu-Crespo et al. (2020) señalan estrechas correlaciones entre altos niveles de dolor psicológico y comportamientos de carácter suicida (incluyendo los tres tipos anteriormente mencionados), a pesar de carecer de diagnóstico depresivo, por lo que la variable del dolor podría servir como predictora de estos hechos o en su defecto, ser de gran ayuda como núcleo relevante a la hora de generar estrategias en la práctica clínica (Alacreu-Crespo et al., 2020). Conociendo esto, podemos afirmar que el dolor psicológico desempeña un papel fundamental a la hora de comprender el proceso suicida, no obstante, dada esta estrecha relación, también resultaría de suma importancia identificar cuáles son los factores clínicos que contribuyen al mantenimiento o a la reducción de dicho dolor, con el objetivo de desarrollar intervenciones de utilidad en el ámbito clínico (Ducasse et al., 2018).

Respecto a los índices de predictibilidad, tal y como exponen Alacreu-Crespo et al. (2020), en la mayoría de la literatura encontrada hasta la fecha, los investigadores parecen estar de acuerdo en que el factor de riesgo de suicidio consumado más importante es la existencia de un intento de suicidio previo. Además, las investigaciones demuestran que tanto las ideaciones como los intentos de suicidio suelen ir precedidos o sucedidos por dolor

psicológico, situando a este tipo de dolor como el motivo más comúnmente señalado como causa de suicidio, (Mee et al., 2006).

A pesar de esto, todavía no sabemos si un intento suicida conlleva un alivio momentáneo de este dolor, sin embargo, algunas investigaciones sobre eutanasia llevadas a cabo por Olié et al. (2016), sugieren que el dolor psicológico y el físico comparten conexiones neurobiológicas; los pacientes consiguen aliviar tanto su dolor físico como el emocional a través de analgésicos, por lo tanto, no resultaría descabellado pensar que un intento de suicidio podría reducir el dolor psicológico percibido por los pacientes.

Teniendo en cuenta que los intentos de suicidio resultan críticos a la hora de identificar los factores de riesgo, centramos nuestro interés en investigar cómo estos acontecimientos vitales influencian a posteriori en el estado emocional y mental de los sujetos. En este estudio, nos gustaría comprobar si las personas con antecedentes suicidas (recientes o pasados) han experimentado cambios significativos en su dolor psicológico respecto a su estado anterior al intento, en comparación con el dolor actual, contrastándolo con aquellos sin este tipo de antecedentes, interesándonos especialmente la presencia o no de alivio sintomatológico. Hipotetizamos que el dolor psicológico de los pacientes con un intento de suicidio reciente disminuirá después del evento suicida. Además, esperamos una diferencia sintomatológica significativa del dolor psicológico entre los sujetos que han realizado intentos, respecto a los que no lo han intentado; como hablamos de un dolor transitorio, esperamos que las personas que muestren intentos de suicidio recientes informarán de un mayor dolor psicológico que aquellos con intentos de suicidio pasados y los controles (Alacreu-Crespo et al., 2022).

## **Metodología**

### **Participantes**

La población utilizada para este estudio ha incluido a 643 pacientes (428 mujeres), con una edad comprendida entre 18 y 76 años (media de edad  $\pm$ SEM=41.71 $\pm$ 12.92 años), admitidos en el hospital por episodios depresivos mayores de acuerdo con los criterios descritos en el DSM-IV en el Departamento de Urgencias Psiquiátricas y Post-urgencias, en el Hospital Académico (CHU) de Montpellier, Francia, de 2010 a 2017. Los criterios de inclusión fueron haber sido ingresado al hospital por mantener conductas suicidas o por presentar un episodio depresivo mayor. Fueron excluidos los casos que padecían un diagnóstico de trastorno esquioafectivo o de esquizofrenia. Los trastornos psiquiátricos

actuales y a lo largo de la vida fueron diagnosticados por psiquiatras veteranos utilizando la versión francesa de la Mini-International Neuropsychiatric (MINI 4.0) (Sheehan et al. 1998).

