



Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

ISSN: 2340-2733

redaccion@RevistaAEN.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría

España

García-Haro, Juan; García-Pascual, Henar; Blanco de Tena-Dávila, Elena; Aranguren Rico, Paloma; Martínez Sallent, Mònica; Barrio-Martínez, Sara; Sánchez Pérez, Mónica T.

Suicidio más allá del diagnóstico: un enfoque centrado en la persona y su circunstancia

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría,  
vol. 43, núm. 144, 2023, Julio-Diciembre, pp. 47-71

Asociación Española de Neuropsiquiatría  
Madrid, España

DOI: <https://doi.org/10.4321/S0211-57352023000200003>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265076222017>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Suicidio más allá del diagnóstico: un enfoque centrado en la persona y su circunstancia

## Suicide Beyond Diagnosis: A Person and Their Circumstances-Centered Approach

JUAN GARCÍA-HARO<sup>a</sup>, HENAR GARCÍA-PASCUAL<sup>b</sup>, ELENA BLANCO DE TENA-DÁVILA<sup>c</sup>, PALOMA ARANGUREN RICO<sup>d</sup>, MÓNICA MARTÍNEZ SALLENT<sup>e</sup>, SARA BARRIO-MARTÍNEZ<sup>f</sup>, MÓNICA T. SÁNCHEZ PÉREZ<sup>g</sup>

*a) Psicólogo clínico. Servicio de Salud del Principado de Asturias. ORCID iD: 0000-0002-0250-1330*

*b) Enfermera Especialista en Salud Mental. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Asturias, España. ORCID iD: 0000-0001-6955-8860*

*c) Enfermera Maestra en Salud Colectiva y Doctoranda en Antropología de la Salud. Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social, Universitat Rovira i Virgili. Tarragona, España. ORCID iD: 0000-0002-9248-5791*

*d) Psicóloga Interna Residente. Servicio de Salud del Principado de Asturias. ORCID iD: 0000-0001-5290-0746*

*e) Psicóloga clínica. Servicio de Salud del Principado de Asturias. ORCID iD: 0000-0001-5987-8895*

*f) Psicóloga General Sanitaria. Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla (IDIVAL). Cantabria. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España. ORCID iD: 0000-0003-1988-905X*

*g) Enfermera Especialista en Salud Mental. Servicio Madrileño de Salud. Madrid, España. ORCID iD: 0000-0003-4575-6816*

*Correspondencia: Juan García-Haro (juanmgarciaharo@yahoo.es)*

Recibido: 24/01/2023; aceptado: 26/05/2023

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



**Resumen:** Existe una pluralidad de enfoques sobre el suicidio. En la literatura científica y en el ámbito sanitario es hegemónico el modelo biomédico. En este trabajo se presenta un modelo alternativo, existencial-contextual, de estudio, comprensión, prevención y posvención del suicidio en el ámbito sanitario. El trabajo se divide en dos partes. La primera expone los tres elementos esenciales del modelo existencial-contextual: la noción de persona, el concepto de problemas de la vida y la práctica de la relación de cuidado y acompañamiento. La segunda desarrolla algunas de las diferencias asistenciales más importantes entre el modelo biomédico y el existencial-contextual del suicidio. Se concluye en la necesidad de superar el paradigma suicidológico biomédico tradicional y construir un espacio amplio transdisciplinar de reflexión suicidológica crítica a la altura de nuestro tiempo. Este cambio de paradigma requiere pasar de una lógica que prioriza lo patológico-biológico-farmacológico a otra socio-psico-política del suicidio que integre las aportaciones del modelo biomédico sin reducirse a ellas.

**Palabras clave:** suicidio, contextual, existencia, prevención del suicidio.

**Abstract:** There is a plurality of understanding approaches to suicide. In the scientific literature and the healthcare field, the biomedical model is hegemonic. This paper presents an alternative existential-contextual model for the study, understanding, prevention and postvention of suicide in the healthcare field. The academic paper is divided into two parts. The first part sets out the three essential elements of the existential-contextual model: the notion of personhood, the concept of life problems and the practice of caring and supportive relationships. The second one develops some of the most important differences in care between the biomedical and the existential-contextual models of suicide. It concludes with the need to overcome the traditional biomedical suicidological paradigm and to build a broad transdisciplinary space for critical suicidological reflection that is up to date with our times. This paradigm shift requires moving from a logic that prioritizes the pathological-biological-pharmacological to a socio-psycho-political logic of suicide that integrates the contributions of the biomedical model without being reduced to them.

**Key words:** suicide, contextual, existence, suicide prevention.

*Aunque no entienda, me quedo a tu lado  
y apago la voz.*

*A veces, la simple presencia  
es la mayor comprensión.*

Rozalén (1)

## INTRODUCCIÓN

**E**L SUICIDIO ES UN EVENTO DE SALUD PÚBLICA de gran relevancia. Se puede definir como el acto intencional consumado de quitarse la vida o procurarse la muerte. Esta definición pone el acento en tres elementos: la consumación del acto, la intención y la agencia o autoría (2). Su prevención a nivel social y la ayuda en el ámbito sanitario constituye un desafío de gran envergadura.

Si bien el enfoque biomédico es hegemónico en los sistemas de atención a la salud mental en todo el mundo occidental (para una visión de la situación en España, véase Doblytè (3,4)), en los últimos años se vienen proponiendo nuevos modelos de comprensión-explicación, estudio, intervención, prevención y posvención del suicidio más contextuales-fenomenológicos-existenciales-etnográficos (5-11). Este giro conceptual, más acorde con una post-suicidología o suicidología crítica (7, 12-16), recupera la centralidad de los factores existenciales-contextuales (biográficos, espirituales, morales, narrativos, psicológicos, histórico-políticos, socio-económicos, geográfico-culturales) en la comprensión, prevención y perspectivas de resolución de los fenómenos suicidas, más allá del factor nivelador e impersonal del diagnóstico nosológico y del análisis de los factores estadísticos de riesgo.

Existe una pluralidad de enfoques sobre el suicidio en el sector sanitario. Entre ellos destacan cuatro: biomédico, epidemiológico, psicológico y social (17). Estos distintos enfoques se podrían reducir a dos modelos básicos que apenas empiezan a diferenciarse en la suicidiología contemporánea (18). Por un lado, estaría el modelo biomédico (18-24) y, por el otro, el modelo contextual-fenomenológico (25-27) o existencial-contextual del suicidio (6, 28-37).

## MODELO EXISTENCIAL-CONTEXTUAL: PERSONA Y CIRCUNSTANCIA

El modelo existencial-contextual se apoya en cuatro ejes interconectados:

1) Se basa en la noción de persona en cuatro sentidos o dimensiones: a) como paciente del *pathos*; b) como agente de la acción-experiencia; c) como protagonista y autor o actor y personaje (véase la dinámica Yo/mí en James, *Self* yo en Castilla del Pino o yo-ejecutivo/yo-vocación en Ortega) de su vida y trayectoria existencial; y d) como centro bioético del proceso de ayuda.

2) Parte del concepto de problemas de la vida como base experiencial-conductual y configuradora de los llamados trastornos psicológicos/psiquiátricos.

3) Toma la relación de acompañamiento y cuidado como eje central y cimero de la relación terapéutica.

4) Coloca el foco de la ayuda en el proceso/conducta suicida en sí mismo, como fenómeno conductual complejo, vital-biográfico, más que en el manejo del riesgo o el tratamiento de una enfermedad mental subyacente y supuestamente explicativa de la ideación suicida. En este sentido, una prestigiosa revisión sistemática y metaanálisis (38) concluyó que las intervenciones psicológicas que abordan la conducta suicida de forma directa son efectivas tanto a corto como a largo plazo, mientras que aquellas que lo abordan solo de manera indirecta (centrándose en otros aspectos como la desesperanza, depresión, ansiedad, calidad de vida, etc.) suelen tener menor eficacia o ni siquiera tenerla (39).

