5. Teoría psicológica del suicidio

Javier Iván Baltazar Ramos*
Magali Huerta Reyes**
Pahola Ríos Carrillo***

DOI: https://doi.org/10.52501/cc.483.05

Resumen

El entendimiento del comportamiento suicida desde una mirada psicológica exige un análisis de los múltiples factores que trascienden la mera descripción sintomatológica. El presente capítulo ofrece una revisión crítica de los principales marcos teóricos que se han desarrollado para intentar descifrar los mecanismos subyacentes a la ideación y la conducta suicida. A través de un recorrido epistémico, se examinan las aproximaciones clásicas de corte psicodinámico y cognitivo que se centran predominantemente en el dolor psíquico intolerable, la desesperanza y las distorsiones del pensamiento, hasta los modelos contemporáneos de tercera generación, caracterizados por su naturaleza integrativa, motivacional y volitiva. Estas teorías contemporáneas delimitan con precisión los factores que favorecen la transición del sufrimiento interno hacia la ejecución del acto.

Palabras clave. suicidio, *teoría psicológica, ideación* **suicida**, *factores de riesgo.*

* Maestro en Medicina Forense por la Universidad Veracruzana, México. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5408-6693 ; correo electrónico: jbaltazar@uv.mx
** Doctora en Educación. Docente de la Universidad Veracruzana, México. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5031-4700
*** Doctora en Sistemas y Ambientes Educativos. Profesora de la Universidad Veracruzana, México. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3108-094X

Introducción

En los últimos años, el suicidio ha aumentado a un ritmo alarmante. En 2022, fue la segunda causa principal de muerte en Estados Unidos en personas de 20 a 34 años, y una de las nueve principales en personas de 10 a 64 años. Datos provisionales de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades muestran que el número de muertes por suicidio en 2023 fue el más alto jamás registrado. Estas estadísticas, profundamente preocupantes, resaltan la necesidad urgente de continuar el análisis sobre la mejor manera de apoyar a los pacientes con ideación y conducta suicida.

Este artículo explora el uso de la teoría psicoanalítica, en particular la de D. W. Winnicott, en el tratamiento de estos pacientes, con un fuerte enfoque en la contratransferencia como principio rector para la evaluación de riesgos, la intervención y el tratamiento. El concepto de Winnicott de *Yo verdadero/falso* se utiliza como base para comprender la formación de síntomas. La implementación y eficacia de las medidas de seguridad se discute desde una perspectiva psicoanalítica (Spiro, 2025).

Las teorías del suicidio de primera generación se desarrollaron antes de la década de 2000 (teoría psicodinámica, teoría del aprendizaje social, teoría de la desesperanza, teoría del suicidio de Shneidman y teoría del escape) y las teorías del suicidio de segunda generación se desarrollaron después de la década de 2000 (teoría del suicidio interpersonal, teoría del suicidio en tres etapas, teoría motivacional-desmotivacional integradora y teoría de la predisposición variable) (Yöyen y Keleş, 2024).

Teorías de primera generación

Teoría psicodinámica

Según esta teoría el suicidio surge como el resultado de un duelo patológico. Ocurre cuando una persona pierde un vínculo amoroso fundamental que llevaba dentro de sí (de forma inconsciente). Al no poder expresar el dolor, la rabia y la decepción que esa pérdida genera, esos sentimientos se vuelven

hacia adentro. La energía emocional que antes daba sentido y conexión, al no encontrar un nuevo destino, se repliega sobre la persona misma, perdiendo su autoestima. La conducta suicida aparece cuando un individuo que experimenta sentimientos de abandono y falta de sentido hacia la vida se vuelve hacia sí mismo con sentimientos de hostilidad como venganza y destrucción para sí mismo (Yakeley y Burbridge-James, 2018). Esta perspectiva plantea que las emociones no resueltas, relacionadas con conflictos internos y con experiencias traumáticas, se traducen en impulsos autodestructivos.

