

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER Y SUICIDIO FEMENINO

LAURA FÁTIMA ASENSI-PÉREZ*

Universidad de Alicante

JULIA BORRELL-ASENSI**

Universidad Miguel Hernández

MIGUEL DÍEZ-JORRO***

Universidad de Alicante

SUMARIO: 1. Introducción.— 2. Impacto de la violencia contra la mujer.— 3. Conducta suicida.— 4. Violencia contra la mujer como factor de riesgo de la conducta suicida.— 5. Discusión y conclusiones.— 6. Referencias bibliográficas

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe la violencia como:

-
- * Profesora de la Universidad de Alicante. PDI en el Dpto. de Psicología de la Salud. Psicóloga especialista en psicología clínica, jurídica y forense. Miembro del L.O.P.F (Listado Oficial de Psicólogos Forenses del Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana) (España).
 - ** Graduada en Psicología en la Universidad Miguel Hernández. Estudiante del máster universitario en Neurociología en la Universitat Oberta de Catalunya (España).
 - *** Profesor de la Universidad de Alicante. PDI en el Dpto. de Psicología de la Salud. Psicólogo habilitado sanitario. Miembro del L.O.P.F (Listado Oficial de Psicólogos Forenses del Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana) (España).

El uso deliberado de fuerza física o poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastorno del desarrollo o privaciones¹.

En relación con los efectos de la violencia, ANDRÉS-PUEYO afirma que la violencia es un fenómeno que tiene los mismos efectos que la enfermedad: dolor, lesiones, sufrimiento y muerte. No obstante, la violencia, a diferencia de la enfermedad, es intencionada y provoca el malestar y sufrimiento de las víctimas².

Concretamente, la violencia hacia la mujer es un fenómeno universal que persiste en todos los países y sociedades del mundo, afectando a todas las comunidades, independientemente de la raza, clase, religión, cultura o antecedentes³.

En un análisis realizado por la OMS, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo de Investigaciones Médicas (2013), basado en los datos de más de 80 países, se recoge que el 35 % de las mujeres ha sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja o violencia sexual por terceros.

Poniendo el centro de atención en la violencia directa contra la mujer, entendida como una violencia visible, que se concreta en comportamientos y responde a actos violentos⁴, la OMS señala distintos tipos a través del ciclo de la vida. En el ciclo vital de la adolescencia y

1 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, Washington: 2003, p. 5.

2 Cfr. ANDRÉS-PUEYO, Antonio, "Presente y futuro de la violencia interpersonal en las postrimerías del estado del bienestar, en *Anuario de Psicología*, vol. 42, n.º 2, Barcelona: 2012, p. 202.

3 Cfr. COLUCCI, Erminia y Amanda HEREDIA MONTESINOS, "Violence against women and suicide in the context of migration: a review of the literature and a call for action", en *Suicide Online*, Estados Unidos: agosto del 2013, p. 82.

4 Cfr. GALTUNG, Johan, *Tras la violencia, 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia*, Bilbao: Gernika Gogoratuz, 2003.

vida adulta se refieren manifestaciones tales como la violencia durante el cortejo y el noviazgo (por ejemplo, alteración de bebidas y violaciones); sexo forzado por razones económicas (por ejemplo, niñas estudiantes que tienen relaciones sexuales con adultos a cambio de favores); incesto; abuso sexual en el sitio de trabajo; violaciones; acoso sexual; prostitución y pornografía forzada; tráfico de mujeres; violencia conyugal; violación marital; abuso y homicidio; homicidio conyugal; abuso psicológico; abuso de mujeres con discapacidad y/o embarazos forzados. En la vejez, se señala como violencia contra la mujer el suicidio forzado u homicidio de viudas por razones económicas, así como el abuso físico, sexual y psicológico⁵.

En cuanto a su impacto, existen evidencias de que la violencia hacia las mujeres afecta a ámbitos de la salud física, sexual y mental⁶. Es por ello que la contribución de las diferentes experiencias de violencia (física, psicológica y sexual) debe ser tomada en cuenta al valorar el impacto en la salud mental de las mujeres que la sufren por parte de su pareja masculina. Así, la violencia psicológica en este contexto aumenta la gravedad de síntomas depresivos, elevando la incidencia de intentos de suicidio cuando es concomitante la violencia física y psicológica⁷. En otros estudios se afirma que, en el contexto del análisis de la violencia doméstica, una mujer que ha sufrido abusos tiene 12 veces más probabilidades de intentar suicidarse que una que no los ha sufrido,

5 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario*, Washington: OMS/OPS, 1998, p. 3.

6 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Violencia contra la mujer”, EN *Organización Mundial de la Salud*, Washington: 29 de noviembre de 2017. Recuperado de <<https://bit.ly/2jnaFoH>>.

7 Cfr. PICO-ALFONSO, María A.; M. Isabel GARCÍA-LINARES; Nuria CELDA-NAVARRO; Concepción BLASCO-ROS; Enrique ECHEBURÚA y Manuela Martínez, “The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women’s mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide”, en *Journal of Women’s Health*, vol. 15, n.º 5, Estados Unidos: 2006, p. 601.

provocando la violencia psicológica una tensión mental que produce una elevada incidencia de suicidios e intentos de suicidio⁸.

En la violencia contra la mujer se observa diferentes tipos de impacto pudiendo darse consecuencias mortales y no mortales. En cuanto a lesiones no mortales, puede darse daño físico, discapacidad y problemas de salud mental. También se dan consecuencias mortales ya sea por homicidio intencional, por muerte como resultado de lesiones permanentes o debido a suicidio, usado este como último recurso para escapar a la violencia⁹. Así, en el caso de las mujeres maltratadas físicamente o agredidas sexualmente, el agotamiento emocional y físico puede conducir al suicidio.

Resulta evidente que la victimización sobre las mujeres se asocia con un mayor riesgo de trastorno mental. El Centro de Investigaciones Innocenti¹⁰, en la investigación para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, afirma que las consecuencias psicológicas más frecuentes entre las mujeres que sufren violencia por parte de su pareja son la depresión, los trastornos de ansiedad, la baja autoestima, la culpabilización y el abuso de sustancias. Además, hubo resultados que demostraron que en muchas ocasiones se contemplaba también el suicidio.

