



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DETECCIÓN DE RIESGO SUICIDA EN UNA  
SECUNDARIA PÚBLICA DEL DISTRITO  
FEDERAL

# TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ANA INÉS MACHADO OVIEDO

DIRECTORA DE TESIS:  
DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO

ASESORA DE TESIS:  
MTRA. CRISTINA HEREDIA ANCONA

ASESORA METODOLÓGICA:  
MTRA. CONSUELO DURÁN PATIÑO

SINODALES:  
MTRA. MILAGROS FIGUEROA CAMPOS  
LIC. ASUNCIÓN VALENZUELA COTA  
LIC. NOEMÍ BARRAGÁN TORRES



MÉXICO, D. F.

JUNIO, 2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## AGRADECIMIENTOS

La realización de este trabajo fue posible gracias al apoyo del proyecto IN-300002 "Factores de riesgo en problemas emocionales y diseño de estrategias e intervención en adolescentes.

A mi familia, por su amor, dedicación y entrega. A mi hermana, Xiomara, por ser mi incondicional. A mi sobrino Nico y a mi primo Alfonsito, por existir y llenar mi vida de alegrías.

A mi familia de Uruguay, por estar siempre cerca, a pesar de la distancia. Por las risas, por los llantos, por ayudarme a encontrar quién soy y de dónde vengo y por demostrarme cuán importantes son los lazos sinceros y profundos.

A mis amigos, por todos los momentos vividos juntos, por su ayuda y comprensión, por estar, ser y vivir conmigo los eventos más importantes de mi vida.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por la oportunidad que me ha brindado de ser una mejor persona y una profesional comprometida con la búsqueda de la verdad y el conocimiento.

A Emilia, mi directora de tesis, por su guía y dirección siempre acertada y motivante. Gracias por darme tu confianza y apoyo y por hacerme sentir que los trabajos se logran con el empeño y la conducción adecuada.

A Cristy, que siempre estuviste dispuesta a compartir tus conocimientos. Gracias por orientarme y apoyarme en la conclusión de esta tesis.

A Quetza, por su amistad, por las muchas tardes y horas de discusión y arduo trabajo en esta tesis, que en parte también es tuya.

A Consuelo, por tu paciencia y dedicación, por tus aportes metodológicos, por tu constancia y sobre todo, por tu esperanza y amistad.


A todos los participantes en el proyecto, gracias por su apoyo, compañerismo, experiencia y amistad.

A mis sinodales, por sus comentarios acertados y su disposición para hacer de esta tesis un mejor trabajo.

Entregado a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM e guarda en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo: *resesional*

NOMBRE: *Ana Inés Machado Oviedo*

FECHA: *16 Junio 2004*

FIRMA: 

## INDICE

### Resumen

<b>Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo I.</b>	
<b>Adolescencia.....</b>	<b>6</b>
• ¿Qué es la adolescencia?.....	6
• Hechos fundamentales que el adolescente debe enfrentar.....	7
• Etapas de la adolescencia:	
a) Adolescencia temprana.....	11
b) Adolescencia tardía.....	12
• Estrés en la adolescencia.....	13
<b>Capítulo II.</b>	
<b>El suicidio.....</b>	<b>16</b>
• Marco conceptual e histórico del suicidio.....	16
• Aproximaciones teóricas:	
a) Enfoque sociológico.....	17
b) Enfoque psiquiátrico.....	18
c) Perspectiva psicoanalítica.....	19
d) Perspectiva cognoscitiva.....	20
• Presentación clínica del comportamiento suicida:	
a) Clasificación de la conducta suicida.....	22
b) Definiciones operacionales.....	25
c) Criterios diagnósticos de la conducta suicida.....	27
<b>Capítulo III.</b>	
<b>El suicidio adolescente.....</b>	<b>30</b>
• Historia del estudio del suicidio adolescente.....	30
• Epidemiología del suicidio adolescente:	
a) Edad.....	31
b) Género.....	32