Los pacientes se dividieron en 3 subgrupos según su historial de actos suicidas: (1) intentos de suicidio recientes (SA-R), es decir, pacientes hospitalizados tras un intento de suicidio en los 7 días anteriores (N=103); (2) intentos de suicidio pasados (SA), es decir, pacientes con una historia de intento de suicidio a lo largo de la vida (N=305) que intentaron suicidarse a más tardar 8 días antes de la evaluación; y (3) controles afectivos (AC), es decir, pacientes sin historia de intento de suicidio (N=235). Se catalogaron como experimentales aquellas personas que habían realizado un intento de suicidio, entendiendo como intento un acto autolítico cuya intención final es la muerte, no teniéndose en cuenta las autoagresiones de carácter no suicida (van Heerigen & Mann, 2014).

El comité de ética del Hospital Universitario de Montpellier (CPP Sud Méditerranée IV) aprobó el estudio, constando del consentimiento informado de todos los participantes. No se realizó seguimiento de este estudio.

### **Instrumentos y procedimiento**

En el momento del ingreso, los pacientes completaron la Escala Análoga Visual (EAV) (Olié et al., 2010) para evaluar el dolor psicológico y físico actual, la media y el peor (en los últimos 15 días). Esta EAV es una línea horizontal recta con las etiquetas "sin dolor" en el extremo izquierdo (puntuación =0) y "peor dolor" en el extremo derecho (puntuación =10). Las instrucciones se limitaron a la siguiente frase: "Por favor, puntúe el nivel de su dolor psicológico/físico". Las instrucciones no incluían ninguna definición explícita sobre el dolor psicológico para no influir en la experiencia de cada paciente.

Los datos de características demográficas, el nivel de educación, el estado civil y antecedentes de tabaquismo fueron recopilados a través de una entrevista cara a cara. Se registraron los tratamientos psicotrópicos actuales para calcular un índice general de carga de medicación. Este índice se basaba en la suma de las dosis de todos los psicofármacos que tomaba el paciente. La dosis de cada fármaco se codificó de 0 a 4 para diferenciar los niveles de dosis de los fármacos (Sackeim, 2001). La carga total de medicación (dosis y tipos de medicamentos tomados) se calculó sumando todos los códigos de medicación individuales para cada categoría y para cada participante individual.

La sintomatología depresiva se evaluó mediante la versión corta del Inventory of Depressive Symptomatology (BDI) y la historia de traumatismo en la infancia, incluida la historia de abuso o negligencia, utilizando el Cuestionario de Trauma Infantil (Bernstein et al., 1994).

## **Análisis estadísticos**

Las variables sociodemográficas y clínicas se compararon con la  $\chi^2$  para las variables cualitativas y el análisis de varianza (ANOVA) para las variables cuantitativas y los 3 grupos de pacientes (SA-R, SA-P y AC) como variables independientes para comprobar si eran comparables entre los grupos.

El dolor psicológico (máximo, medio y actual) se analizó, para los 3 grupos de pacientes, mediante un análisis univariado (ANOVA) controlando las variables significativas para los grupos de pacientes. Las variables controladas fueron: sintomatología depresiva, sexo, estado civil, nivel de estudios, hijos, comorbilidad psiquiátrica, y carga de medicación. A continuación, para comprobar si el dolor psicológico disminuía después del intento de suicidio, se restó al dolor psicológico máximo y medio, el dolor psicológico actual creando dos variables nuevas. Estas variables se analizaron de la misma forma que las variables de dolor psicológico iniciales.

El nivel de significación  $\alpha$  se fijó en 0,05. Las pruebas post hoc se ajustaron mediante la corrección de Bonferroni. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS 22.0.

## **Resultados**

### **Descriptivos**

Las características descriptivas de los tres grupos se resumen en la Tabla 1. En comparación con los grupos SA y SA-R, la única variable en la que el grupo AC contaba con un número mayor era en el índice de mujeres ( $\chi^2 = 7,29$   $p < .026$ ) y dentro de las variables de medicación, tanto el grupo AC como el grupo SA, contenían un número mayor de consumidores de litio respecto al grupo SA-R ( $\chi^2 = 8,15$   $p < .017$ ), mientras que sólo el grupo SA utilizaba un número mayor de analgésicos ( $\chi^2 = 6,79$   $p < .033$ ) respecto al grupo SA-R y AC. Por otro lado, el abuso de alcohol era mayor en los pacientes SA-R, por encima de los grupos AC y SA ( $\chi^2 = 10,92$   $p < .004$ ).