En relación con la determinación del comportamiento suicida, la investigación ha mostrado la importancia de interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales¹¹.

8 CENTRO DE INVESTIGACIONES INNOCENT, “La violencia doméstica contra mujeres y niñas”, en *Innocenti Digest*, n.º 6, Florencia: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2000, p. 4.

9 Cfr. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario*, ob. cit., p. 7.

10 Cfr. CENTRO DE INVESTIGACIONES INNOCENT, “La violencia doméstica contra mujeres y niñas”, art. cit., p. 9.

11 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Prevención del suicidio: un imperativo global*, Washington DC: OMS, 2014, p. 3.

El comportamiento suicida es un fenómeno complejo que incluye diferentes conductas: amenaza, tentativa y suicidio consumado¹².

Dentro de los factores de riesgo de la conducta suicida hay que destacar los trastornos mentales, ya que se estima que alrededor del 90 % de personas que se han suicidado presentan un diagnóstico psiquiátrico¹³¹⁴. Los trastornos debidos al consumo de sustancias y los trastornos del estado de ánimo son los más relacionados con el suicidio, siendo la depresión mayor el más comúnmente asociado con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general¹⁵. GARCÍA y PERALTA afirman que el 20 % de los pacientes con un trastorno de crisis de ansiedad y fobia social presentan tentativas de suicidio, pero si se asocia además estos trastornos con la depresión, entonces aumenta el riesgo de que se produzca un suicidio consumado¹⁶.

Además, se estima que las situaciones estresantes como pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras (pérdidas de dinero o de trabajo) y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales) pueden ser desencadenantes de una conducta suicida en personas que presentan otros factores de riesgo¹⁷.

12 GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA, *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*, Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012, p. 37.

13 PHILLIPS, M. R. "Rethinking the role of mental illness in suicide", en *Am J Psychiatry*, vol. 167, n.º 7, Estados Unidos: 2010, pp. 731-733.

14 WINDFUHR, K., y N. KAPUR, "Suicide and mental illness: a clinical review of 15 years findings from the UK National Confidential Inquiry into Suicide", en *British Medical Bulletin*, vol. 100, Oxford: 2011, pp. 101-121.

15 BEAUTRAIS, Annette L.; S. COLLINGS; P. EHRHARDT y K. HENARE, *Suicide prevention: a review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*, Wellington: Ministry of Health, 2005, p. 21.

16 GARCÍA DE JALÓN E., Peralta V., "Suicidio y riesgo de suicidio", en *Anales Sis San Navarra*, vol. 25, n.º 3, Navarra: 2002, p. 90.

17 GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA, *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*, ob. cit., p. 63.

Como se puede observar, un tema relevante y que precisa ser objeto de análisis, en relación con la violencia contra la mujer y el feminicidio, es el suicidio: bien como salida final a una situación de abuso y victimización, bien considerando el suicidio forzado o la incitación a quitarse la vida. En este sentido, la autopsia psicológica puede ofrecer explicaciones en la investigación en casos de muerte dudosa o equívoca, siendo la idea de esta herramienta descubrir el estado psicológico de la víctima antes de la muerte¹⁸. Esta técnica puede ayudar a recopilar información retrospectiva sobre el comportamiento, estado psicológico, y posibles motivos, que pueden no ser constatables desde otros análisis biológicos, investigativos o médicos¹⁹.

Se considera, pues, la posibilidad de estimar la violencia ejercida contra la mujer (física, psicológica y/o sexual) como un factor de riesgo específico, en interacción con otras variables, para la aparición de conducta suicida en mujeres. En este sentido, se constata que los problemas de salud mental son un factor de riesgo significativo para el suicidio y, a su vez, una consecuencia en las víctimas que sufren este tipo de violencia. Por otra parte, la vivencia de una situación violenta es un evento vital altamente estresante, lo que supondría a su vez otros factores de riesgo suicida.

Todo ello conlleva la hipótesis de considerar en muchos casos el suicidio (voluntario o forzado) en mujeres víctimas de violencia como una forma de feminicidio.

18 ASENSI, Laura F. y Miguel Díez JORRO, "Autopsia psicológica. Evaluación después de la muerte", en *Conferencia presentada en el curso de criminalística forense y perfilamiento criminal*, España: 18 de julio del 2017, p. 67.

19 MARTÍN-FUMADÓ, Carles y Esperanza L. GÓMEZ-DURÁN, "Investigación del suicidio: autopsia psicológica", en *Revista Española de Medicina Legal*, vol. 43, n.º 4, España: 2017, p. 135-137.

2. Impacto de la violencia contra la mujer

La violencia contra la mujer es el resultado de la interacción compleja entre factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales²⁰.

A nivel mundial, la OMS y la OPS, conjuntamente, señalan las formas más comunes de violencia contra la mujer, que incluyen: la violencia infligida por la pareja y otras formas de violencia familiar; la violencia sexual; la mutilación genital femenina; el femicidio, incluidos los asesinatos en defensa del honor y los relacionados con la dote; el tráfico de personas, incluida la prostitución forzada y la explotación económica de niñas y mujeres y la violencia contra la mujer en situaciones de emergencias humanitarias y conflictos²¹.

La violencia puede afectar negativamente la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres y, en algunos entornos, puede aumentar el riesgo de contraer el VIH²².

En este trabajo se pondrá el punto de mira en la violencia contra la mujer ejercida por parte de su pareja y en la violencia sexual, consideradas como un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres²³. Las estimaciones mundiales publicadas por la OMS (2017) indican que alrededor de un tercio (35 %) de mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. La mayoría de estos casos son violencia infligida por la pareja. Además, se

20 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, 2003, p. 12.

21 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD & ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: panorama general*, Washington: Organización Mundial de la Salud, 2013, p. 2.

22 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Violencia contra la mujer”, en *Organización Mundial de la Salud*, Washington: 29 de noviembre de 2017. Recuperado de <<https://bit.ly/2jnaFoH>>.