c) Cambios seculares.....	34
d) Métodos.....	35
e) Características clínicas de los adolescentes que cometen suicidio.....	35
• El suicidio en México.....	37
a) Investigaciones realizadas en México sobre la Conducta Suicida 1966-2000..	37
b) Estudios sobre la conducta suicida en adolescentes mexicanos.....	39
c) Comparación entre el suicidio adolescente mexicano y estadounidense...	40
• Problemas metodológicos del estudio del suicidio.....	41
• La conducta suicida en el adolescente:	
a) Factores asociados a la conducta suicida.....	42
b) Factores de riesgo y de protección de la conducta suicida.....	43
c) Descripción detallada de algunos de los factores de riesgo.....	47
d) Riesgo de suicidio acumulativo.....	47
e) Predicción del comportamiento suicida.....	57
f) Identificación del riesgo suicida.....	58
g) Evaluación del riesgo suicida.....	59
h) Prevención del suicidio en adolescentes.....	64

#### Capítulo IV.

<b>Metodología.....</b>	<b>66</b>
• Planteamiento del problema.....	66
• Justificación del estudio.....	66
• Objetivos.....	67
• Fase I: Detección del riesgo suicida en los adolescentes:	
a) Estudio.....	68
b) Diseño.....	68
c) Escenario.....	68
d) Participantes.....	68
e) Variables.....	69
f) Población objetivo.....	69
g) Tipo de muestreo.....	71
• Fase II: Determinación del perfil psicológico de aquellos participantes en riesgo suicida:	
a) Objetivo específicos.....	72

b) Tipo de estudio.....	72
c) Diseño.....	72
d) Escenario.....	72
e) Participantes.....	72
f) Variables.....	73
g) Población objetivo.....	74
h) Tipo de muestreo.....	74
• Instrumentos y/o materiales	
a) Inventario de Riesgo Suicida (IRIS).....	75
b) Escala de Ideación Suicida de Beck (EBIS).....	78
c) Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes..	84
• Consideraciones éticas.....	91
• Criterios de inclusión.....	91
• Criterios de exclusión.....	91
• Procedimiento.....	92

## Capítulo V.

<b>Resultados.....</b>	<b>94</b>
• Análisis factorial de la Escala de Beck de Ideación Suicida.....	96
• Correlaciones entre las áreas de los distintos instrumentos aplicados.....	98
• Correlaciones por reactivos:	
a) IRIS-Subescala de Ideación Suicida del MMPI-A.....	100
b) IRIS-Escala de Beck de Ideación Suicida.....	101
c) EBIS-Subescala de Ideación Suicida del MMPI-A.....	105
• Descripción general de la muestra en riesgo.....	107
• Interpretación del perfil del MMPI-A para la muestra en riesgo.....	113
a) Hombres adolescentes con riesgo suicida.....	113
b) Mujeres adolescentes con riesgo suicida.....	114
• Diferencias de personalidad entre las muestras.....	115
• Prueba t en las escalas del MMPI-A para las muestras con y sin riesgo:	
a) Diferencias en las Escalas Básicas para los hombres.....	116
b) Diferencias en las Escalas de Contenido y Suplementarias para los hombres..	117
c) Diferencias en las Escalas Básicas para las mujeres.....	118
d) Diferencias en las Escalas de Contenido y Suplementarias para las mujeres..	119

e) Diferencias en la Subescala de Ideación Suicida del MMPI-A.....	120
<b>Capítulo VI.</b>	
<b>Discusiones y conclusiones.....</b>	<b>124</b>
• Discusiones.....	124
• Conclusiones, limitaciones y sugerencias.....	131
<b>Bibliografía.....</b>	<b>135</b>
<b>Apéndice.....</b>	<b>147</b>



## RESUMEN

Los objetivos de la presente investigación fueron, en primer lugar, detectar a adolescentes con riesgo suicida, estudiantes de una secundaria pública del Distrito Federal, y en segundo lugar, determinar el perfil de personalidad de aquellos participantes detectados en riesgo. Además se llevaron a cabo los análisis factorial y de confiabilidad de una de las pruebas empleadas en la detección del riesgo, así como las correlaciones entre todos los instrumentos empleados.

El estudio se realizó en una muestra de 545 alumnos, con edades de entre 12 y 15 años. El 29% de la muestra contó con 12 años, el 35.1% con 13 años, el 32.3 % tuvo 14 años y el 3.3% tuvo 15 años. El 54.9% fueron hombres y el 45.1% fueron mujeres. Las aplicaciones se realizaron en la escuela y de forma colectiva.