Teoría del aprendizaje social

El comportamiento humano se forma a través del aprendizaje. Por consiguiente, un niño crea conductas propias por medio del aprendizaje u observando a las personas que elige como modelos a seguir. Este enfoque afecta la conducta suicida de las personas con intenciones suicidas al centrarse en sus experiencias infantiles, por lo que la conducta suicida se produce como resultado del aprendizaje (López Martínez, 2024). Las personas que tienen pensamientos suicidas, intentan suicidarse o planean suicidarse aprenden a través de la observación de modelos, tales como familiares o personas cercanas que han llevado a cabo actos suicidas o actos negativos sobre sí mismos (Eskin, 2012).

Teoría de la desesperanza

Cuando los seres vivos creen que su comportamiento no tiene ningún efecto en el resultado de un evento o situación, exhiben una respuesta de indefensión aprendida. En otras palabras, la indefensión aprendida es el estado en el que un ser vivo permanece insensible a situaciones que no puede controlar a través de su comportamiento. Esta situación genera en quien la padece un estado de desesperanza, incapaz de realizar algún cambio en su entorno, se denomina "depresión por desesperanza", un subtipo de depresión (Abramson et al., 1989). Según la teoría de la desesperanza, la tendencia suicida considera

un proceso que continúa desde la ideación suicida hasta la consumación del suicidio, generado por una profunda desesperanza.

Los eventos negativos desempeñan un papel decisivo en la desesperanza de las personas, estos eventos hacen que las personas se sientan desesperanzadas y, por lo tanto, aumenten sus tendencias suicidas. Al mismo tiempo, el autor enfatizó el lugar del componente de "vulnerabilidad cognitiva" en la teoría de la desesperanza y afirmó que tener un estilo cognitivo negativo contribuye al aumento de la desesperanza (Abramson et al., 1989).

La teoría del suicidio de Shneidman

Shneidman (1998) enfatizó los componentes psicológicos del suicidio y los describió como el "tronco del suicidio". Para enfatizar su importancia en esta analogía el método, la nota y el efecto del suicidio se consideran como las ramas, frutos y hojas defectuosos de un árbol (E. S. Shneidman, 1998). Esta teoría propone el término "psicoache" para denominar un dolor psicológico intenso, una angustia personal, una inquietud y un sufrimiento, y se considera un factor clave entre los factores psicológicos del suicidio.

Este dolor insoportable se debe a diferentes estados emocionales como la depresión, hostilidad, ira, apatía, culpa, vergüenza, desesperanza, etc. A continuación se enumeran los 10 puntos comunes en el suicidio (E. Shneidman, 1977):

1) La persona se centra en el dolor insoportable y en las posibles rutas de escape (incluyendo el suicidio).
2) Como resultado del no cumplimiento de las necesidades emocionales, se recurre al suicidio.
3) El suicidio no ocurre sin propósito o razón, pues su propósito es darle una solución a la desesperanza.
4) Otro propósito del suicidio es la "pérdida de la conciencia" como una forma de escapar del sufrimiento mental.
5) La persona está devastada; se sienten rechazados, fracasados y desesperados.
6) La persona se debate entre sentimientos, deseos y comportamientos conflictivos, con una balanza inclinada hacia los sentimiento negativos.

7) Surgen sentimientos ambivalentes y la persona se mata a sí misma, por un lado, y pide ayuda, por el otro.
8) La persona quiere retirarse de la escena, alejarse, irse y desaparecer; el individuo manifiesta sus intenciones de distintas formas como forma de escape.
9) La persona exhibe patrones de comportamiento que acortan su vida, como tomar riesgos innecesarios
10) Las comunicaciones de la persona comienzan a tener implicaciones psicodinámicas subconscientes.

Teoría del escape

Describe al suicidio como un recurso último frente a situaciones percibidas como insoportables; como un intento de evadir el sufrimiento y un sentimiento de intenso fracaso. Se visualiza al suicidio como una forma de escapar de situaciones que generan un profundo malestar y para las cuales la persona no encuentra estrategias de afrontamiento adecuadas.