En este trabajo nos centramos en los tres primeros ejes del modelo existencial-contextual. Para una mejor comprensión del cuarto, véase García-Haro *et al.* (29).

#### *a) Persona*

La noción de persona o persona humana tiene una larga tradición en contextos cotidianos, científico-técnicos y filosóficos (40). En la Grecia clásica encontramos referencias a la “persona” como la máscara o careta que usaban los actores de la tragedia para actuar. Así, el término *per sonare* es el antecedente etimológico del constructo psicológico moderno “personalidad”. Situados en el siglo xx, interesa el movimiento filosófico personalista y, en concreto, la obra de E. Mounier y J. Lacroix (41), sin olvidar a autores como Scheler, Landsberg y Zubiri. El movimiento personalista en ciencias de la salud tiene su origen en el giro humanista dado en medicina a mediados del siglo xx; véase la aportación de Cassell a la bioética (42). Por un lado, plantea un abandono del esquema de paciente como enfermo receptáculo de la ayuda experta en favor de un modelo de persona sufriente con derecho a decidir en el proceso de ayuda (principio de autonomía en bioética). Por otro lado, cuestiona que el profesional sanitario deba ser entendido como experto que decide unilateralmente. En definitiva, la aportación de este giro humanista estriba en un cambio de valores; colocar a la persona y su experiencia como centro de la atención sanitaria. El “consultante” –designación propuesta para superar el tradicional uso del término “paciente” (43)– deja de ser solo un cuerpo físico alterado y sin agencialidad y pasa a tener capacidad de acción-decisión y expresión de preferencias, valores e intereses. Esta capacidad dependería, eso sí, de los límites impuestos por los sistemas sanitarios y la necesidad de preservar los derechos de todas las personas implicadas en la atención sanitaria

y recepción de cuidados. Según este cambio en la sensibilidad médica, se trataría de incorporar el personalismo y las ciencias sociales al estudio de las formas de percepción, expresión y gestión del sufrimiento.

En enfermería encontramos cómo la noción de persona forma parte de la esencia de la práctica del cuidado (44, 45). La psicología y la psiquiatría incorporan la noción de persona en fecha tan temprana como 1922. Así, Binswanger hablaba de que el objeto de la psiquiatría (y de la psicología) es la investigación de la persona o personalidad humana (46). En 1960, Laing desarrolla en su magistral estudio *El yo dividido* los fundamentos existenciales-fenomenológicos de una ciencia de las personas. Señalaba ahí que si no se ha constituido en psiquiatría una auténtica ciencia de las personas es a causa de la inveterada tendencia científico-naturalista a despersonalizar, a “reificar”, a las personas, lo cual solo conduce a un “falso” conocimiento (47). Finalmente, en esta línea personalista, podríamos señalar a psicoterapeutas humanistas y existenciales destacados tales como Rogers (48) y Villegas (49) con sus propuestas, diferentes pero afines en lo esencial, de una psicoterapia centrada en el proceso de convertirse en persona autónoma.

### *b) Problemas de la vida*

Los problemas de la vida se refieren al conjunto de adversidades, agobios, conflictos, decepciones, pérdidas, crisis, etc. que enfrenta una persona a lo largo de su ciclo vital. Serían cuestiones inherentes del vivir humano, esto es, asuntos procedentes del “sentimiento trágico de la vida” (50). La vida humana –decía Ortega– consiste en “las cosas que hacemos y nos pasan” (51, p. 353), es la dramática interacción de un yo en proceso (*in fieri*) con su circunstancia o mundo circundante. Si utilizamos la célebre fórmula ortegiana yo-circunstancia, valdría decir que la noción de persona remite al polo del yo (sin confundirse con él) y los problemas de la vida serían una parte de la circunstancia, aquella que le presenta su resistencia-ejecutividad al proyecto de vida. Recuérdese que en la metafísica orteguiana de la vida humana como realidad radical, la circunstancia suele ser entendida como el conjunto de facilidades y dificultades (*prágmata*) que encuentra ante sí un yo en su esfuerzo de hacer(se) su vida-proyecto.

Los problemas de la vida pueden entenderse, de acuerdo con el tradicional esquema de Aristóteles de las cuatro causas (material, formal, motriz o eficiente y final) (52), como la causa material de los problemas clínicos. No obstante, como señala Pérez Álvarez (52-55), un problema de la vida no es un problema clínico (una reacción no de duelo equivale a una depresión clínica), pero sin él no existiría el trastorno. Para la constitución de un trastorno, entendido este en el sentido psicopatológico tradicional, se precisarían dos elementos: uno de configuración del problema y otro

de transición. La configuración del trastorno mental/psiquiátrico coincide con la noción de situación patógena. Se refiere a una determinada configuración gestáltica de ser-en-el-mundo que acaba formando un bucle psicobiológico del que no es fácil salir sin ayuda y donde los esfuerzos de salida introducen aún más a la persona en el problema. El elemento de tránsito sería la llamada hiperreflexividad (sociocultural, institucional y biográfica) (56). La diferenciación entre problema de la vida y problema clínico es, como se puede apreciar, compleja y difusa, como es propio en los fenómenos interactivos (53-55). Sin embargo, renunciar a su comprensión y demarcación es, a nuestro juicio, un error que conlleva graves consecuencias conceptuales y asistenciales, pues implica colocarse en una preconcepción dualista y biomédica de los problemas clínicos.

Visto así, la condición psico(patológico) –grafismo introducido en psiquiatría por Castilla del Pino (57)– no estaría dentro de uno (en su mente, según la expresión trastorno mental, ni en su cerebro, según la noción tradicional de enfermedad mental), sino que sería uno quien se encuentra dentro de una situación problemática. Esto lleva a Pérez Álvarez (56) a reformular la naturaleza de los trastornos psicológicos/psiquiátricos, más allá de dualismos y de monismos, como la noción dialéctica de persona atrapada en una situación o bucle patógeno.

Este tipo de situaciones problemáticas dentro de las cuales se encuentra atrapada la persona están en la base de la ideación suicida. Pueden dividirse en dos grandes grupos: 1) según la etapa del ciclo vital individual y familiar (infancia, adolescencia, juventud, vida adulta y vejez); y 2) según colectivos vulnerables y vulnerados (personas sin hogar, población migrante, recluso/as, refugiado/as, personas LGTBIQ+, etc.). Cada una de estas etapas y grupos, según las formas de vida culturalmente situadas, tendría su configuración prototípica de temas y problemas a resolver. No es este el lugar para una revisión exhaustiva de dichos contextos y grupos de riesgo. Se remite al lector a trabajos previos (25). Lo que sí interesa señalar es que, desde esta perspectiva, el suicidio y las conductas suicidas se entienden antes como resultado de problemas de la vida (biografía) que se atascan que como alteraciones causales cerebrales, hormonales, genéticas, etc. (biología).

Para apoyar su propuesta de persona atrapada en una situación o bucle patógeno, Pérez Álvarez introduce la noción de configuración de circunstancias y reacciones personales (hábitos, estilos personales). La neurobiología de las adicciones (Lewis), la psicopatología ecológica (Fuchs) y la psiquiatría enactiva (De Haan) serían ejemplos de configuración en este sentido. Esta visión de la psico(patológico)logía no descuida la importancia de la alteración biológica, sino que la integra como un elemento más dentro de la configuración o bucle dialéctico persona/contexto. Cada situación tendría, por lo demás, su atmósfera afectiva o temple anímico particular (56).

El apoyo comunitario y el establecimiento de una relación terapéutica basada en el acompañamiento y el cuidado podrían ser claves de primer orden para encontrar la salida a este tipo de situaciones de atrapamiento o bucles problemáticos.

### *c) Relación de acompañamiento y cuidado*

El logro de una fuerte alianza colaborativa es un requisito esencial en la ayuda a las personas con ideación suicida (58-61).