La investigación fue de tipo exploratoria, transversal y *expost-facto*. Se utilizaron, para llevarla a cabo, los siguientes instrumentos: Inventario de Riesgo Suicida para adolescentes (IRIS), Escala de Beck de Ideación Suicida y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A).

En los resultados se encontró que el IRIS es un instrumento válido y confiable para medir el riesgo suicida en población adolescente. Se encontró una prevalencia del 17.61% de algún tipo de riesgo suicida en la población evaluada. De ese porcentaje, el 65% fue considerado con riesgo alto, el 14.5% con riesgo medio y el 20.5% con riesgo bajo. En riesgo alto, el 65% fueron mujeres, en riesgo medio, 50% hombres y 50% mujeres y en riesgo bajo, el 85% fueron hombres.

Se comparó al grupo que, teniendo riesgo suicida había contestado al MMPI-A, con el resto de la población adolescente, considerada sin riesgo suicida. En los resultados se encontraron diferencias de personalidad entre las muestras. Los adolescentes con riesgo suicida poseen rasgos de desadaptación y de depresión así como sentimientos de incompreensión, numerosos conflictos familiares y escolares. Los adolescentes de la muestra sin riesgo se muestran preocupados por su salud y más reprimidos que la muestra con riesgo. Mientras que los hombres en riesgo presentaron más problemas de conducta, de desadaptación y escolares, las mujeres en riesgo se mostraron más deprimidas, más sensibles a la crítica y con problemas familiares relevantes.

Se considera que la investigación generó algunas aportaciones importantes, como la confirmación del uso del Inventario de Riesgo Suicida para adolescentes (IRIS) como un instrumento de tamizaje adecuado para la detección del riesgo suicida. Se verificó que la problemática suicida es importante y significativa en adolescentes cada vez más jóvenes. Además, se identificaron variables como la desadaptación, los problemas familiares, escolares y de conducta así como el aislamiento como aspectos relevantes a considerar en el riesgo suicida adolescente. Se sugiere una línea de intervención psicoterapéutica para aquellos adolescentes detectados en riesgo, en la cual se deberá trabajar con cuestiones relacionadas al enojo, el control de impulsos, la presencia de conductas de riesgo y la depresión, así como con los sentimientos relacionados al ámbito familiar, social y escolar, en donde presentan grandes problemáticas.

Con respecto al uso de instrumentos en la evaluación del adolescente, se sugiere la implementación de nuevos estudios en los que se replique la presente investigación, pero en poblaciones clínicas y de otra escolaridad, como preparatoria o bachillerato.

## **INTRODUCCIÓN.**

Uno de los fenómenos sociales que ha provocado mayor interés entre los profesionales de la salud ha sido el suicidio, no sólo por su alta incidencia a nivel mundial como lo reporta la OMS, sino por la pérdida innecesaria y prematura de muchas vidas. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2001), aproximadamente un millón de personas en el mundo se suicidan cada año y entre 10 y 20 millones lo intentan. En las últimas décadas, la tasa de suicidio en los jóvenes se ha incrementado de manera significativa y constante en diversos países. Según la OMS (1988) México posee una de las tasas de suicidio más bajas en todo el mundo. No obstante, entre la década de los ochenta y la de los noventa, las tasas de suicidio crecieron de forma alarmante y casi se duplicaron. Para mediados de los noventa, la tasa de suicidio en hombres de entre 15 y 24 años se había más que duplicado, teniendo como referencia el año de 1960. El mismo organismo internacional señala que el suicidio es una de las principales causas de muerte entre la población joven de países tanto desarrollados como en vías de desarrollo. Así, el suicidio de los jóvenes y mujeres se ha convertido en un problema reciente en diversos países. El riesgo suicida (constituido básicamente por la ideación y la tentativa suicidas) tiene relevancia por su relación de evento antecedente presente en la mayoría de los suicidios consumados y porque ayuda a entender el proceso que lleva a los sujetos tanto al intento de suicidio como al suicidio consumado.