Es un paso final en el intento de escapar de uno mismo y del mundo. Según la teoría, los procesos que conducen al comportamiento suicida constan de seis periodos (Baumeister, 1990):

1) No se pueden cumplir con los estándares establecidos, cree no estár al nivel deseado, tiene expectativas irreales, por lo que lo hace mas propenso a buscar una ruta de escape a eventos estresantes.
2) Se hace atribuciones internas atribuyendo los resultados decepcionantes a sí mismo. Estas acusaciones revelan sentimientos de inutilidad y rechazo, comunes en quienes intentan suicidarse.
3) Se experimenta un alto nivel de autoconciencia negativa y se percibe como inadecuada, incompetente y no querida, o culpable por no alcanzar sus metas.
4) Surgen condiciones negativas como la ansiedad y la depresión debido a la autoconciencia negativa.
5) La destrucción cognitiva en la persona y el significado e integridad de la vida interior del individuo disminuyen con el estado emocional negativo.

6) El evento. La persona es llevada al suicidio.

Teorías psicológicas de segunda generación

Muchos teóricos, como Shneidman, Durkheim y Baumeister, han proporcionado información muy útil en los estudios de explicación, investigación y prevención del suicidio. Sin embargo, las teorías propuestas son insuficientes para distinguir entre pensamientos suicidas y comportamiento suicida, considerando que la mayoría de las personas con pensamientos suicidas no intentan suicidarse (Yöyen y Keleş, 2024), por lo que se asume que los factores que juegan un papel en la ideación suicida y los intentos de suicidio o las muertes por suicidio no son los mismos, pues el pensamiento y la acción son dos eventos diferentes, cuyos orígenes no siempre convergen (Klonsky et al., 2017).

La teoría interpersonal-psicológica del suicidio

El suicidio ha sido históricamente abordado como un enigma patológico, un acto último e incomprensible. La teoría interpersonal-psicológica (TIP) propone una explicación lógica en la que explica cómo una decisión tan contraria al instinto básico de supervivencia (Joiner, 2005) llega a ser aceptada por un individuo en constante sufrimiento. El autor propone tres elementos necesarios para que una persona tome esa decisión. El deseo suicida está constituído por dos estados psicológicos de menos valía (sensación de desconexión social junto a la autovaloración desvirtuada) y la competencia adquirida.

- Pertenencia frustrada: el individuo pierde la sensación de ser una parte significativa de un tejido social o de la comunidad a la cual se pertenece, con la percepción de no existir una posibilidad de reconexión genuina con su ambiente. Es la experiencia de sentirse invisible en medio de la multitud, de pronunciar palabras que parecen disolverse antes de llegar a otro ser humano. Este dolor no es causado por la ausencia de personas, ya que ciertamente los "otros existen", sino que

no hay una atadura o un vínculo real y significativo con el ambiente que los rodea. Más bien, es un estado de desvinculación con el medio.

- Carga percibida: la persona se siente inmersa en un dolor físico o psicológico intenso, ya sea por enfermedad, fracaso, trauma o mal futuro económico, por lo que comienza a realizar un cálculo emocional distorsionado. Desde su perspectiva, su vida se convierte en un gasto para los demás, pues considera que genera más gastos que ganancias. La conclusión a la que se llega es que su ausencia sería más beneficiosa para los demás que el hecho de seguir presente. No es simplemente odio hacia uno mismo sino que la eliminación del yo se percibe como un acto último de cuidado o liberación de los demás.
- Competencia adquirida: el miedo al dolor, a la lesión y a la muerte son elementos disuasorios del acto suicida. Por lo tanto, para que una persona pueda llevar a cabo un acto suicida letal debe desarrollar una capacidad superar esos instintos. No es un rasgo de personalidad, sino que se adquiere, frecuentemente a través de una exposición dolorosa y gradual que modifica la respuesta ante el miedo y el dolor físico. Por ejemplo, la experiencia repetida con eventos dolorosos genera una forma de desensibilización. Esto incluye: intentos previos de suicidio, lesiones autoinflingidas, exposición repetida a situaciones de violencia o trauma (agresión sexual, guerra, situaciones de desastres naturales), así como enfermedades físicas que provocan dolor crónico y las desensibiliza al miedo y dolor (Van Orden et al., 2010).