En trabajos anteriores hemos tratado el asunto de las habilidades terapéuticas en el abordaje de la conducta suicida (62,63). En esta ocasión nos detenemos en tres principios básicos que articulan las relaciones de ayuda y que, pensamos, son clave en el cuidado y acompañamiento a personas en situación de riesgo suicida: el sentido de presencia, la sintonización corporal y la escucha analógica.

1) El sentido de presencia se refiere a un saber estar con y para el otro, permaneciendo atento, en el aquí y ahora de la sesión, a los objetivos, emociones y necesidades implícitos que se generan en la comunicación terapéutica. “La ayuda comienza con lo que somos y se extiende a lo que hacemos” (64). Llevarnos al encuentro terapéutico es la condición esencial para todo lo que sigue. La postura del profesional aquí es de compromiso respetuoso y empático con la experiencia y narrativa en evolución del consultante sobre sí mismo, el mundo y los demás. Se trata de una presencia receptiva y al mismo tiempo reflexiva que trata de aprovechar el poder de lo poético en la conversación terapéutica (65). La mera “presencia reservada”, tal vez la más silenciosa o la que evita saturar el espacio y las posibilidades del consultante, es una forma sutil y eficaz de cuidado (66). Con esta actitud el profesional demuestra un interés profundo hacia el consultante, su historia y su sufrimiento. Esta actitud permite focalizar la consciencia y rastrear tanto los fenómenos de la corporalidad como de la intersubjetividad; véanse las dimensiones emocionales y los intentos de reconstrucción de significados. El sentido de presencia emerge cuando podemos sostener el estar ahí inundados por el no saber qué decir ni qué hacer (67). El reconocimiento del consultante y su fragilidad son la base de un trato ético, como afirma Levinas y recoge Bleichmar (68), al expresar que esa presencia inquietante nos convoca en responsabilidades infinitas. La caricia, en su dimensión metafórica, representa una combinación de la firmeza y sutileza que implica mantenerse presente. Palabra, mirada y caricia son, pues, tres elementos indisolubles del acto del cuidado (69).

2) La sintonización corporal consiste en que el terapeuta presta atención a su cuerpo (reacciones emocionales-corporales) para sintonizarse con las necesidades del otro. ¿Qué hago?, ¿le pregunto sobre las ideas de suicidio?, ¿la dirijo?, ¿la acompaño?, ¿qué efecto emocional y qué significado tiene para mí el hecho de que

esa persona no venga a la cita?, ¿me siento aliviado?, ¿me preocupa?, ¿hace que me cuestione algo? Existe una propiedad transitiva en la relación profesional-consultante. La presencia regulada del profesional contribuye a que el consultante se sienta seguro y previene de una experiencia de mayor fragmentación o confusión. Habitamos, metafóricamente, el mismo cuerpo: si mi presencia como profesional está dominada por el temor, la otra persona puede asustarse; por el contrario, si soy capaz de regular mi malestar emocional, la puedo ayudar, de forma transitiva, a tolerar y aceptar su dolor.

3) La escucha analógica es aquella que atiende a las experiencias implícitas del consultante, así como a las del terapeuta. Se trata de escuchar con los ojos y los oídos. Tanto en las relaciones de ayuda como en las relaciones cotidianas estamos acostumbrados a escuchar la semántica superficial del mensaje de nuestro/a interlocutor/a, mientras que la estructura profunda de significado (emociones y necesidades soterradas) permanece oculta y tácita. Al poner entre paréntesis nuestros supuestos teóricos de comprensión, ostentamos una actitud fenomenológica que facilita la apertura al mundo del otro y que no debe confundirse con una actitud neutral u objetiva (70). Desde esta perspectiva, el afecto, tanto positivo como negativo, se vería como una fuente de comprensión que hay que validar y explorar más que como un problema a eliminar (64). Como dice Laso (71), las emociones no son eventos a resolver, trabajar, gestionar o modificar, sino un recurso para acceder a las necesidades implícitas del otro y eventualmente honrarlas. La escucha analógica, como la empatía, consiste no en “ponerse en el lugar del otro”, sino en atender a la vibración o eco de la emoción del otro en uno/a misma como una forma de acceder a su subjetividad. “Se trata de encontrar al otro en uno/a mismo/a y, sobre ese terreno común, ayudarlo a dialogar consigo mismo y los demás” (72, p. 100). Se trata de encontrar a esa persona dentro de uno mismo, para, a través de ella, participar de su experiencia. Implica conectar con el otro en mí para armonizar al mí en el otro.

Otros tres principios, o “tres P”, clave en las relaciones de acompañamiento y cuidado, y que son especialmente importantes en la ayuda a personas con ideación suicida son: Permiso, Proceso y Paciencia (73).

#### DIFERENCIAS ENTRE EL ENFOQUE BIOMÉDICO Y EL EXISTENCIAL CONTEXTUAL DEL SUICIDIO

El modelo biomédico y el existencial-contextual del suicidio se diferencian en una serie de dimensiones, como se muestra en la Tabla 1.

TABLA I

*Diferencias conceptuales entre el enfoque biomédico y el existencial-contextual del suicidio*

Visión de la ciencia, del mundo y de los problemas humanos	Formista-mecanicista (74). Ciencia natural positivista.	Holista-funcional (74). Ciencia humana (transdisciplinar, contextual).
Metodología de investigación	Cuantitativa-nomotética-poblacional (diseño de grupos). Ensayo Controlado Aleatorizado, Metaanálisis.	Mixta (cualitativa-cuantitativa)-idiográfica. Método clínico (caso único), grupo focal.
Instrumentos	Entrevista clínica centrada en la identificación de factores de riesgo y parámetros topográficos y cuantitativos de la conducta suicida. Anamnesis y exploración psicopatológica. Escala de riesgo psicométricas.	Entrevista clínica narrativo-colaborativa-fenomenológica centrada en la evaluación funcional, el mundo vivido y el mundo construido o mundo de significados.
Evaluación	Centrada en el riesgo: Estimación, predicción y estratificación del riesgo (leve, moderado, alto). Principalmente mediante escalas.	Centrada en la comprensión del proceso/ conducta suicida en sí mismo como problema vital-biográfico (no como síntoma de un trastorno mental). Principalmente mediante la entrevista funcional-fenomenológica.

Intervención	<p>Centrada en la toma de decisiones: derivación/ ingreso.</p> <p>Centrada en el tratamiento del trastorno mental (control de síntomas mediante psicofármacos).</p> <p>Centrada en el manejo del riesgo (psicofármacos, vigilancia, control de métodos potencialmente letales y plan de seguridad).</p>	<p>Centrada en la psicoterapia y el acompañamiento comunitario.</p> <p>Centrada en el proceso/ conducta suicida en sí mismo como problema vital-biográfico.</p> <p>Relación de cuidado y acompañamiento.</p>
Prevención	<p>Predicción y prevención de trastornos y factores de riesgo.</p> <p>Centrada en campañas de concienciación sobre el suicidio como síntoma, consecuencia o sinónimo de enfermedad mental (normalmente depresión). Énfasis en la necesidad de cribado, detección, diagnóstico y tratamiento farmacológico inmediato.</p>	<p>Promoción de contextos de vida saludables y factores de protección.</p> <p>Centrada en campañas de concienciación sobre el suicidio como un problema humano (existencial) que puede beneficiarse de la búsqueda de ayuda (personas cercanas, grupos naturales, asociaciones, teléfonos de ayuda, profesionales).</p>
Posvención	<p>Centrada en el tratamiento preventivo de síntomas de salud mental en el superviviente mediante medicación psiquiátrica.</p>	<p>Centrada en la elaboración del duelo del superviviente mediante la relación de cuidado y acompañamiento.</p>

Fuente. Modificado de García-Haro *et al* (29, pp. 52-53).