Del mismo modo, en la escala de comorbilidad psicológica, puntuaron más alto los pacientes SA-R en trastorno de estrés postraumático (TEPT), respecto a los grupos AC y SA ( $\chi^2 = 13,67$   $p < .001$ ); al valorar si habían convivido con comorbilidad psicológica alguna vez en su vida, puntuaron más alto tanto el grupo SA-R, como el SA ( $\chi^2 = 26,90$   $p < .020$ ). Revisando los antecedentes suicidas y las variables clínicas, pudimos comprobar que el grupo SA sufría un índice más alto de sintomatología depresiva (BDI) sobre el grupo AC;

ocurría lo mismo respecto al dolor físico actual percibido, siendo mayor en el grupo SA sobre AC ( $F_2, 606 = 4,436, p < .012$ ).

Analizando los resultados del Cuestionario de traumas infantiles comprobamos que existían variaciones: el grupo SA demostró tener una mayor cantidad de personas en la variable de abuso físico respecto a los grupos SA-R y AC ( $\chi^2 = 6,33 p < .042$ ), por el contrario, en la variable de abuso emocional, fue el grupo SA-R el que mostró cantidades más altas de personas con este abuso que el grupo AC, aunque inferiores que el grupo SA ( $\chi^2 = 1,94 p < .379$ ). Por último, en la variable de abuso sexual en la infancia, fueron los pacientes del grupo SA-R los que puntuaron más alto, por encima del grupo AC ( $\chi^2 = 7,94 p < .019$ ).

### **Dolor psicológico y suicidio**

Las puntuaciones medias  $\pm SEM$  de dolor psicológico (actual, medio y máximo) en los 3 grupos se muestran en la Figura 1. La relación entre el dolor psicológico y la conducta suicida se evaluó mediante análisis de variables univariadas y covariadas ajustándose por el nivel de educación, sexo, hijos, estado civil, carga de medicación, comorbilidad psiquiátrica actual y niveles de depresión (BDI).

Los resultados del análisis de varianza en el que utilizamos como variable dependiente el dolor psicológico actual, mostraron resultados no significativos ( $F = 2.313, p = .100$ ). Tampoco obtuvimos resultados significativos para el dolor psicológico medio ( $F = 2, 358, p = ,096$ ). Sin embargo, para el dolor psicológico máximo, si encontramos resultados significativos ( $F = 4,499, p < ,012$ ). Las comparaciones a posteriori mostraron que el grupo AC tenía significativamente menos dolor psicológico máximo comparado con el grupo SA ( $p < .039$ ) y el grupo SA-R ( $p < .023$ ).

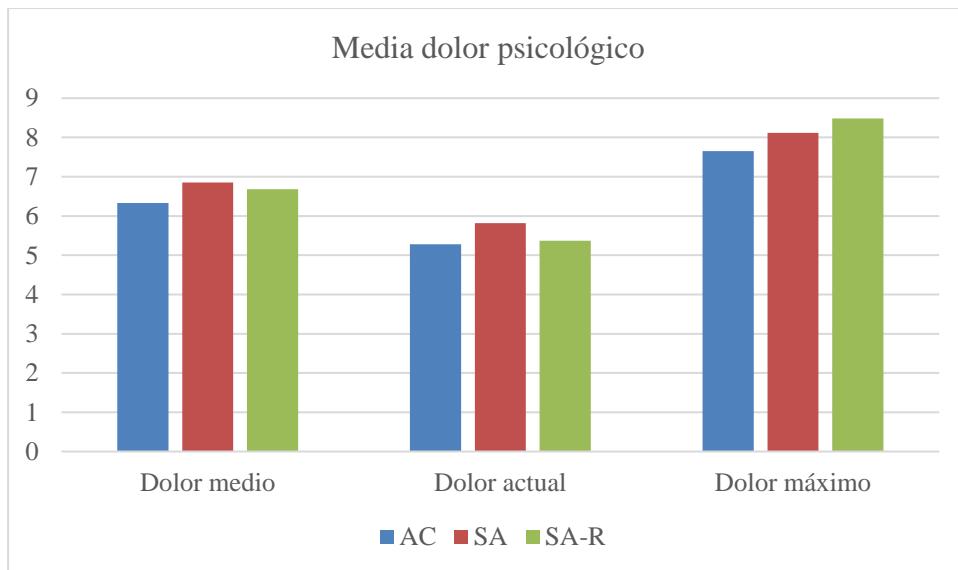


Figura 1

### Cambios en el dolor psicológico tras la conducta suicida/suicidio

Para identificar los cambios en dolor psicológico de los tres grupos experimentales, se calculó la diferencia entre el dolor máximo y el actual (Figura 2) , y también entre el dolor medio y el dolor actual (Figura 3); para comprobar si existía diferencia entre estas restas, realizamos un análisis de varianza y otro de covarianza. El análisis de varianza mostró que no había diferencias significativas entre ninguno de los grupos para ninguna de estas restas ( $p > .050$ ).