23 ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer*, 2006, p. 15. Recuperado de <<https://bit.ly/2KXogjr>>.

señala que un 38 % de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja masculina.

El grado de daño psicológico que pueden padecer las víctimas de sucesos violentos está mediado por diferentes factores y variables, tales como la intensidad y duración del suceso, su significación emocional, el carácter inesperado del acontecimiento y el grado real de riesgo experimentado. Otros factores que condicionan el desarrollo de psicopatología más o menos intensa o grave son las pérdidas sufridas, la vulnerabilidad de la víctima y concurrencia de otros problemas actuales (a nivel familiar y laboral, por ejemplo) y pasados (historia de victimización). Se considera también el apoyo social existente y los recursos psicológicos de afrontamiento disponibles. Todo ello, junto con las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del suceso ocurrido, configura la mayor o menor resistencia al estrés de la víctima²⁴.

En cuanto a la violencia sexual, las mujeres son quienes la padecen en mayor medida. Se estima que cerca de un 15 % de la población femenina sufre alguna agresión sexual a lo largo de su vida²⁵. Señalan los autores que este tipo de victimización suele causar consecuencias psicológicas negativas y psicopatología a muchas de estas mujeres, siendo el trastorno de estrés postraumático (TEPT) una consecuencia en el 50-60 % de las mujeres agredidas sexualmente. En otros estudios se corrobora que la victimización por agresión sexual pone a la víctima bajo un elevado riesgo de padecer TEPT²⁶.

24 AMOR, Pedro; Enrique ECHEBURÚA y Miguel A. CARRASCO, "Daño psicológico en las víctimas de delitos violentos", en *Actualidad Penal*, n.º 28, Lima: octubre del 2016, p. 44.

25 SARASUA SANZ, Belén; Irene ZUBIZARRETA ANGUERA; Enrique ECHEBURÚA ODRIOZOLA y Paz DE CORRAL GARGALLO, "Factores de vulnerabilidad y de protección del impacto emocional en mujeres adultas víctimas de agresiones sexuales", en *Terapia Psicológica*, vol. 30, n.º 3, Santiago de Chile: diciembre del 2012, p. 8.

26 AYALA, Juan L. y Joaquín de P. OCHOTORENA, "Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas", en *Psicothema*, vol. 16, n.º 1, España: 2014, p. 46.

Las agresiones sexuales, como se ha visto, tienen las características de todo suceso traumático y pueden provocar secuelas a corto, medio y largo plazo. Supone humillación, miedo a sufrir daños físicos y psíquicos e incluso a morir, lo cual produce indefensión y pérdida de control que afecta al equilibrio emocional e interfiere un funcionamiento vital normalizado. Las reacciones emocionales negativas son más graves y duraderas cuando el suceso sufrido es muy intenso o cuando la víctima es vulnerable psicológicamente y no cuenta con un apoyo apropiado²⁷.

Aunque tanto las mujeres maltratadas en el hogar como las víctimas de agresión sexual extraconyugal presentan altos niveles de psicopatología²⁸, las víctimas de agresión sexual mostraron una mayor gravedad en el trastorno de estrés postraumático y más ansiedad global. El TEPT aparece con más frecuencia en agresiones sexuales, pero el malestar emocional (ansiedad, depresión e inadaptación) es muy intenso en uno y otro tipo de víctimas, sin que haya diferencias claras entre unas y otras²⁹.

La violación también produce niveles significativos de depresión, particularmente durante las semanas siguientes a la victimización, asimismo las víctimas recientes de violación tienen alto riesgo de TEPT y depresión mayor y problemas comórbidos³⁰.

-
- 27 ECHEBURÚA, Enrique; Belén SARASUA; Irene ZUBIZARRETA y Paz DE CORRAL, "Tratamiento psicológico de mujeres víctimas de agresiones sexuales recientes y no recientes en la vida adulta", en *Psicología Conductual*, vol. 21, n.º 2, España: 2013, p. 249.
- 28 AMOR, Pedro; Enrique ECHEBURÚA ODRIEZOLA; Paz de CORRAL GARGALLO e Irene ZUBIZARRETA ANGUERA, "Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo", en *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 6, n.º 3, Madrid: 2001, p. 167.
- 29 SARASUA SANZ; ZUBIZARRETA ANGUERA; ECHEBURÚA ODRIEZOLA y DE CORRAL GARGALLO, "Factores de vulnerabilidad y de protección del impacto emocional en mujeres adultas víctimas de agresiones sexuales", art. cit., p. 52.
- 30 RESNICK, H.; R. ACIERNO; A. E. WALDROP; L. KING; D. KING; C. DANIELSON, K. RUGGIERO y D. KILPATRICK, "Randomized controlled evaluation of an early intervention to prevent post-rape psychopathology", en *Behaviour Research and Therapy*, vol. 45, 2007.

Sin abundar más en el tema, se destaca que el principal cuadro clínico que pueden presentar las víctimas de una agresión sexual es el trastorno de estrés postraumático³¹, otros trastornos y problemas emocionales consecuencia de este, y trastornos comórbidos.

En el contexto de la violencia por parte de la pareja o violencia de género, la victimización tiene varias maneras de manifestarse, siendo común que la mujer queda en una situación de desigualdad y desventaja en diferentes aspectos vitales. Además, según ELLSBERG, JANSSEN, HEISE, WATTS y GARCÍA-MORENO señalan que las mujeres que en algún momento habían experimentado violencia de género eran más comunes los pensamientos e intentos de suicidio³². La realidad sobre la incidencia de este tipo de violencia se ve obstaculizada por una gran ocultación social. Es por ello que no todos los casos en los que existe violencia son reflejados a través de los indicadores judiciales y epidemiológicos³³.