Aquí nos limitaremos a desarrollar las siguientes diferencias: presupuestos filosóficos, diferencias estructurales, implicaciones en las figuras de paciente y terapeuta e implicaciones asistenciales.

### a) Presupuestos filosóficos

En su libro *Filosofía del sufrimiento* (75), Bueno Gómez revisa las modalidades históricas de gestión del sufrimiento y del dolor en nuestra cultura occidental. Entre ellas señala la gestión biomédica, la religiosa, la social, la biopolítica, la moral y la artística. Cuando analiza la gestión biomédica del sufrimiento señala que esta contiene como presupuesto filosófico el dualismo cartesiano (cuerpo-mente o cerebro-mente). A su juicio, este dualismo, en su aplicación a la biomedicina, presenta una serie de límites y riesgos entre los que destaca la biomedicalización. Específicamente, en el ámbito de la salud mental, estos límites y riesgos se epitomizan hasta llegar a resultar iatrogénicos. Bueno Gómez plantea recuperar una orientación fenomenológica para superar el dualismo cartesiano que empapa las aproximaciones biomédicas a la salud mental. Propone un proceso bidireccional de “in-corporar la mente” y “mentalizar el cuerpo” (75). Véanse en esta línea las nociones de mundo vital de Ortega, o mundo-vida, *Lieb*, de Husserl (76) y *affordance* (77). El modelo existencial-contextual propone una salida al dualismo cartesiano (un mundo mental interior y una realidad física exterior) a través de la filosofía contextual (78) y de la filosofía fenomenológico-existencial (véase aquí la noción de ser-en-el-mundo o *Dasein* en Heidegger, y la de yo-circunstancia o vida humana individual como realidad radical en Ortega). Se trata, pues, de buscar una salida al modelo biomédico de salud mental más allá de la mente y del cerebro (79,80).

### b) Diferencias estructurales

El modelo biomédico del suicidio, según se aplica en los sistemas sanitarios de nuestro entorno, se caracteriza por ser *diagnosticocéntrico*, *farmacocéntrico* y *hospitocéntrico*. El existencial-contextual, en cambio, se caracterizaría por ser *transdiagnóstico*, *psicosocial* y *comunitario*. Véase Tabla 2.

No se trataría, por lo demás, de dos modelos necesariamente disyuntivos, pues ambos podrían (y deberían) actuar sinérgicamente para asegurar una mejor atención sanitaria. El diagnóstico, el fármaco y el hospital son elementos necesarios en determinadas situaciones o momentos, especialmente en una cultura clínica como la nuestra en la que el control inmediato de lo sintomático y la obtención de resultados rápidos y sin esfuerzo se ha normativizado. Sin embargo, que la triada diagnóstico-fármaco-hospital sea útil en determinadas situaciones no impide observar críticamente sus múltiples limitaciones. El diagnóstico mental puede confundir acerca de cuál es la causa real del malestar, simplificar la diversidad etiológica y motivacional del fenómeno suicida y silenciar factores sociales, biográficos, culturales, políticos o económicos implicados. El fármaco, por su lado, puede cronificar la ideación sui-

TABLA 2

*Principales diferencias estructurales entre el enfoque biomédico y el existencial-contextual del suicidio en su aplicación práctica en el sector sanitario*

Modelo biomédico	Modelo existencial-contextual
<p><i>Diagnosticocéntrico:</i> la comprensión de la clínica (véanse aquí las conductas suicidas: ideación, tentativas, suicidio consumado) se basa en tipificar síntomas y establecer diagnósticos nosográficos supuestamente estructurales y etiológicos.</p> <p><i>Farmacocéntrico:</i> prioriza la medicación psiquiátrica y solo cuando esta opción llega a su techo se implementa la psicoterapia como apoyo o complemento.</p> <p><i>Hospitalocéntrico:</i> el lugar o topos principal de ayuda y atención clínica a los fenómenos suicidas se ubica en el servicio de urgencias y en las unidades de hospitalización psiquiátrica de los hospitales generales.</p>	<p><i>Transdiagnóstico:</i> la comprensión de la clínica es transversal a las diferentes categorías diagnósticas, tratando de identificar procesos patógenos comunes en la continuidad normalidad-alteración.</p> <p><i>Psicosocial:</i> prioriza la ayuda psicosocial y psicoterapéutica y solo cuando estas opciones no funcionan se implementa la ayuda farmacológica como apoyo o complemento.</p> <p><i>Comunitario:</i> el topos principal de ayuda y atención clínica se ubica en la comunidad y sus recursos: centros de atención primaria, servicios sociales, y centros de salud mental.</p>

cida y producir adicción o dependencia (81). La centralización de la atención y prevención de las conductas suicidas en el ámbito hospitalario puede generar una burbuja terapéutica artificial que, aunque proporciona eficazmente cuidados técnicos en situaciones agudas de salud, puede dificultar la promoción y seguimiento comunitarios de la salud bio-psico-social-existencial en contextos cotidianos. Para una revisión crítica de lo hospitalario como burbuja y la necesidad de incorporar estrategias comunitarias que prolonguen y enriquezcan el cuidado en salud mental, remitimos al lector a Aranguren Rico *et al.* (82).

Estos dos modelos suicidológicos que estamos discutiendo proponen *ethos* terapéuticos y culturas clínicas totalmente diferenciados, los cuales condicionan el planteamiento de estrategias para la evaluación, la intervención, la prevención y la

posvención de los fenómenos suicidas. Los consultantes y los profesionales han de tomar consciencia de que las políticas sanitarias no son neutras, pues determinan las creencias sociales e individuales acerca de las causas y naturaleza de los procesos del enfermar y acerca de las prácticas de ayuda que deben ser apoyadas e implantadas.

### *c) Diferencias en las concepciones de paciente y terapeuta*

De acuerdo con el modelo biomédico tradicional, el llamado “paciente suicida” (22) se vería como un receptor pasivo del tratamiento que un profesional experto aplica sobre el mecanismo averiado de su enfermedad. De acuerdo con el modelo existencial-contextual, la persona consultante sería experta en su experiencia-existencia y dispondría de capacidad de acción-decisión para colaborar (a veces con defensas y autoengaños) con un profesional siempre en el marco del principio bioético de autonomía (83-86).

En el modelo biomédico, el profesional es el único experto en el conocimiento de la enfermedad que aqueja al paciente y, por lo tanto, está capacitado para intervenir sobre los procesos defectuosos de la dualidad cuerpo/mente. Por el contrario, el modelo existencial-contextual propone una relación colaborativa-narrativa entre expertos: una persona formada en las herramientas y procesos del cambio humano, y una persona especialista en sí misma.

Diferentes concepciones del paciente-consultante (enfermo a curar sin agencialidad vs. persona experta en su vida y agente/responsable de sus acciones/decisiones pero necesitada de ayuda/colaboración) generan diferentes configuraciones de relación terapéutica (reducción y control de síntomas vs. acompañamiento y colaboración en el análisis y resolución de problemas) y modos diferenciales de estar y ejercer la práctica clínica ante los fenómenos suicidas (estar expectante y parapetado tras un protocolo y lo legislativo vs. estar presente y abierto a la incertidumbre y a las decisiones-acciones del consultante).

### *d) Diferencias en las agendas asistenciales y en la teoría del cambio*

Las divergencias que existen entre el modelo biomédico y el existencial-contextual justifican que haya dos estrategias claramente diferenciadas para la evaluación, intervención y prevención, por un lado, y para la explicación de cambios comportamentales asociados a fenómenos suicidas, por otro, tal y como se explica a continuación.