El riesgo se vuelve inminente cuando una persona que ha desarrollado la competencia para actuar (por hábito al miedo/dolor) se encuentra sumergida en la tormenta perfecta de sentirse desconectada y una carga.

La teoría de los tres pasos del suicidio

En esta teoría el desarrollo de la ideación suicida y la transición de la ideación suicida al intento de suicidio deben considerarse procesos separados con explicaciones diferentes (Klonsky y May, 2015a). En consecuencia, la teoría explica la ideación y los intentos de suicidio con cuatro factores:

1) Dolor
2) Desesperanza
3) Compromiso
4) Capacidad suicida

Según esta teoría, el dolor constituye el detonador gatillo; el dolor no sólo será físico, pues generalmente se refiere al dolor psicológico o emocional y puede ser causado por cualquier motivo (sufrimiento físico, aislamiento social, decepción, bajo sentido de pertenencia, etc.). Sin embargo, es la combinación de este con la ausencia de esperanza y la desconexión emocional (dos eventos propuestos por Joiner en la teoría interpersonal psicológica) lo que conduce a la persona a considerar el suicidio como una posibilidad plausible. Es así que la desconexión no sólo sea de vínculos sociales, sino también interna, donde la persona pierde el sentido de su vida.

El segundo paso de la conducta suicida letal se conoce como compromiso o conexión de las personas. Es el grado de compromiso con un trabajo, proyecto, rol, pasatiempo o cualquier otra cosa en la vida en la que uno esté comprometido. Esta conexión es importante para determinar el grado de ideación suicida, fuerte o moderada. Si una persona que experimenta dolor y desesperación no tiene sentido de compromiso (o si este es menor que el dolor), tendrá una fuerte ideación suicida y un deseo suicida activo. Por otro lado, si un padre que experimenta dolor y desesperación tiene más interés o apego por sus hijos que dolor, puede tener ideación suicida pasiva, pero esta ideación no se convertirá en un deseo suicida activo (Klonsky y May, 2015b).

La tercera etapa, del pensamiento al acto, ocurre cuando una persona siente el deseo de terminar con su vida, y es probable que actúe según ese deseo e intente hacerlo. Por lo tanto, incluso si las personas tienen una fuerte ideación suicida, no es fácil para ellas intentar suicidarse debido a su tendencia biológica y evolutiva a evitar el dolor, las lesiones y la muerte, aunque esto dependerá de su predisposición (variables biológicas por ejemplo, genéticas.) y la practicidad o su acercamiento con medios físicos para cometer suicidio (Klonsky et al., 2021)

Teoría motivacional-deliberativo integrador

Ofrece una explicación completa de la transición de la ideación suicida al intento de suicidio y la formación de la ideación suicida. Explica el desarrollo del suicidio en tres etapas:

1) La etapa premotivacional
2) La etapa motivacional
3) La etapa volitiva

La etapa premotivacional consta de factores de riesgo de fondo y situaciones detonadoras. Se proponen tres categorías: las diatésicas (vulnerabilidad biológica, genética o cognitiva, o las diferencias individuales), del ambiente (desigualdades socioeconómicas y los rápidos cambios sociales) y los acontecimientos vitales (situaciones estresantes por ejemplo, el duelo) que ocurren invariablemente en el transcurso de la vida (O'Connor y Kirtley, 2018).

La segunda etapa, la etapa de motivación, son procesos psicológicos que conducen a la formación de pensamientos e intenciones suicidas. Generalmente se inicia con la aparición de sentimientos de decepción y humillación, sentirse atrapado, ideación e intención suicida. Estos pensamientos de rumiación facilitan la transición de la ideación suicida al intento de suicidio que se ven reforzados por "factores volitivos" o de la voluntad (impulsividad, tolerancia al dolor, valentía ante la muerte, etc.).