La violencia psicológica actúa desde la necesidad y demostración del poder por parte del agresor. En este tipo de situación victimizante se busca la dominación y sumisión mediante presiones emocionales y agresivas. Este tipo de violencia “invisible” puede causar en la víctima

31 SARASUA SANZ; ZUBIZARRETA ANGUERA; ECHEBURÚA ODRIOZOLA y DE CORRAL GARGALLO, “Factores de vulnerabilidad y de protección del impacto emocional en mujeres adultas víctimas de agresiones sexuales”, art. cit., p. 52; RESNICK, H.; R. ACIERNO; A. E. WALDROP; L. KING; D. KING; C. DANIELSON, K. RUGGIERO y D. KILPATRICK, “Randomized controlled evaluation of an early intervention to prevent post-rape psychopathology”, en *Behaviour Research and Therapy*, vol. 45, 2007.

32 ELLSBERG, M.; H. JANSSEN; L. HEISE; C. WATTS y C. GARCÍA-MORENO. “Intimate partner violence and women’s physical and mental health in the WHO multi-country study on women’s health and domestic violence: an observational study”, en *The Lancet*, 2008.

33 NOVO PÉREZ, María y María D. SEIJO MARTÍNEZ, “Aproximación psicosocial a la violencia de género. Aspectos introductorios”, en FARIÑA RIVERA, Francisca; Ramón ARCE FERNÁNDEZ, y Gualberto BUELA-CASAL (eds.), *Violencia de género: tratado psicológico*, Madrid: Biblioteca Nueva, 2009, s/p.

trastornos psicológicos, desestructuración psíquica, agravar enfermedades físicas o, incluso, provocar el suicidio³⁴.

Las consecuencias psicológicas más habituales de la violencia contra la mujer en el contexto de una relación de pareja³⁵ son el trastorno por estrés postraumático (TEPT), depresión, trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, ataques de pánico, agorafobia, etc.), trastornos de la alimentación, alteraciones del sueño, abuso y dependencia de sustancias, problemas psicosomáticos, baja autoestima, problemas crónicos de salud, inadaptación, aislamiento, problemas de relación social/familiar/laboral y conducta suicida. Las características específicas de la violencia pueden explicar la sintomatología del TEPT en estas víctimas: recuerdos intrusivos, hiperactivación y comportamiento evitativo³⁶.

WALKER describe nuevas variables y presenta datos actualizados sobre el síndrome de la mujer maltratada, realizando una revisión muy detallada acerca del estrés postraumático y la reexperimentación del trauma; el nivel de ansiedad y excitación; la conducta elusiva y la depresión; las perturbaciones en las relaciones interpersonales; la distorsión de la imagen corporal y las enfermedades físicas; los problemas sexuales y los sentimientos de culpabilidad, vergüenza y celos³⁷. Todo ello constituye un recurso sumamente valioso para su análisis profesional³⁸.

34 ASENSI PÉREZ, Laura F., “La prueba pericial psicológica en asuntos de violencia de género”, en *Revista Internauta de Práctica Jurídica*, n.º 21, Valencia: enero-junio del 2008, p. 17.

35 ASENSI PÉREZ, “La prueba pericial psicológica en asuntos de violencia de género”, art. cit., pp. 20 y 21.

36 LABRADOR ENCINAS, Francisco J.; María R. FERNÁNDEZ-VELASCO y Paulina RINCÓN, “Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja”, en *Psicothema*, vol. 22, n.º 1, Oviedo: 2010, p. 100.

37 WALKER, Lenore, *El síndrome de la mujer maltratada*, Bilbao: Desclée de Brouwer, 2012.

38 ASENSI PÉREZ, Laura F. y Manuel Díez JORRO, “Evaluaciones psicológico-forenses en asuntos de violencia de género. Errores habituales y propuestas de mejora”, en *Información Psicológica*, n.º 111, Valencia: 2016, p. 107.

Es clave destacar que, según afirma ECHEBURÚA, las mujeres muestran propensión a hacia la conducta suicida cuando están afectadas por problemas interpersonales graves como violencia de pareja o abuso sexual³⁹.

3. Conducta suicida

En la nomenclatura adoptada por el National Institute of Mental Health (NIMH), planteada por O'Carroll, de los pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio, se diferencia entre ideación suicida, conducta instrumental, intento de suicidio y suicidio consumado⁴⁰. Posteriormente, se propuso una revisión de la nomenclatura distinguiendo tres grandes categorías: ideación suicida, comunicación suicida y conducta suicida⁴¹.

La conceptualización de la conducta suicida es compleja. En la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida se considera que “el suicidio se mueve a lo largo de un continuo de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado)”⁴².

El suicidio representa un problema de Salud Pública, con más de 800 000 muertes mundiales cada año. Estadísticamente, se configura

39 ECHEBURÚA, Enrique, “Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica”, en *Terapia Psicológica*, vol. 33, n.º 2, Santiago de Chile: julio del 2015, p. 119.

40 O'CARROLL P.: A. BERMAN; R. MARIS; E. MOSCICKI; B. TANNEY y M. SILVERMAN, “Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology”, en *Suicide Life Threat Behav*, vol. 26, n.º 3, 1996.

41 O'CARROLL P. I. A. BERMAN; R. MARIS; E. MOSCICKI; B. TANNEY y M. SILVERMAN, “Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology”, en *Suicide Life Threat Behav*, vol. 26, n.º 3, 1996; M. SILVERMAN; L. BERMAN; M. SANDDAL; P. O'CARROLL y T. JOINER, “Rebuilding the Tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors”, en *Suicide Life Threat Behav*, vol. 37, n.º 3, 2007.

42 GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA, *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*, ob. cit., p. 43.

entre las primeras causas de muerte en el mundo. Asimismo, hay indicios de que, por cada adulto que se suicidó, posiblemente más de otros 20 intentaron suicidarse⁴³.

En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística⁴⁴, se recoge que durante el año 2016 el suicidio sigue siendo la primera causa de muerte no natural, contabilizándose un total de 3 569 muertes en la categoría de suicidio y lesiones autoinfligidas. Puede considerarse que esta cifra es todavía más elevada, ya que bajo otras causas externas (ahogamientos, envenenamientos, accidentes, etc.) pueden ocultarse muertes por suicidio que, por distintos motivos, no son asignadas a esta causa.