A. Si el suicidio y los fenómenos suicidas se entienden como (a) *síntomas* de un trastorno mental (típicamente depresión); (b) como consecuencia, complicación o evolución “natural” de una enfermedad psiquiátrica (véase la llamada depresión

resistente); o incluso como (c) una enfermedad psiquiátrica en sí misma –véase la propuesta del trastorno del comportamiento suicida incluida en la sección III “condiciones para la futura investigación” del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (87)–, entonces:

1. La evaluación consistirá en una anamnesis dirigida a la identificación de antecedentes psiquiátricos, a la descripción de síntomas-diagnósticos y a la estimación y estratificación del riesgo a través de preguntas directas y escalas psicométricas.
2. La intervención y la prevención se centrarán en la detección precoz de la enfermedad mental con vistas a su control sintomático mediante la aplicación de un tratamiento principalmente farmacológico. Se espera que, de este modo, se reduzca el riesgo suicida. El papel asignado aquí a la relación terapéutica es secundario, viéndose más como un medio para asegurar la adherencia al tratamiento farmacológico que como un contacto yo-tú que acoge y recoge las dimensiones fenomenológicas, narrativas, biográficas, psicoterapéuticas y psicosociales del sufrimiento individual.
3. Finalmente, la mejoría del proceso/conducta suicida se concebirá, indefectiblemente, como función o resultado de la reducción de síntomas por efecto bioquímico del fármaco en la biología cerebral supuestamente alterada y causante del trastorno mental.

B. En cambio, si los fenómenos suicidas se entienden como actos de conducta con sentido, en un contexto vital-biográfico-histórico, véase como comportamientos reactivos a una situación límite para la que la persona no encuentra mejor solución que acabar con su vida, entonces:

1. La evaluación consistirá en tratar de comprender a través de la entrevista clínica los contextos vitales problemáticos que atrapan y enredan a la persona, así como la función psicológica que cumple la conducta suicida en dichos contextos (25, 27).
2. La intervención y la prevención consistirán en proporcionar a la persona en crisis y a sus familiares soluciones o recursos para salir de esa circunstancia o bucle problemático que subyace al proceso suicida mismo. Se espera sensibilizar en y catalizar una serie de cambios socio-psicológicos cuya consecuencia desemboque en una reorientación existencial de la persona, más allá de sí misma, así como potenciar factores de protección y fortalecer los deseos heridos del vivir.
3. La mejoría del proceso/conducta suicida es indisociable de la calidad, sentido de presencia, sintonización corporal, escucha analógica y profundidad de la relación de ayuda (7, 61, 64, 73). La química que realmente ayuda a reflotar la vida-esperanza de una persona en crisis suicida es la que hay entre

terapeuta y consultante, y esta nunca será efectiva si el clínico no sabe transmitir de forma auténtica actitudes de afecto y respeto (72, 88).

Si bien el modelo biomédico promete mejoras y curaciones sin reservas, el modelo existencial-contextual cuida y acompaña sin reservas pero con promesas moderadas. Frente a la ufanía positivista de la curación biomédica, proponemos la profundidad del encuentro y el acompañamiento como ayuda esencial sin la cual todo lo técnico puede flotar en el aire de una esperanza vacía. La Tabla 3 resume las principales diferencias asistenciales de cada uno de los modelos.

Tabla 3

*Diferencias entre el enfoque biomédico y el existencial-contextual del suicidio en su aplicación asistencial en el sector sanitario*

<b>Dimensión asistencial</b>	<b>Modelo biomédico</b>	<b>Modelo existencial-contextual</b>
Evaluación	Identificación de antecedentes, síntomas-diagnósticos, estimación (predicción) y estratificación del riesgo a través de preguntas directas y escalas psicométricas.	Historiar contextos vitales problemáticos a través de la entrevista y realizar un análisis funcional y constructivista del comportamiento suicida.
Intervención-prevenición	Tratamiento farmacológico. Ingreso y recursos hospitalarios.	Relación terapéutica. Recursos comunitarios.
Mecanismo del cambio	Control de síntomas. Reducción de factores de riesgo y reducción del deseo de morir.	Aprendizaje de habilidades y búsqueda de soluciones. Fomentar una reorientación existencial más allá de uno/a mismo/a hacia un horizonte de sentido y esperanza. Aumento de factores de protección y de razones/deseos de vivir.

Para una visualización más detallada de las diferencias entre evaluación diagnósticocéntrica y existencial-contextual del suicidio, véase la Tabla 4.

TABLA 4

*Diferencias entre la evaluación diagnósticocéntrica y existencial-contextual del suicidio*

<b>Diagnósticocéntrica</b>	<b>Existencial-contextual</b>
Enfoque frecuentista-epidemiológico.	Enfoque psicológico transteórico.
Centrada en la estimación y estratificación del nivel de riesgo suicida.	Centrada en la evaluación de la persona y su circunstancia biográfica: contextos vitales problemáticos.
Factores de riesgo, especialmente el trastorno mental.	Factores de riesgo y factores de protección.
Escalas de estimación (principalmente) y entrevista clínica.	Entrevista clínica (principalmente) y otras escalas.
Centrada principalmente en la evaluación y diagnóstico del trastorno mental.	Centrada en el análisis de situaciones y contextos de vida problemáticos así como en las estrategias de afrontamiento.
Centrada en los parámetros topográficos y cuantitativos de la conducta suicida.	Centrada en el análisis funcional y la formulación clínica del caso.
Centrada en la toma de decisiones (derivación o ingreso) y en el tratamiento farmacológico del trastorno mental.	Centrada en la relación terapéutica, el acompañamiento y el tratamiento psicoterapéutico.

Fuente. Modificado de Al-Halabí y García-Haro (89, p. 644).

Frente a la gestión biomédica del suicidio, dominante en salud mental y en el sistema sanitario, que propone cribar y captar *pacientes suicidas* para luego derivarlos, de forma inmediata, a los dispositivos de control de síntomas y manejo farmacológico (18), pensamos que es más útil y fecundo crear las condiciones (culturales, sociales, políticas, valorativas, periodísticas, científicas, éticas, narrativas, asistenciales y clíni-

cas) necesarias para la promoción comunitaria del deseo de vivir, apoyándonos en la garantía de la dignidad humana, los Derechos Humanos y la justicia social. En este sentido, la creación de redes sociosanitarias de apoyo comunitario es fundamental para que las personas con ideación suicida puedan pedir ayuda, y no solo a los profesionales sanitarios sino también a las personas cercanas, grupos naturales, asociaciones o teléfonos de ayuda. Organizaciones y personas del entorno social, empezando por los familiares y amigos, pueden ayudar a salvar vidas a través de la escucha y el acompañamiento.

A la luz de esta nueva mirada, transdisciplinar y transectorial, sobre el suicidio, y en general sobre el sufrimiento psico(pato)lógico, la intervención terapéutica no quedaría limitada a “curar” enfermos mentales, ni a cuantificar, monitorizar y aliviar signos y síntomas (sueño, apetito, ansiedad, anhedonia, etc.), ni tampoco a impedir la muerte voluntaria (control policial, ingreso, vigilancia médica, institucionalización) (90). En su lugar, se vería como un trabajo de colaboración multisectorial, sintonía y andamiaje continuos, a nivel social e institucional, dentro y fuera del ámbito sanitario. De esta forma, las personas con ideación suicida podrían pedir ayuda desde la confianza de que al otro lado existe una persona, grupo o institución con voluntad y competencia para ayudar y acompañar sin prejuizar ni reproducir procesos de vulnerabilización (75). Como señala Doblytè, “aquí, la atención podría centrarse en ampliar las alternativas al suicidio en lugar de comprometer o demonizar el suicidio como respuesta a circunstancias particulares” (91, p. 628). Lo anterior serviría para deconstruir mitos y barreras emocionales, demasiado altas (vergüenza) para la búsqueda de ayuda en varones socializados en la cultura patriarcal del hombre de acero (9).