La última etapa, la etapa de la voluntad, implica la realización de la conducta suicida, por lo que estar decepcionado y atrapado se asocia con la ideación suicida, y las variables volitivas juegan un papel más importante en los intentos de suicidio que la competencia suicida adquirida (Dhingra et al., 2015). Por otro lado, O'Connor propone que existen factores protectores que pueden contrarrestar esta transición, como el apoyo social, la capacidad de resiliencia y las estrategias de afrontamiento saludables.

Teoría de la predisposición variable

Esta teoría se encuentra conceptualizada dentro del modelo estrés-diátesis y teorías interpersonales. Sostiene que el suicidio resulta de la interacción entre

una vulnerabilidad crónica (diátesis) y factores estresantes agudos o variables. La predisposición no es un evento que se encuentra estático en el tiempo y espacio sino que, más bien, es cambiante, por lo que el riesgo aumenta con el tiempo debido a déficits neuropsicológicos (menor serotonina), traumas previos, carga percibida y habituación al dolor/miedo, permitiendo pasar de la ideación a la acción (Rudd, 2006).

El término *modo* fue definido por Beck en 1996 como los procesos cognitivos en los que se interpretan los estímulos internos y externos. Los modos, que constituyen las redes estructurales de esquemas cognitivos, emocionales, motivacionales, fisiológicos y conductuales que se activan simultáneamente con eventos internos y externos, se activan repetidamente, causando que el siguiente umbral de activación disminuya. Desde este punto de vista, Rudd, Joiner y Dahm propusieron un "modo suicida" que consiste en dominios cognitivos, emocionales, fisiológicos y conductuales en 2001. La aparición y continuidad del suicidio se explican por las vulnerabilidades que ocurren en estas áreas. Si el individuo tiene un sistema de creencias suicidas sensible, las crisis recurrentes aumentarán su vulnerabilidad a futuras crisis (Barzilay y Apter, 2014).

Mientras que el riesgo básico tiende a ser resistente al cambio a lo largo del tiempo, el riesgo agudo tiende a ser una reacción a situaciones como fluctuaciones en el estado de ánimo y desesperanza, y cambios en los factores de estrés. La conducta suicida es el resultado de estos dos procesos de riesgo que se afectan mutuamente. La teoría de la predisposición variable también proporciona una base para explicar los suicidios que ocurren sin ningún plan preparado (Gutiérrez-Jurado y Romero Martínez, 2026).

La teoría de la mente

La cognición social se refiere a los amplios procesos mentales, afectivos y sociales críticos para una interacción interpersonal efectiva. Juntos, estos procesos promueven la afiliación, la comunicación social, la comprensión de los estados mentales propios y la comprensión de los estados mentales de los demás, entendiendo esta como la capacidad de "ponerse en el lugar del otro". Esta capacidad sociocognitiva a menudo se divide en dos

partes constituyentes, la parte cognitiva, que se refiere a comprender los pensamientos de los demás, y la afectiva, que se refiere a comprender los sentimientos de los demás (Nestor y Sutherland, 2023).

Comprender los pensamientos y sentimientos de los demás puede fomentar la cercanía y la sintonía en las relaciones sociales, mientras que malinterpretar dichos pensamientos y sentimientos puede instigar confusión y divisiones en las relaciones sociales. La teoría de la mente podría estar asociada con una mayor frecuencia de la ideación, la planeación y el intento suicida (suicidalidad). En particular, dados los trastornos interpersonales documentados en personas con suicidalidad, los déficits en la teoría de la mente podrían representar una vulnerabilidad sociocognitiva, un correlato o una consecuencia de la suicidalidad (Nestor y Sutherland, 2023).

Modelo de riesgo suicida transcultural

Este modelo se basa en teorías cognitivo-psicopatológicas del suicidio, especialmente en el modelo cognitivo de Beck que sostiene que la desesperanza y las cogniciones negativas sobre uno mismo y el futuro generan la ideación suicida, la cual puede conducir a conductas suicidas cuando se combina con otros factores predisposicionales y situacionales, como acceso a medios letales (armas de fuego, edificios altos, actividades de alto riesgo).