En 2016, tres de cada cuatro suicidios han sido varones (2 662) y alrededor del 25 % han sido de mujeres (907). En cuanto a la franja de edad, en España en función de los últimos datos, el mayor número de suicidios se produce entre los 40 y los 59 años, aumentando con la edad. Las pautas que se recogen en los datos facilitados por el INE de España son similares a las del resto del mundo.

En general, respecto a la edad y al sexo existen diferencias entre el suicidio consumado y los intentos de suicidio. Así, mientras el primero suele producirse en hombres mayores de 65 años, los intentos son más habituales entre las mujeres⁴⁵.

Hay multitud de variables que explican la ideación suicida, el intento o la consumación del suicidio, y de estos factores se consideran, entre otros: trastornos mentales, factores de riesgo psicológico y estresores

43 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Prevención del suicidio: un imperativo global*, ob. cit., p. 4; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Suicidio. Nota descriptiva*, 2018. Recuperado de <<https://bit.ly/2Hdc1vE>>.

44 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, *Defunciones según la causa de muerte*, 2017. Recuperado de <<https://bit.ly/2qk8VQ0>>.

45 GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA, *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*, ob. cit., p. 43.

vitales, que son también característicos de las mujeres que sufren la violencia⁴⁶.

Resulta destacable considerar que la historia previa del intento suicida o de suicidio es el principal factor de riesgo suicida. Diversos estudios refieren diferentes factores de riesgo psicosocial como estar separado o sin pareja, las pérdidas personales, el abandono en la infancia, la historia previa de intento suicida o de suicidio en la familia o la existencia de situaciones vitales estresantes. También se contemplan factores de riesgo individuales, como un diagnóstico de trastorno mental, problemas psicológicos y/o enfermedad física, entre otros⁴⁷.

En una revisión de trabajos en los que se realizaron estudios de autopsias psicológicas de suicidas, realizada por ARSENAULT-LAPIERRE, KIM y TURECKI (2004), se objetivó la presencia de trastornos mentales en alrededor del 87 % de las personas que consuman el suicidio, siendo los trastornos más frecuentemente asociados: la depresión, el abuso de sustancias, los trastornos psicóticos, los trastornos de la personalidad y los trastornos de ansiedad. Entre el 65-90 % de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con la depresión. Además, la relación existente de los trastornos depresivos con el riesgo de suicidio se ha mostrado significativa, sobre todo en poblaciones de edad avanzada y en mujeres⁴⁸. El vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales, en particular los trastornos relacionados con la depresión y el consumo de alcohol, está bien documentado, aunque también es cierto que muchos suicidios se producen impulsivamente en momentos de crisis⁴⁹.

46 BEAUTRAIS; COLLINGS; EHRHARDT y HENARE, *Suicide prevention: a review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*, ob. cit., p. 26.

47 Cfr. ECHEBURÚA, "Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica", art. cit., p. 123.

48 GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA, *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*, ob. cit., p. 58.

49 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Suicidio. Nota descriptiva, 2018*. Recuperado de <<https://bit.ly/2Hdc1vE>>.

Por otro lado, eventos vitales y situaciones estresantes como pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras (pérdidas de dinero o de trabajo), problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales) pueden ser desencadenantes de una conducta suicida en personas que presentan otros factores de riesgo⁵⁰. Asimismo, los abusos sexuales y físicos muestran correlación con la conducta suicida, siendo las comorbilidades en víctimas de abusos físicos o sexuales lo que contribuye a aumentar el riesgo suicida.

Además de lo anterior, la relación existente entre la violencia de género y el suicidio ha sido también puesta de manifiesto en diferentes estudios⁵¹. Así, se refiere que la probabilidad de que una mujer maltratada padezca trastornos mentales, incluida la conducta suicida, es dos veces superior a la de mujeres que no han sufrido maltrato. Asimismo, se desprende que es mucho más probable que las mujeres que habían sido víctimas de violencia infligida por parte de su pareja hubieran pensado en suicidarse alguna vez y que lo hubieran intentado.

En cuanto a la búsqueda de iniciativas efectivas para la prevención del suicidio, no hay una sola estrategia claramente superior a las demás. Las combinaciones de estrategias basadas en la evidencia a nivel individual y a nivel de la población deben ser evaluadas para valorar su eficacia⁵².

Por último, valorar que la ausencia de datos y falta de información en este sentido, así como la mejorable fiabilidad de los sistemas de cer-

50 BEAUTRAIS, COLLINGS; EHRHARDT y HENARE, *Suicide prevention: a review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*, ob. cit., p. 28.

51 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer, Genová: Organización Mundial de la Salud, 2005; Lorente, M., Sánchez, C. y Naredo, C. (2006). *Suicidio y violencia de género*, Federación de Mujeres Progresistas y Observatorio de Salud de la Mujer, Madrid: Imp. Rumagraf.

52 ZALSMAN, G.; K. HAWTON; D. WASSERMAN; K. VAN HEERINGEN; E. ARENSMAN, M. SARCHIAPONE y G. PUREBL, *Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review*, en *The Lancet Psychiatry*, vol. 3, n.º 7, Estados Unidos: 2016.

tificación y notificación de los suicidios, puede indicar que exista una cifra negra de suicidios o suicidios forzados.

4. Violencia contra la mujer como factor de riesgo de la conducta suicida

Como víctimas de un acontecimiento intenso amenazante⁵³, las mujeres víctimas de cualquier manifestación de violencia es más probable que desarrollen trastorno de estrés postraumático, así como otros síntomas psicopatológicos. Como se ha podido ver anteriormente, en cuanto a los trastornos mentales asociados a la conducta suicida, la depresión, acompañada de una profunda desesperanza, y el trastorno bipolar están presentes en, al menos, el 80 % de los suicidios⁵⁴.

El impacto de la violencia contra las mujeres, particularmente la violencia doméstica, tanto en su salud física y mental como en el comportamiento suicida ha sido resaltado en varios estudios⁵⁵. En una investigación realizada en diferentes países, Unicef estableció una estrecha correlación entre la violencia y suicidio, ya que el suicidio resultó ser 12 veces más probable en una mujer que ha sido maltratada en comparación con mujeres no abusadas⁵⁶.