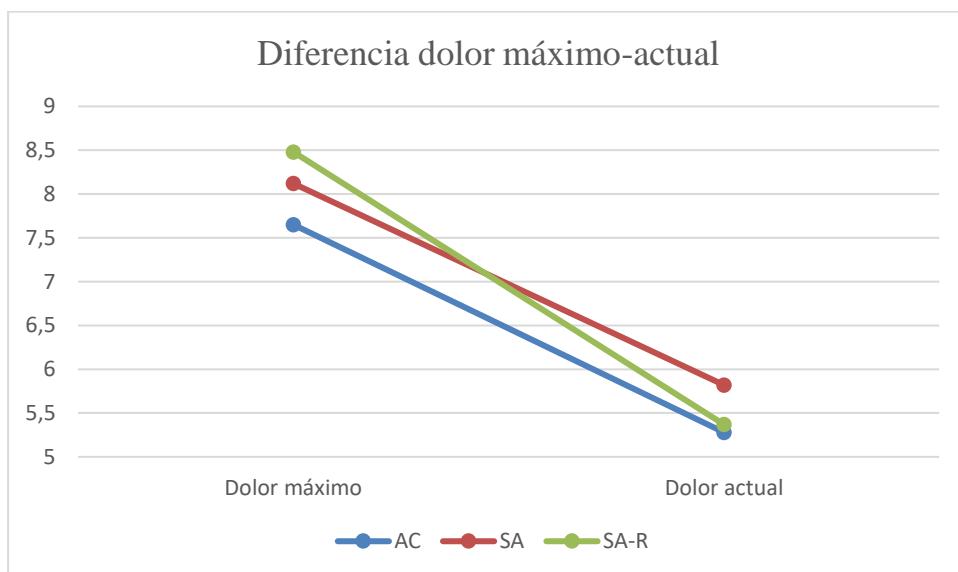


Figura 2

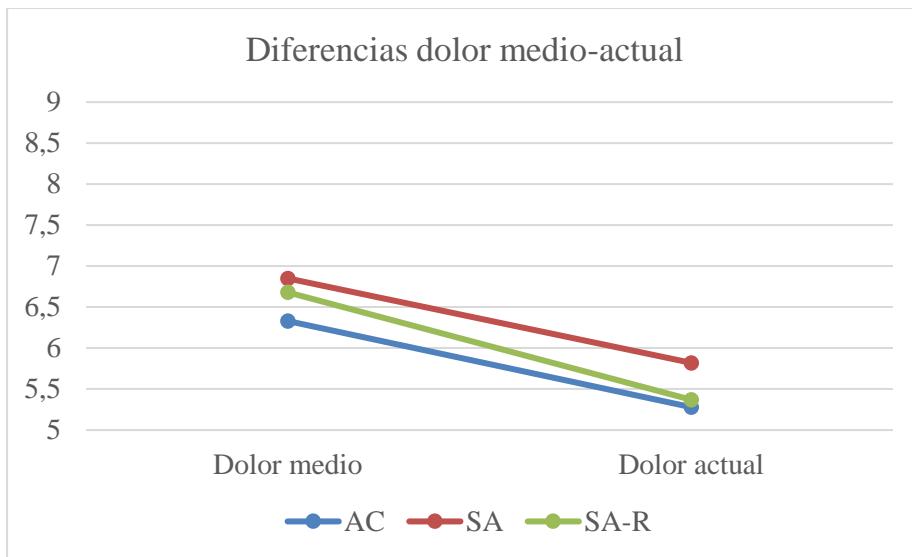


Figura 3

**Tabla 1: Características descriptivas de la muestra:**

13

	SA-R	SA	AC	p-valores	Post-hoc análisis
N =	103	305	235		
<b>Sociodemográfico</b>					
Edad <sup>lg</sup>	40.75 ± 1.33	42.07 ± 0.72	43.09 ± 0.82	p < .178	
Años de estudio <sup>lg</sup>	13.11 ± .27	13.10 ± .16	13.61 ± .16	p < .007	
Mujeres, n (%)	68 (66.0%)	218 (71.5%)	142 (60.4%)	p < .026	AC > SA, SA-R
Fumador actual, n (%)	35 (34.3%)	98 (32.8%)	97 (41.6%)	p < .306	
Sep./Div./Viu., n (%)	48 (27.0%)	21 (20.8%)	13 (14.0%)	p < .047	
Hijos, n (%)	55 (53,4%)	180 (59,0%)	161 (68,8%)	p < .007	
<b>Comorbilidad psiquiátrica actual</b>					
Trastorno de ansiedad, n (%)	55 (53.9%)	110 (36.2%)	23 (9.9%)	p < .000	
TCA, n (%)	9 (8.7%)	34 (11.2%)	17 (7.3%)	p < .300	
Episodio mixto actual	6 (5.8%)	23 (7.6%)	16 (6.9%)	p < .830	
Abuso de alcohol, n (%)	40 (38.8%)	113 (37.3%)	119 (43.8%)	p < .004	SA-R > AC, SA
Abuso de sustancias, n (%)	10 (9.7%)	51 (16.8%)	31 (13.4%)	p < .306	
TEPT, n (%)	17 (16.7%)	45 (14.8%)	13 (5.6%)	p < .001	SA-R > AC, SA
Comorbilidad psicológica, n (%)	83 (80.6%)	226 (74.6%)	156 (67.2%)	p < .026	SA-R, SA > AC
<b>Medicación</b>					
Antidepresivos, n (%)	71 (68.9%)	186 (61.8%)	153 (65.7%)	p < .372	
Ansiolíticos, n (%)	88 (85.4%)	242 (80.4%)	155 (66.5%)	p < .000	
Antiepilepticos, n (%)	17 (16.5%)	67 (22.3%)	54 (23.2%)	p < .369	
Antipsicóticos, n (%)	57 (55.3%)	170 (56.5%)	119 (51.1%)	p < .450	
Litio, n (%)	2 (1.9%)	34 (11.3%)	23 (9.9%)	p < .017	SA, AC > SA-R