## CONCLUSIONES Y REFLEXIÓN EPILOGAL

Urge una reflexión a fondo sobre la concepción del suicidio en la literatura científica, en el sistema sanitario y en el discurso social. Cuestionamos el modelo suicidológico tradicional, biomédico, centrado en el cribado y detección de casos para su derivación inmediata a dispositivos de salud mental centrados, cada vez más, en el diagnóstico y tratamiento de síntomas de enfermedad mental. Este enfoque incurre en una doble abstracción. Separa, en primer lugar, a la persona de su circunstancia y mundo vivido (fuente de su malestar) y, en segundo lugar, disocia los síntomas mentales de las experiencias sociobiográficas de negligencia, injusticia y trauma que, en muchas ocasiones, lastiman el existir humano y el deseo de vivir. Conlleva, además, el peligro de funcionar como un panóptico de cuidados, es decir, como un sistema de vigilancia y de implementación de tratamientos *psi* sin freno, que lejos de reducir el riesgo lo aumentan (90). Reivindicamos la existencia de otros modelos conceptuales y estrategias preventivas que podrían integrarse en los sistemas de atención a

la salud mental o articularse con los mismos. Véase, en este sentido, el enfoque social del suicidio (91-94).

Como alternativa al modelo biomédico, destacamos un enfoque existencial-contextual del suicidio centrado en las personas y sus circunstancias. Este enfoque trabaja desde el mundo vivido y por vivir de las personas en crisis y tiene la ventaja de tratar de entender todas las tipologías o familias de suicidio (suicidio político, altruista, protesta, testimonial, asistido, existencial, extensivo, etc.), y no solo aquel que se relaciona con el diagnóstico psiquiátrico.

Se requiere un cambio de paradigma o, como dice Ortega, un cambio de sensibilidad vital a la altura de nuestro tiempo (95) respecto a la caracterización, investigación, prevención y posvención del suicidio. Este cambio requiere incorporar (encarnar) en la práctica clínica sanitaria la siguiente agenda:

- 1) Pasar de una lógica organizacional que prioriza lo patológico-farmacológico a otra más sensible a las cuestiones psico-socio-políticas que subyacen y condicionan los fenómenos suicidas, como eventos contextuales-existenciales, plurales-abiertos-interactivos-fluidos-dinámicos (29-31).
- 2) Ir de un paradigma centrado exclusiva o prioritariamente en la reducción de factores de riesgo a otro basado en la construcción colaborativa y potenciadora de los factores de protección. La promoción del deseo de vivir se apoyaría en el fortalecimiento de los recursos comunitarios y en las estrategias de afrontamiento (potenciando los recursos y competencias individuales y colectivos).
- 3) Girar desde un enfoque centrado en la enfermedad mental a otro centrado en dos procesos psicosociales amplios. Por una parte, la comprensión funcional de las conductas suicidas en la vida individual de la persona; y por otra, la evaluación constructivista de dichas conductas desde el sistema de significados personales, siempre en una matriz intersubjetiva cultural.
- 4) Transitar desde un modelo que prioriza el uso de escalas psicométricas, puntuaciones, algoritmos y marcas de riesgo (poco fiables y nada predictivas) a otro con centro en la entrevista, la experiencia vivida y la alianza terapéutica colaborativa (58-60, 62-64, 67, 73, 96).
- 5) Pasar de estrategias clínicas que patrocinan como condición *sine qua non* de la ayuda el tener un diagnóstico psiquiátrico a otras centradas en la persona y su circunstancia, así como en la mejora de la calidad de vida y la reorientación existencial más allá de uno/a. El modelo de intervención terapéutica que proponemos potenciaría la confianza y accesibilidad a los recursos sociosanitarios disponibles, las capacidades y competencias personales para la autonomía, la agencia/autoeficacia y la recuperación de un proyecto vital en un contexto vincular y con sentido de pertenencia.

- 6) Pasar de un modelo hospitalocéntrico que prima la atención aguda urgente y la hospitalización psiquiátrica a un sistema de atención, acompañamiento y cuidado, transversal, comunitario y psicosocial. Para una revisión histórica del modelo comunitario en salud mental véase Gómez Esteban (97).
- 7) Dejar atrás un enfoque farmacocéntrico que eclipsa las psicoterapias y las ayudas psicosociales, y favorecer la emergencia de las tres modalidades de ayuda (biológica, psicológica y social) en el mapa de prestaciones sanitarias, sin servilismos ni imposiciones. Pensamos que una integración de campos más acorde a la naturaleza de los fenómenos conductuales complejos (molares e interactivos), como es la conducta suicida, es aquella que sustituye lo biopsicosocial por lo sociopsicobiológico.

Cambiar la lógica suicidológica imperante en los sistemas sanitarios occidentales supone cuestionar y enfrentar el discurso biomédico tradicional dominante, sostenido por intereses y agendas de actores con poder económico, simbólico, académico-científico, social y político (98). Significa deconstruir y superar las falsas promesas psiquiátricas (99) y la tendencia a la patologización (neurocéntrica y gencéntrica) de la vida en salud mental (79, 80). Respalamos la creación de un espacio amplio transdisciplinar de reflexión suicidológica crítica, en el que caben la psiquiatría social (100) y la psicología existencial-contextual-holista (53-55, 101). En España, la psiquiatría social (100) y la psiquiatría crítica (81, 90, 99, 102-107) se han constituido como fuerzas de resistencia de primer orden que han generado propuestas teórico-asistenciales que pueden ayudar a impulsar nuevos paradigmas suicidológicos contemporáneos. Queda saber si habrá voluntad política y honestidad científica para iniciar este anfractuoso viaje hacia horizontes científicos y asistenciales comunitarios. La meta, salvar vidas, bien merece el esfuerzo. Y como diría William James: el primer paso está en la voluntad de creer (108).

#### CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no tener conflictos de intereses.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1 Rozalén. Agárrate a la vida. Canción, 2022.
- 2 Villegas M. Semántica del suicidio. *Revista de Psicoterapia*. 2013; 34(124): 11-35.
- 3 Doblytè S. Under- or overtreatment of mental distress? Practices, consequences, and resistance in the field of mental health care. *Qual Health Res*. 2020; 30(10): 1503–1516.

- 4 Doblytè S. The almighty pill and the blessed healthcare provider': medicalisation of mental distress from an Eliasian perspective. *Soc Theory Health*. 2021; 20(4): 363-379.
- 5 Barroso Martínez AA. Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2019; 135(39): 51-66.
- 6 Canetto SS. Language, culture, gender, and intersectionalities in suicide theory, research, and prevention: Challenges and changes. *Suicide Life-Threat Behav*. 2021; 51(6): 1045-1054.
- 7 Chandler A. Boys don't cry? Critical phenomenology, self-harm and suicide. *Sociol Rev*. 2019; 67(6): 1350-1366.
- 8 Hjelmeland H. A critical look at current suicide research. En: White J, Marsh I, Kral MJ, Morris J (eds). *Critical suicidology. Transforming suicide research and prevention for the 21st century*. Vancouver: UBC Press, 2016; pp. 31-55.
- 9 Laso E, Contreras KA, Maciás-Esparza LK. Entre la culpa y la vergüenza: Una aproximación al suicidio desde una perspectiva de género en clave emocional. *Revista de Psicoterapia*. 2023; 34(124): 47-70.
- 10 Roberts M, Lamont E. Suicide: an existentialist reconceptualization. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014; 21: 873-878.
- 11 Vitenti L. Los pueblos indígenas americanos y la práctica del suicidio. Una reseña crítica. Buenos Aires: Prometeo, 2016.
- 12 Marsh I. *Suicide: Foucault, history and truth*. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
- 13 Marsh I. 'Critical suicidology': toward an inclusive, inventive and collaborative (post) suicidology. *SERRC*. 2015; 4(5): 6-9.
- 14 Marsh I. The social production of psychocentric knowledge in suicidology. *Soc Epistemol*. 2020; 34(6): 544-554.
- 15 Velasco Salles MM, Pujal i Llombart M. Reflexiones en torno al suicidio: desestabilizando una construcción discursiva reduccionista. *Revista de Psicoterapia*. 2010; 21(84): 57-71.
- 16 White J, Marsh I, Kral MJ, Morris J (eds). *Critical suicidology. Transforming suicide research and preventive for the 21st century*. Vancouver: UBC Press, 2016.
- 17 Wasserman D. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention*. Oxford: Oxford University Press, 2021.
- 18 García-Haro JM, García-Pascual H, González González M, Sánchez Pérez MT, Barrio-Martínez S. Abordaje y prevención del comportamiento suicida en el sistema sanitario español: enfoque, límites y riesgos. *Cuad Psiquiatr Comunitaria*. 2020; 17(1): 56-81.
- 19 Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recommendations for the prevention and management of suicidal behaviour. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012; 5(1): 8-23.
- 20 Bobes García J, Sáiz Martínez A, García-Portilla MP, Bascarán Fernández MT, Bousón García M. *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Médica, 2004.
- 21 Bobes García J, Giner Ubago J, Sáiz Ruiz J. *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid: Triacastela, 2011.