Relacionando la violencia con la conducta suicida, se encuentran los resultados obtenidos por DILLON, HUSSAIN, LOZTON y RAHMAN⁵⁷ en

53 AMOR; ECHEBURÚA ODRIÓZOLA; CORRAL GARGALLO e ZUBIZARRETA ANGUERA, “Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo”, art. cit., p.

54 ECHEBURÚA, “Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica”, art. cit., p. 120.

55 COLUCCI, Erminia y Amanda HEREDIA MONTESINOS, “Violence against women and suicide in the context of migration: a review of the literature and a call for action”.

56 UNICEF, *Violencia doméstica contra mujeres y niñas*, Florencia: Centro de Investigaciones – Innocenti, p. 5.

57 DILLON, G.; R. HUSSAIN, R.; D. LOXTON y S. RAHMAN, S., “Mental and physical health and intimate partner violence against women: a review of the literature”, en *International journal of family medicine*, 2013.

un trabajo de revisión sistemática de la literatura científica, que muestran que la violencia hacia las mujeres se asoció con una variedad de problemas de salud mental, tales como depresión, trastorno de estrés postraumático, ansiedad, autolisis y trastornos del sueño. Además, se sabe que la depresión y el intento de suicidio se vinculan estrechamente con la violencia dentro de la pareja. También se ha demostrado que las niñas que han sido violadas o han sufrido acoso sexual corren un mayor riesgo de suicidio. En particular, los trastornos resultantes del estrés postraumático parecen ser un factor significativo de riesgo de suicidio⁵⁸.

Uno de los primeros informes realizados en España sobre suicidio y violencia de género⁵⁹ refleja que el 81 % de las mujeres maltratadas ha intentado o ha pensado suicidarse y el 63 % de las mujeres maltratadas intentó suicidarse y requirió asistencia médica para salvar su vida. El 18 % de estas mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja o expareja, pensó en la idea del suicidio como salida a la situación de violencia que estaban viviendo.

Además, en otro trabajo realizado por DEVRIES y COLS, utilizando datos del estudio multinacional de la OMS (2005) sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer, examinaron la prevalencia de pensamientos e intentos suicidas y las relaciones entre intentos de suicidio y estado de salud mental, abuso sexual infantil, violencia en la pareja y otras variables. Se concluía (incluyendo todas las variables combinadas) que las mujeres que habían sido víctimas de violencia, al menos una vez en su relación de pareja, informaron significativamente más angustia emocional, pensamientos suicidas e intentos suicidas que las mujeres que no habían sufrido violencia⁶⁰.

58 ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer*, ob. cit., p. 57.

59 LORENTE, M.; C. SÁNCHEZ y C. NAREDO, *Suicidio y violencia de género*, Federación de Mujeres Progresistas y Observatorio de Salud de la Mujer, Madrid: Imp. Rumagraf, 2006.

60 DEVRIES, K.; C. WATTS; M. YOSHIHAMA; L. KISS; L. SCHRAIBER; N. DEYESSA e Y. BERHANE, "Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic

Finalmente, en cuanto al impacto de la violencia contra la mujer, en diversos estudios transversales⁶¹ la experiencia de ser objeto de violencia está consistentemente asociada con diferentes trastornos depresivos y suicidio.

En este sentido cabe destacar que, aunque la causalidad entre violencia, depresión y comportamiento suicida posterior sea compleja, existe la necesidad de evaluar y prevenir dicho riesgo⁶². Según dichos autores, el estrés postraumático como consecuencia de los malos tratos sufridos es el principal mecanismo asociado al desarrollo de depresión e intentos de suicidio.

Con todo lo anterior, es fácil apreciar la relación existente entre los distintos tipos de violencia que sufre la mujer y la conducta suicida.

5. Discusión y conclusiones

Se ha podido apreciar que el maltrato psicológico afecta a la salud emocional de las mujeres, pudiendo tener conductas autolesivas, baja autoestima e ideas de suicidio⁶³.

La violencia que sufren las mujeres puede estar oculta y no ser tenida en cuenta a la hora de ser considerada como factor de riesgo de conducta suicida. Así, en relación con la violencia de género, según el Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género en España, 134 462 mujeres denunciaron en el año 2016 ser víctimas de violencia de género, además algunas lo denunciaron más de una vez, lo que eleva

violence against women”, en *Social Science & Medicine*, vol. 73, n.º 1, Estados Unidos: 2011.

61 DEVRIES, K.; J. MAK; L. BACCHUS; J. CHILD; G. FALDER; M. PETZOLD y C. WATTS “Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies”, en *PLoS Med*, vol. 10, n.º 5, 2013. Recuperado de <<https://bit.ly/2L7GoaB>>.

62 ASENSI PÉREZ, DÍEZ JORRO, “Evaluaciones psicológico-forenses en asuntos de violencia de género. Errores habituales y propuestas de mejora”, art. cit., p. 106.

63 GÓMEZ DE TERREROS GUARDIOLA, María, “Maltrato psicológico”, en *Cuad Med Forense*, vol. 12, Málaga: enero-abril del 2006, p. 113.

a 142 893 el número total de denuncias que llegaron a los juzgados. Ese mismo año, un 40.8 % de las denuncias por violencia sobre la mujer fueron archivadas según consta en el “Análisis de datos estadísticos del CGPJ sobre violencia de género” (2016)⁶⁴.

Además, hay que tener en cuenta que es probable que muchas mujeres víctimas de violencia de género se abstengan de acudir a profesionales de la salud mental por presentar sentimientos de culpa, indefensión o dependencia emocional, lo que llevaría a desencadenar más dificultades para sobrellevar sus problemas emocionales y psicológicos y, por tanto, pudiera desencadenarse problemas mayores.

Por otra parte, existirían suicidios que no se han relacionado con violencia en contra de la mujer, ya sea por falta de denuncias o por falta de reconocimiento de su propia victimización, que corroboren que el suicidio se relacionó inicialmente por la violencia sufrida, y no por presentar una mala salud mental de forma aislada o fuera de contexto.