Analgésicos, n (%)	11 (10.7%)	20 (6.6%)	8 (3.4%)	p < .033	SA > SA-R, AC
Carga de medicación <sup>lg/</sup>	3.76 ± .13	4.01 ± .21	3.66 ± .23	p < .327	
<b>Antecedentes suicidas y variables clínicas</b>					
Sintomatología depresiva (BDI)	17.01 ± .80	18.26 ± .47	16.14 ± .53	p < .001	SA > AC
Episodio mixto, n (%)	6 (5.8%)	23 (7.6%)	16 (6.9%)	p < .830	
Dolor físico actual	3.03 ± .32	3.13 ± .16	2.55 ± .18	p < .022	SA > AC
Dolor físico máximo	4.76 ± .35	4.79 ± .19	4.36 ± .22	p < .046	SA-R > AC
Suicidio violento lifetime, n (%) ?			—	p < .370	
Suicidio severo en la vida, n (%)	25 (28.7%)	57 (26.6%)	—	p < .931	
N de intentos suicidas	3.02 ± .43	2.48 ± .15	—	p < .619	
<b>Cuestionario de traumas infantiles, moderado/grave</b>					
Total <sup>lg</sup>	50.27 ± 2.01	52.19 ± 1.23	47.82 ± 1.16	p < .080	
Abuso físico, n (%)	26 (30.2%)	92 (42.2%)	34 (30.4%)	p < .042	SA > SA-R, AC
Negligencia física, n (%)	40 (48.2%)	120 (54.8%)	52 (47.7%)	p < .379	
Abuso emocional, n (%)	54 (64.3%)	156 (71.2%)	65 (57.0%)	p < .032	SA-R > AC / SA-R < SA
Negligencia emocional, n (%)	64 (78.0%)	159 (75.4%)	85 (77.3%)	p < .862	
Abuso sexual, n (%)	28 (34.6%)	85 (39.7%)	27 (24.1%)	p < .019	SA-R > AC

Nota: <sup>lg</sup> = log-transformado; SA = Intento de suicidio; AC = Controles afectivos; SA-P = Intentos de suicidio anteriores; SA-R = Intentos de suicidio recientes; Sep./Div./Viu. = Separados, divorciados o viudos; TEPT = Trastornos de estrés postraumático; BDI = Inventario de depresión de Beck; MADRS = Escala de calificación de depresión de Montgomery y Åberg.