- 22 Moleón Ruiz A, Moleón Camacho M. Suicidio. Una cuestión multidisciplinar. Madrid: Panamericana, 2021.
- 23 Navío Acosta M, Pérez Sola V (coords). Depresión y suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la salud mental. Madrid: Wecare-U, 2020.
- 24 Sáiz PA, Bobes J. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2014; 7(1): 1-4.
- 25 García-Haro J, García-Pascual H, González González M. Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2018; 38(134): 381-400.
- 26 García-Haro J, García-Pascual H, González González M, Barrio-González S, García-Pascual R. Para pensar el suicidio más allá de la enfermedad y los diagnósticos: un enfoque contextual-fenomenológico. *Norte de Salud Mental.* 2020; 16(62): 4-51.
- 27 González González M, García-Haro J, García-Pascual H. Evaluación contextual-fenomenológica de las conductas suicidas. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2019; 39(135): 15-31.
- 28 García-Haro J, González González M, García-Pascual H. Dos modelos de crisis suicida. Una perspectiva clínica. *Revista de Psicoterapia.* 2018; 29(111): 167-185.
- 29 García-Haro J, González González M, Fonseca Pedrero E, Al-Halabí S. Conceptualización de la conducta suicida. En: Al-Halabí S, Fonseca-Pedrero E (coords). *Manual de psicología de la conducta suicida.* Madrid: Pirámide, 2023; pp. 31-68.
- 30 García-Haro J, García-Pascual H, Aranguren P, Martínez-Sallent M, Blanco E, Barrio-Martínez S, Sánchez Pérez MT. Una meditación existencial-contextual sobre el suicidio. *Revista de Psicoterapia.* 2023; 34(124): 117-135.
- 31 González González M, García-Haro JM, García-Pascual H, Sánchez Pérez MT, Barrio-Martínez S, Voces Oviedo J. Hacia un enfoque contextual-existencial del suicidio: recomendaciones para la prevención. *Clínica Contemporánea.* 2021; 1(12): 1-10.
- 32 Michel K. The role of the therapist in the treatment of the suicidal patient. En: O'Connor RC, Platt S, Gordon J (eds). *International handbook of suicide prevention. Research, policy and practice.* Chichester: Wiley-Blackwell, 2011; pp. 419-434.
- 33 Rogers JR, Bromley JL, McNally CJ, Lester D. Content analysis of suicide notes as a test of the motivational component of the existential-constructivist model of suicide. *J Couns Dev.* 2007; 85: 182-188.
- 34 Rogers JR, Soyka KM. "One size fits all": An existential-constructivist perspective on the crisis intervention approach with suicidal individuals. *J Contemp Psychother.* 2004; 34: 7- 22.
- 35 Rogers JR. Theoretical grounding: The "missing link" in suicide research. *J Couns Dev.* 2001; 79: 16-25.
- 36 Rogers JR. The anatomy of suicidology: a psychological science perspective on the status of suicide research. 2002 Shneidman Award Address. *Suicide Life-Threat Behav.* 2003; 33(1): 9-20.
- 37 Villegas M. Patologías de la libertad (V). Depresión y suicidio: la constricción del ser. *Revista de Psicoterapia.* 2021; 32(119): 211-269.
- 38 Meerwijk EL, Parekh A, Oquendo MA, Allen IE, Franck LS, Lee KA. Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry.* 2016; 3(6): 544-554.

- 39 Mewton L, Andrews G. Cognitive behavioral therapy for suicidal behaviors: improving patient outcomes. *Psychol Res Behav Manag.* 2016; 9: 21-29.
- 40 Bueno G, Hidalgo A, Iglesias C. *Symploke. Filosofía 3º de BUP.* Madrid: Júcar, 1991.
- 41 Aranguren LA. *Aprender a ser persona. Una aproximación a la antropología de Jean Lacroix.* Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 2000.
- 42 Cassell E. *La persona como sujeto de la medicina.* Barcelona: Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas 19, 2009.
- 43 Juárez MP. De pacientes a consultantes: designaciones para la autogestión en la atención primaria y la salud comunitaria. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica.* 2014; 6(1): 12-26.
- 44 Jiménez TL, Ostiguín MRM, Bermúdez GA. El concepto de persona, como determinante del cuidado. *Enfermería Universitaria.* 2009; 6(3): 40-44.
- 45 Peplau HE. *Interpersonal relations in nursing.* London: Macmillon Education, 1988.
- 46 Binswanger L. *Einführung in die probleme der allegmeinen psychologie.* Berlin: Verlag Von Julius Springer, 1922.
- 47 Laing RD. *El yo dividido. Un estudio sobre la salud y la enfermedad.* México, DF: Fondo de Cultura Económica, 1993.
- 48 Rogers CR. *El proceso de convertirse en persona.* Barcelona: Paidós Ibérica, 2000.
- 49 Villegas M. *El proceso de convertirse en persona autónoma.* Barcelona: Herder, 2015.
- 50 Unamuno M. *Del sentimiento trágico de la vida.* Buenos Aires: Losada, 2014.
- 51 Ortega y Gasset J. *Obras Completas. Tomo VIII (1926-1932). Obra póstuma.* Madrid: Fundación José Ortega y Gasset/Taurus, 2017.
- 52 Pérez Álvarez M. *Las cuatro causas de los trastornos psicológicos.* Madrid: Universitat, 2003.
- 53 Pérez-Álvarez M. El turno transdiagnóstico y el retorno de la psicopatología: el tema de nuestro tiempo en psiquiatría. *Cuad Psiquiatr Comunitaria.* 2017; 14(1): 32-52.
- 54 Pérez-Álvarez M. La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo.* 2019; 40(1): 1-14.
- 55 Pérez Álvarez M. *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría. Más allá de la corriente principal.* Madrid: Alianza, 2021.
- 56 Pérez Álvarez M. *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia.* Madrid: Pirámide, 2012.
- 57 Castilla del Pino C. *Teoría de los sentimientos.* Barcelona: Tusquets, 2000.
- 58 Jobes DA. *Managing suicidal risk: A collaborative approach.* New York/London: The Guilford Press, 2016.
- 59 Jobes DA, Ballard E. The therapist and the suicidal patient. En: Konrad M (ed.). *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient.* Washington DC: American Psychological Association, 2011; pp. 51-61.
- 60 Michel K, Jobes DA. *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient.* Washington DC: American Psychological Association, 2011.
- 61 López Marín A. Psicoterapia centrada en la persona y la ideación suicida. *Revista de Psicoterapia.* 2021; 32(10): 89-103.
- 62 Al-Habalí S, García Haro JM, Fonseca-Pedrero E. La entrevista para la detección y prevención de la conducta suicida. En: Perpiña C, Montoya-Castilla I, Valero-Mo-