De forma similar, existe una elevada cifra negra en la constatación de víctimas de agresiones sexuales, pudiendo acudir a la socorrida figura del iceberg se puede afirmar que un alto porcentaje de víctimas permanece oculto, siendo los porcentajes diferentes en distintos países.

En cuanto al suicidio, los estudios estadísticos no son completamente fiables, pues tienden a minusvalorar el problema, siendo considerado el suicidio, todavía hoy, un tema tabú rodeado de falsos mitos. Por lo tanto, se cree conveniente que se visibilice, se promueva la sensibilización e investigue de una manera más exhaustiva el suicidio, que de hecho fue la segunda causa de muerte mundial en 2016 en edades comprendidas entre 15 y 29 años⁶⁵ y la primera causa de muerte no natural en España

64 CONSEJO GENERAL DEL PODER JUDICIAL, *La violencia sobre la mujer en la estadística judicial: anual 2016*, Madrid: 2016. Recuperado de <<https://bit.ly/2UmauLx>>.

65 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Prevención del suicidio: un imperativo global*, ob. cit., p. 4; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Suicidio. Nota descriptiva, 2018*. Recuperado de <<https://bit.ly/2Hdc1vE>>.

en 2016⁶⁶. También resulta conveniente considerar la violencia sufrida por la mujer y sus antecedentes de malos tratos, agresiones sexuales y otras como factor de riesgo de suicidio femenino.

Una de las estrategias que se propone es la aplicación de evaluaciones reconstructivas, como en el caso de las autopsias psicológicas, que podría ayudar a señalar qué perfiles de riesgo son los que habitualmente acaban en suicidio o qué factores de riesgo pueden estar relacionados con la conducta suicida⁶⁷.

Con lo cual, ¿es posible plantearse la existencia de suicidio de mujeres por razones de género? Es preciso tener en cuenta que la inmensa mayoría de los suicidas no quieren morir, sino poner fin a su dolor psíquico o a continuar en la situación crítica en que se encuentran. Así, cuando pensamos en el nivel de dolor de las mujeres que han sufrido abusos o agresiones sexuales, o aquellas mujeres víctimas de violencia que van acumulando el impacto psicológico de forma continuada a lo largo del tiempo, se hace más fácil entender que este tipo de suicidios es una realidad.

Es cierto que el feminicidio es la expresión más grave de la violencia contra las mujeres, pero no hay que olvidar que otra forma de violencia extrema es el suicidio de mujeres víctimas de violencia, bien como única salida a su situación, bien como consecuencia de trastorno mental provocado por la victimización, bien como suicidio forzado. No obstante, al no disponer de cifras, datos y análisis concretos, es difícil saber cuántas mujeres víctimas de violencia recurren a esta opción dramática y sin salida.

66 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, *Defunciones según la causa de muerte*, 2017. Recuperado de < <https://bit.ly/2qk8VQ0>>.

67 BERMAN, A.; R. SUNDARARAMAN; A. PRINCE y J. AU, "Suicide on railroad rights-of-way: a psychological autopsy study", en *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 14, Estados Unidos: 2014.

6. Referencias bibliográficas

- AMOR, Pedro; Enrique ECHEBURÚA ODRIUZOLA; Paz de CORRAL GARGALLO e Irene ZUBIZARRETA ANGUERA, “Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo”, en *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 6, n.º 3, Madrid: 2001.
- AMOR, Pedro; Enrique ECHEBURÚA y Miguel A. Carrasco, “Daño psicológico en las víctimas de delitos violentos”, en *Actualidad Penal*, n.º 28, Lima: octubre del 2016.
- ANDRÉS-PUEYO, Antonio, “Presente y futuro de la violencia interpersonal en las postrimerías del estado del bienestar, en *Anuario de Psicología*, vol. 42, n.º 2, Barcelona: 2012.
- ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer*, 2006. Recuperado de <<https://bit.ly/2KXogjr>>.
- ASENSI PÉREZ, Laura F. y Manuel DÍEZ JORRO, “Evaluaciones psicológico-forenses en asuntos de violencia de género. Errores habituales y propuestas de mejora”, en *Información Psicológica*, n.º 111, Valencia: 2016.
- ASENSI PÉREZ, Laura F., “La prueba pericial psicológica en asuntos de violencia de género”, en *Revista Internauta de Práctica Jurídica*, n.º 21, Valencia: enero-junio del 2008, p. 17.
- ASENSI, Laura F. y DÍEZ JORRO, Miguel, “Autopsia psicológica. Evaluación después de la muerte”, en *Conferencia presentada en el curso de criminalística forense y perfilamiento criminal*, España: 18 de julio del 2017.
- AYALA, Juan L. y Joaquín de P. OCHOTORENA, “Trastorno por estrés post-traumático en víctimas de situaciones traumáticas”, en *Psicothema*, vol. 16, n.º 1, España: 2014.
- BEAUTRAIS, Annette L.; S. COLLINGS; P. EHRHARDT y K. HENARE, *Suicide prevention: a review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*, Wellington: Ministry of Health, 2005.

- BERMAN, A.; R. SUNDARARAMAN; A. PRINCE y J. AU, “Suicide on railroad rights-of-way: a psychological autopsy study”, en *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 14, Estados Unidos: 2014.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES INNOCENT, “La violencia doméstica contra mujeres y niñas”, en *Innocenti Digest*, n.º 6, Florencia: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2000.
- COLUCCI, Erminia y Amanda HEREDIA MONTESINOS, “Violence against women and suicide in the context of migration: a review of the literature and a call for action”, en *Suicide Online*, Estados Unidos: agosto del 2013.
- CONSEJO GENERAL DEL PODER JUDICIAL, *La violencia sobre la mujer en la estadística judicial: anual 2016*, Madrid: 2016. Recuperado de <<https://bit.ly/2UmauLx>>.
- DEVRIES, K.; C. WATTS; M. YOSHIHAMA; L. KISS; L. SCHRAIBER; N. DEYESSA e Y. BERHANE, “Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women’s health and domestic violence against women”, en *Social Science & Medicine*, vol. 73, n.º 1, Estados Unidos: 2011.
- DEVRIES, K.; J. MAK; L. BACCHUS; J. CHILD; G. FALDER; M. PETZOLD y C. WATTS “Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies”, en *PLoS Med*, vol. 10, n.º 5, 2013. Recuperado de <<https://bit.ly/2L7GoaB>>.
- DILLON, G.; R. HUSSAIN, R.; D. LOXTON y S. RAHMAN, S., “Mental and physical health and intimate partner violence against women: a review of the literature”, en *International journal of family medicine*, 2013.
- ECHEBURÚA, Enrique, “Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica”, en *Terapia Psicológica*, vol. 33, n.º 2, Santiago de Chile: julio del 2015.
- ECHEBURÚA, Enrique; Belén SARASUA; Irene ZUBIZARRETA y Paz DE CORRAL, “Tratamiento psicológico de mujeres víctimas de agresiones