La ideación suicida, desde este enfoque, no sólo refleja pensamientos pasivos, sino que forma parte de una secuencia cognitiva y emocional que puede culminar en el intento suicida bajo determinadas condiciones. Además, el modelo respalda la hipótesis de que la ideación suicida es un predictor directo del riesgo de suicidio y está estrechamente relacionada con síntomas depresivos y la desesperanza, elementos fundamentales en la conducta suicida. Este modelo pretende explicar cómo la ideación suicida se comporta como un modelo predictivo transcultural al haber sido aplicado en poblaciones adultas de Colombia y México, logrando explicar el 66-67% de la varianza del riesgo suicida (Toro et al., 2021).

Referencias

Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, *96*(2), 358.

Barzilay, S., y Apter, A. (2014). Psychological models of suicide. *Archives of Suicide Research*, *18*(4), 295–312.

Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, *97*(1), 90.

Dhingra, K., Boduszek, D., y O'Connor, R. C. (2015). Differentiating suicide attempters from suicide ideators using the Integrated Motivational–Volitional model of suicidal behaviour. *Journal of Affective Disorders*, *186*, 211–218.

Eskin, M. (2012). *İntihar:(açıklama, değerlendirme, tedavi ve önleme)*. HYB Yayıncılık.

Gutiérrez-Jurado, J. E., y Romero Martínez, S. J. (2026). Modelos y teorías contemporáneas del comportamiento suicida: un análisis integrador. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, *36*(170), 64–75. https://doi.org/10.53680/vertex.v36i170.944

Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.

Klonsky, E. D., y May, A. M. (2015a). Impulsivity and Suicide Risk: Review and Clinical Implications. *Psychiatric Times*, *32*(8).

Klonsky, E. D., y May, A. M. (2015b). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, *8*(2), 114–129.

Klonsky, E. D., Pachkowski, M. C., Shahnaz, A., y May, A. M. (2021). The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of clarification. *Preventive Medicine*, *152*(Pt 1), 106549. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106549

Klonsky, E. D., Qiu, T., y Saffer, B. Y. (2017). Recent advances in differentiating suicide attempters from suicide ideators. *Current Opinion in Psychiatry*, *30*(1), 15–20.

López Martínez, L. F. (2024). Un viaje por las teorías del suicidio: de los enfoques clásicos al presente. In *Luis Fernando López Psicología*. https://luisfernandolopezpsicologia.es/sin-categoria/viaje-las-teorias-del-suicidio-los-enfoques-clasicos-al-presente

Nestor, B. A., y Sutherland, S. (2023). *Theory of Mind and Suicide : A Meta-Analysis*. *26*(4), 1666–1687. https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1939209.Theory

O'Connor, R. C., y Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *373*(1754), 20170268.

Rudd, M. D. (2006). Fluid Vulnerability Theory: A Cognitive Approach to Understanding the Process of Acute and Chronic Suicide Risk. In *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy.* (pp. 355–368). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/11377-016

Shneidman, E. (1977). *Definition of suicide*. Bloomsbury Publishing PLC.

Shneidman, E. S. (1998). Perspectives on suicidology. Further reflections on suicide and psychache. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *28*(3), 245–250.

Spiro, R. (2025). Toward a Psychoanalytic Approach to Suicidality. *Psychoanalytic Review*, *112*(1), 67–85. https://doi.org/10.1521/prev.2025.112.1.67

Toro, R., González, C., Mejía-Vélez, S., y Avendaño-Prieto, B. (2021). Modelo de riesgo suicida transcultural: Evidencias de la capacidad predictiva en dos países de Latinoamérica. *Ansiedad y Estrés*, *28*(1), 112–118. https://doi.org/10.5093/anyes2021a15

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., y Joiner, T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, *117*(2), 575–600. https://doi.org/10.1037/a0018697

Yakeley, J., y Burbridge-James, W. (2018). Psychodynamic approaches to suicide and self-harm. *BJPsych Advances*, *24*(1), 37–45. https://doi.org/DOI: 10.1192/bja.2017.6

Yöyen, E., y Keleş, M. (2024). First- and Second-Generation Psychological Theories of Suicidal Behaviour. *Behavioral Sciences*, *14*(8). https://doi.org/10.3390/bs14080710