## Discusión

Nuestros resultados muestran que la puntuación máxima de dolor psicológico en los últimos 15 días era mayor en las personas con antecedentes, tanto pasados como recientes, sobre las personas del grupo de pacientes control, especialmente el grupo de suicidas recientes, los cuales mostraron una diferencia significativa respecto al grupo control, confirmando la relación entre el dolor psicológico y el comportamiento suicida. Por otro lado, la diferencia de dolor psicológico antes y después del intento de suicidio parecía ser mayor en las personas con suicidios recientes frente a los grupos de suicidas pasados y control, sin embargo, estas diferencias no han resultado significativas, por lo que no podemos confirmar que nuestra hipótesis de que la conducta suicida sea una conducta catártica que reduce el dolor psicológico sea cierta.

Estudios previos, como el metaanálisis de Ducasse et al. (2018) demostraban la relación entre el dolor psicológico y el comportamiento suicida, en nuestro estudio pudimos comprobar que nuestra hipótesis sobre si el dolor psicológico sería más alto en suicidas recientes estaba en lo correcto, al mostrarse diferencias significativas respecto al grupo control. Resulta interesante que el grupo de suicidas pasados mostrara valores mayores de depresión frente a los otros dos grupos, lo cual podría reforzar la teoría de que el dolor psicológico disminuye inmediatamente después de realizar un intento de suicidio; además, pudimos comprobar que existe una alta relación entre los niveles de depresión y el dolor psicológico en las personas que han experimentado conductas suicidas en el pasado respecto a las que nunca lo han hecho, por lo que podríamos confirmar que los niveles de depresión también resultan de suma importancia como predictor de comportamiento suicida.

Tal y como se comprobó en estudios previos, , como el de Olié de 2010, los resultados contradicen la afirmación de que los suicidas recientes muestren un dolor psicológico más alto, al no obtener resultados significativos, por lo que no parece ser muy relevante el hecho de que el intento de suicidio sea reciente o pasado. En nuestro estudio hallamos mayores niveles de dolor psicológico máximo en pacientes con intentos recientes, pero no en dolor psicológico actual, lo cual podría explicarse en que el dolor psicológico no es estático y fluctúa, llevándonos pensar que este pico de dolor podría deberse a la intensidad del dolor experimentado durante las crisis suicidas.

Al no obtener resultados significativos, no podemos afirmar que la disminución de

dolor psicológico tras un intento de suicidio se deba al intento en sí, no obstante, tal y como recalcan Olié et al. (2016), el dolor psicológico y el físico comparten conexiones neurobiológicas, por lo que debería continuarse la investigación por esta vía, controlando quizás otras variables de control diferentes. Durante nuestra investigación, comprobamos que otras variables como la comorbilidad psicológica y el abuso emocional en la infancia mostraron tasas mayores en ambos grupos experimentales sobre el grupo control, del mismo modo, tanto el abuso de alcohol como el trastorno de estrés postraumático parecían ser mayores en pacientes con intentos recientes sobre los otros dos grupos. Estos resultados podrían abrir camino a una nueva línea de investigación que se centre en el cómo el estrés emocional y la comorbilidad psicológica sufrida en la infancia podría resultar de alta relevancia a la hora de predecir comportamientos suicidas en el futuro.

A lo largo de este estudio encontramos algunas limitaciones; es posible que entre las variables que analizamos quizás no exista una relación de causalidad , afectando al estudio de la variable dependiente principal de dolor psicológico. Por otro lado, al tratar con pacientes hospitalizados, es posible que la propia hospitalización y el trato médico hayan afectado a la percepción subjetiva que tenían los pacientes de su dolor psicológico actual.

Finalmente, podemos afirmar que los resultados de esta investigación coinciden con los resultados de estudios previos respecto al papel del dolor psicológico en el comportamiento suicida. Teniendo en cuenta la correlación encontrada, tanto en nuestro estudio como en otros previos, de comorbilidad psicológica con dolor psicológico, futuras investigaciones deberían controlar cómo afecta la predisposición al dolor psicológico de los pacientes con enfermedades de salud mental sobre pacientes sanos.