- sexuales recientes y no recientes en la vida adulta”, en *Psicología Conductual*, vol. 21, n.º 2, España: 2013.
- ELLSBERG, M.; H. JANSEN; L. HEISE; C. WATTS y C. GARCÍA-MORENO. “Intimate partner violence and women’s physical and mental health in the WHO multi-country study on women’s health and domestic violence: an observational study”, en *The Lancet*, 2008.
- GALTUNG, Johan, *Tras la violencia, 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia*, Bilbao: Gernika Gogoratuz, 2003.
- GARCÍA DE JALÓN E., Peralta V., “Suicidio y riesgo de suicidio”, en *Anales Sis San Navarra*, vol. 25, n.º 3, Navarra: 2002.
- GÓMEZ DE TERREROS GUARDIOLA, María, “Maltrato psicológico”, en *Cuad Med Forense*, vol. 12, Málaga: enero-abril del 2006.
- GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA, *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*, Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, *Defunciones según la causa de muerte*, 2017. Recuperado de < <https://bit.ly/2qk8VQ0>>.
- LABRADOR ENCINAS, Francisco J.; María Rocío FERNÁNDEZ-VELASCO y Paulina RINCÓN “Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja”, en *Psicothema*, vol. 22, n.º 1.
- LORENTE, M.; C. SÁNCHEZ y C. NAREDO, *Suicidio y violencia de género*, Federación de Mujeres Progresistas y Observatorio de Salud de la Mujer, Madrid: Imp. Rumagraf, 2006.
- M. SILVERMAN; L. BERMAN; M. SANDDAL; P. O’CARROLL y T. JOINER, “Rebuilding the Tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors”, en *Suicide Life Threat Behav*, vol. 37, n.º 3, 2007.

- MARTÍN-FUMADÓ, Carles y Esperanza L. GÓMEZ-DURÁN, “Investigación del suicidio: autopsia psicológica”, en *Revista Española de Medicina Legal*, vol. 43, n.º 4, España: 2017.
- NOVO PÉREZ, María y María D. SEIJO MARTÍNEZ, “Aproximación psicosocial a la violencia de género. Aspectos introductorios”, en FARIÑA RIVERA, Francisca; Ramón ARCE FERNÁNDEZ, y Gualberto BUELA-CASAL (eds.), *Violencia de género: tratado psicológico*, Madrid: Biblioteca Nueva, 2009.
- O’CARROLL P.: A. BERMAN; R. MARIS; E. MOSCICKI; B. TANNEY y M. SILVERMAN, “Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology”, en *Suicide Life Threat Behav*, vol. 26, n.º 3, 1996.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD & ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: panorama general*, Washington: Organización Mundial de la Salud, 2013.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Violencia contra la mujer”, en *Organización Mundial de la Salud*, Washington: 29 de noviembre de 2017. Recuperado de <<https://bit.ly/2jnaFoH>>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer, Geneva: Organización Mundial de la Salud, 2005.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, Washington: 2003.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Prevención del suicidio: un imperativo global*, Washington DC: OMS, 2014.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Suicidio. Nota descriptiva*, 2018. Recuperado de <<https://bit.ly/2Hdc1vE>>.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, 2003.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario*, Washington: OMS/OPS, 1998.

- PHILLIPS, M.R, “Rethinking the role of mental illness in suicide”, en *Am J Psychiatry*, vol. 167, n.º 7, Estados Unidos: 2010.
- PICO-ALFONSO, María A.; M. Isabel GARCÍA-LINARES; Nuria CELDA-NAVARRO; Concepción BLASCO-ROS; Enrique ECHEBURÚA y Manuela Martínez, “The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women’s mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide”, en *Journal of Women’s Health*, vol. 15, n.º 5, Estados Unidos: 2006.
- RESNICK, H.; R. ACIERNO; A. E. WALDROP; L. KING; D. KING; C. DANIELSON, K. RUGGIERO y D. Kilpatrick, “Randomized controlled evaluation of an early intervention to prevent post-rape psychopathology”, en *Behaviour Research and Therapy*, vol. 45, 2007.
- SARASUA SANZ, Belén; Irene ZUBIZARRETA ANGUERA; Enrique ECHEBURÚA ODRIOSOLA y Paz DE CORRAL GARGALLO, “Factores de vulnerabilidad y de protección del impacto emocional en mujeres adultas víctimas de agresiones sexuales”, en *Terapia Psicológica*, vol. 30, n.º 3, Santiago de Chile: diciembre del 2012.
- WALKER, Lenore, *El síndrome de la mujer maltratada*, Bilbao: Desclée de Brouwer, 2012.
- WINDFUHR, K., y N. KAPUR, “Suicide and mental illness: a clinical review of 15 years findings from the UK National Confidential Inquiry into Suicide”, en *British Medical Bulletin*, vol. 100, Oxford: 2011.
- ZALSMAN, G.; K. HAWTON; D. WASSERMAN; K. VAN HEERINGEN; E. ARENSMAN, M. SARCHIAPONE y G. PUREBL, “Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review”, en *The Lancet Psychiatry*, vol. 3, n.º 7, Estados Unidos: 2016.