- reno S (coords). Manual de entrevista psicológica. Saber escuchar. Saber preguntar. Madrid: Pirámide, 2022; pp. 385-408.
- 63 Al-Halabí S, González González M, García Haro, J. La entrevista clínica como relación de ayuda. En: Al-Halabí S, Fonseca-Pedrero E (coords). Manual de psicología de la conducta suicida. Madrid: Pirámide, 2023; pp. 317-352.
  - 64 Neimeyer RA. Presence, process, and procedure: A relational frame for technical proficiency in grief therapy. En: Neimeyer RA (ed.). Techniques of grief therapy. Creative practices for counseling the bereaved. New York/London: Routledge, 2012; pp. 3-11.
  - 65 Pakman M. Palabras que permanecen, palabras por venir. Micropolítica y poética en psicoterapia. Barcelona: Gedisa, 2011.
  - 66 Figueiredo LC. A metapsicologia do cuidado. *Psychê*. 2007; 11(21): 13-30.
  - 67 Craig PE. Sanctuary and presence: an existential view of the therapist's contribution. *Humanist Psychol*. 2000; 28(1-3): 267-274.
  - 68 Bleichmar S. La construcción del sujeto ético. Barcelona: Paidós, 2011.
  - 69 Marchant M. Vínculo y memoria: acompañamiento terapéutico con niños internados. Santiago de Chile: Editorial Cuarto Propio, 2014.
  - 70 Wollants G, Boroday L, Huneeus F, Parlett M. Gestalt: Terapia de la situación. Santiago de Chile: Cuatro Vientos, 2015.
  - 71 Laso E. El trabajo con emociones en terapia familiar: teoría y aplicaciones. En: Medina R, Laso E, Hernández E (eds). El modelo sistémico ante el malestar contemporáneo. Madrid: Morata, 2019; pp. 111-144.
  - 72 Laso E, Canevaro A. Terapia experiencial profunda. Madrid: Morata, 2022.
  - 73 Herrero O. El dol, una conversa necessària: la pèrdua i la mort. La Revista de Blanquerna-URL [Internet]. 2020 [Último acceso abril 2023] Disponible en <https://larevista.publicacions.blanquerna.edu/la-perdua-i-la-mort/>
  - 74 Pepper SC. World hypotheses. A study in evidence. Berkeley/Los Angeles: University of California Press, 1961.
  - 75 Bueno Gómez N. Filosofía del sufrimiento. Valencia: Tirant humanidades, 2022.
  - 76 San Martín J. Sobre el concepto de mundo de la vida. Madrid: UNED, 1993.
  - 77 Heras-Escribano M, Lobo Navas L, Vega Encabo J. Affordances y ciencia cognitiva. Introducción, teoría y aplicaciones. Madrid: Tecnos, 2022.
  - 78 Pérez Álvarez M, Fonseca-Pedrero E. Para repensar los problemas psicológicos de la infancia y la adolescencia: hacia un enfoque contextual. En: Fonseca Pedrero E (coord.) Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Madrid: Pirámide, 2021; pp. 823-856.
  - 79 Pérez-Álvarez M. Para pensar la psicología más allá de la mente y el cerebro: un enfoque transteórico. *Papeles del Psicólogo*. 2018; 39(3): 161-173.
  - 80 Pérez-Álvarez M. La psicología más allá del dualismo y el cerebrocentrismo. *Apuntes de Psicología*. 2018; 36(1-2): 7-20.
  - 81 Colina F, Desviat M, Pereña F. La razón de la sinrazón. Capitalismo, subjetividad, violencia. Madrid: Enclave de Libros, 2021.
  - 82 Aranguren Rico P, Cano de Lera L, Díaz Gutiérrez LJ, Pablos Ballesteros N, Concha González V. La burbuja de la unidad de desintoxicación hospitalaria: factores que la construyen y ayudan a su permanencia. 2023 (en prensa).

- 83 Botella L, Feixas, G. Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica. Barcelona: Laertes, 1998.
- 84 Feixas G, Villegas M. Constructivismo y psicoterapia. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2000.
- 85 Quiñones A. Formulación de caso evolucionista. Un lenguaje común en psicoterapia. Santiago de Chile/Barcelona: RiL editores, 2021.
- 86 Quiñones A, Ugarte C. Formulación de caso: Disolviendo temáticas disfuncionales mediante regulación de dominios de conocimiento intersubjetivo. *Revista de Psicoterapia*. 2022; 33(123): 7-41.
- 87 American Psychiatric Association, APA. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5a ed. Washington DC: APA, 2013.
- 88 Laso E. El suicidio: la perspectiva de la clave emocional. *Revista Mosaico*. 2020; 75: 82-103.
- 89 Al-Halabí S, García-Haro J. Tratamientos psicológicos para la conducta suicida. En: Fonseca Pedrero E (coord.). *Manual de tratamientos psicológicos: adultos*. Madrid: Pirámide, 2021; pp. 639-675.
- 90 Rendueles G. La utopía del preventor: ¿un bello día, un mundo libre de suicidios? *Cuad Psiquiatr Comunitaria*. 2020; 17(1): 27-55.
- 91 Doblytè S. Why (not) suicide: Habitus in hysteresis and the space of possibles. *Eur J Soc Theory*. 2022; 25(4): 614-631.
- 92 Fernández de Sanmamed MJ, García J, Mazo MV, Mendive JM, Serrano E, Zapater F. Consideraciones para un abordaje social y sanitario del suicidio a propósito del Código Riesgo de Suicidio. Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària, 2018.
- 93 Markez I, Gordaliza A, Casus P. Suicidios en prisión: algunas tareas pendientes. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2022; 42(141): 187-205.
- 94 Navarrete Betancort EM, Herrera Rodríguez J, León Pérez P. Los límites de la prevención del suicidio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2019; 39(135): 193-214.
- 95 Ortega y Gasset J. *Obras Completas. Tomo III (1917-1925). Obra póstuma*. Madrid: Fundación José Ortega y Gasset/Taurus, 2017.
- 96 Escudero V, Friedlander M L. Alianza terapéutica con familias. Cómo empoderar al cliente en los casos difíciles. Barcelona: Herder, 2019.
- 97 Gómez Esteban R. Una travesía singular: desde el hospital psiquiátrico a la antipsiquiatría y psiquiatría comunitaria. Desde la AEN y el CIR a la "Clínica Grupal Operativa" y a la "Sección de Psicoterapia de Grupo de la AEN". *Cuad Psiquiatr Comunitaria*. 2023; 20(1):8-33.
- 98 Deacon BJ. The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clin Psychol Rev*. 2013; 33(7): 846-861.
- 99 Rendueles G. *Las falsas promesas psiquiátricas*. Madrid: La linterna sorda, 2017.
- 100 Retolaza A (comp.). *Psiquiatría social*. *Cuad Psiquiatr Comunitaria*. 2022; 19(1).
- 101 Pérez-Álvarez M. Giro transdiagnóstico y vuelta de la psicopatología: Propuesta de una integración existencial-contextual. Madrid: Formación continuada a distancia (FOCAD) de la División de Psicología Clínica y de la Salud, 2018.
- 102 Aparicio V (comp.). *Crítica de la psiquiatría*. *Cuad Psiquiatr Comunitaria*. 2017; 14(1).

- 103 Fernández Liria A. *Locura de la psiquiatría. Apuntes para una crítica de la psiquiatría y la "salud mental"*. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2018.
- 104 Ortiz Lobo A. *Hacia una psiquiatría crítica. Excesos y alternativas en salud mental*. Madrid: Grupo 5, 2017.
- 105 Rendueles G. *Suicidio(s)*. Madrid: Grupo 5, 2018.
- 106 Vispe A, García-Valdecasas J. *Postpsiquiatría. Textos para prácticas y teorías postpsiquiátricas*. Madrid: Grupo 5, 2018.
- 107 Vispe A, García-Valdecasas J (eds.). *Postpsiquiatría (Dossier)*. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2017; 37(132): 497-592.
- 108 James W. *La voluntad de creer*. Madrid: Encuentro, 2004.