## Referencias

- Ducasse, D., Holden, R. R., Boyer, L., Artéro, S., Calati, R., Guillaume, S., Courtet, P., & Olié, E. (2018). Psychological Pain in Suicidality: A Meta-Analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(3). <https://doi.org/10.4088/jcp.16r10732>
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annu Rev Clin Psychol*, 12(1), 307-30.
- Larsen RJ, Diener E. A multitrait-multimethod examination of affect structure: hedonic level and emotional intensity. *Pers Individ Dif*. 1985;6(5):631-636
- Alacreu-Crespo, A., Cazals, A., Courtet, P., & Olié, E. (2020). Brief Assessment of Psychological Pain to Predict Suicidal Events at One Year in Depressed Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(5), 320–323.  
<https://doi.org/10.1159/000506957>
- Alacreu-Crespo, A., Guillaume, S., Richard-Devantoy, S., Cazals, A., Olié, E., & Courtet, P. (2022). Clinical Dimensions Associated With Psychological Pain in Suicidal Patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 83(2).  
<https://doi.org/10.4088/jcp.21m14065>
- Baylé FJ, Bourdel MC, Caci H, et al. Factor analysis of French translation of the Barratt Impulsivity Scale (BIS-10). *Can J Psychiatry*. 2000;45(2):156–165.
- Beck AT, Weissman A, Lester D, et al. The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974;42(6):861–865.
- Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*. 1994;151(8):1132–1136.
- Collins, S., & Cutcliffe, J. R. (2003). Addressing hopelessness in people with suicidal ideation: building upon the therapeutic relationship utilizing a cognitive behavioural approach. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 10(2), 175-185.

- Conrad, R., Walz, F., Geiser, F., Imbierowicz, K., Liedtke, R., & Wegener, I. (2009). Temperament and character personality profile in relation to suicidal ideation and suicide attempts in major depressed patients. *Psychiatry Research*, 170(2-3), 212-217.
- Harvey PD, Greenberg BR, Serper MR. The affective lability scales: development, reliability, and validity. *J Clin Psychol*. 1989;45(5):786–793.
- Mee, S., Bunney, B.G., Reist, C., Potkin, S.G., Bunney, W.E., 2006. Psychological pain: a review of evidence. *J. Psychiatr. Res.* 40, 680–690
- Meerwijk EL, Weiss SJ. Toward a unifying definition: response to “The Concept of Mental Pain.” *Psychother Psychosom*. 2014;83(1):62–63.
- Ministerio de Sanidad. (2020). *Mortalidad por suicidio en España*. Recuperado de [https://www.sanidad.gob.es/gl/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Defunciones\\_Suicidio2020.pdf](https://www.sanidad.gob.es/gl/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Defunciones_Suicidio2020.pdf)
- Muehlenkamp, J. J., & Kerr, P. L. (2010). Untangling a complex web: how non-suicidal self-injury and suicide attempts differ. *The Prevention Researcher*, 17(1), 8–11.
- Naidoo, S. (2019). The prevalence, nature, and functions of non-suicidal self-injury (NSSI) in a South African student sample. *South African Journal of Education*, 39(.), 1–10. <https://doi.org/10.15700/saje.v39n3a1697>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.013>
- Olié, E., & Courtet, P. (2016). The Controversial Issue of Euthanasia in Patients With Psychiatric Illness. *JAMA*, 316(6), 656-657. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.9883>
- Organización Mundial de la Salud (17 de junio de 2021). *Suicidio*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

- Osmond, H., Mullaly, R., Bisbee, C., 1984. The pain of depression compared with physical pain. *Practitioner* 228, 849–853.
- Prinstein, M. J., Nock, M. K., Simon, V., Aikins, J. W., Cheah, C. S. L., & Spirito, A. (2008). Longitudinal trajectories and predictors of adolescent suicidal ideation and attempts following inpatient hospitalization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 92–103. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.92> (meter cita)
- Sheehan DV, Lecriubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for *DSM-IV* and *ICD-10*. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(suppl 20):22–33, quiz 34–57.
- Shneidman, E. S. (1996). *The suicidal mind*. Oxford University Press.
- Silverman, M. M., & Felner, R. D. (1995). The Place of Suicide Prevention in the Spectrum of Intervention: Definitions of Critical Terms and Constructs. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(1), 70–81. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1995.tb00393.x>
- van Heeringen K, Mann JJ. The neurobiology of suicide. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(1):63–72.