La adolescencia es un periodo crítico del desarrollo del individuo, en el que se presentan numerosos cambios que suelen ir acompañados de estrés: transformaciones corporales, ideológicas, conductuales y emocionales (Craig, 2000). El miedo, la confusión, la presión por alcanzar el éxito y la capacidad de valorar las situaciones desde una nueva perspectiva influyen en la capacidad del adolescente para resolver los problemas que enfrenta, así como para tomar sus propias decisiones. Para algunos adolescentes, los cambios normativos suelen ir acompañados de otros sucesos relevantes tales como el divorcio de sus padres, nuevos entornos sociales, dificultades en la escuela y/o pérdidas que pueden causarles gran perturbación y hasta parecerles abrumadores. Las problemáticas del adolescente pueden apreciarse como demasiado cambiantes, violentas o difíciles de sobrellevar. Para algunos, el suicidio puede parecer una alternativa viable.

Dada la inestabilidad emocional y la impulsividad que caracteriza al adolescente en este período de "crecer" en lo biológico, psicológico y social, es necesario prestarle especial atención al sujeto en crecimiento. El tema del suicidio en general, y el de los adolescentes en particular, suele omitirse, enmascarse o evadirse, pues resulta claro que cuestiona al sistema familiar y social en el que el individuo se ve inmerso. Sin embargo, y quizás aún por ello, resulta imprescindible conocer y reflexionar sobre aquellos factores que conducen a un adolescente a autodestruirse, así como indagar sobre el significado de este acto y más aún, sobre cómo puede prevenirse. La detección del riesgo suicida es el primer paso en la prevención del suicidio como tal. El suicidio es un problema de salud pública grave y potencialmente evitable. Es por todos conocido que las estimaciones epidemiológicas sobre intento o concreción del suicidio se basan en los registros oficiales y de ahí la preocupación que existe por desarrollar mecanismos e instrumentos que permitan dar una mayor confiabilidad a la identificación de la problemática del suicidio. Frecuentemente se carece de datos reales sobre los casos de posibles suicidios.

Considerando que el suicidio en adolescentes se ha incrementado de forma alarmante en las últimas tres décadas, que ocurre un suicidio por cada diez intentos y que junto con los homicidios, ocupa el segundo lugar en la causa de mortalidad en adolescentes en la mayoría de los países (Rondón, 1983), se vuelve cada vez más imperante la necesidad de evaluar este fenómeno antes de que alcance sus últimas consecuencias, es decir, la muerte. Las posibilidades de actuar y la magnitud de este problema de salud, conociendo los factores asociados a tal conducta, justifican la elaboración y puesta en marcha de programas de prevención del suicidio en nuestro país. Con la aplicación de programas como el de "Detección de Factores Emocionales en Adolescentes", del que el presente estudio forma parte, se logra un trabajo integral que permite identificar de forma temprana los grupos de población más expuestos al riesgo suicida, así como los factores familiares e individuales más relevantes para la intervención.

En México y según datos de González-Forteza (2000) la prevalencia de intentos suicidas en adolescentes del Distrito Federal, fue de 9.5% en ese año, la mayoría de ellos

ocurridos en los años de secundaria. Por otro lado Villatoro, et. al (1999) reportó la prevalencia del intento suicida en estudiantes de diferentes niveles educativos, y de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas, Alcohol y Tabaco en estudiantes (n=10,173) del D.F., en la secundaria, el intento suicida fue de 3.6% en hombres y 11.3% en mujeres.

En nuestro país, si bien las tasas de suicidios e intentos están dentro de un rango medio, el problema amerita ser considerado, especialmente por su prevalencia cada vez mayor. En Estados Unidos, y según datos del National Institute of Mental Health, en 1996, el suicidio fue la tercera causa principal de muerte en jóvenes de 15 a 24 años de edad, y la cuarta causa principal de muerte en niños de 10 a 14 años de edad.

Tomando en cuenta al intento suicida como una opción alternativa, podemos preocuparnos por las motivaciones intrínsecas prevalecientes en el sujeto para la consumación del acto. El conocimiento de estos factores internos que caracterizan al sujeto parasuicida, tanto antes como después del acto, aporta información valiosa sobre el proceso que lleva a muchos individuos a finalizar con su vida y en esta medida se podrían establecer criterios y procedimientos preventivos que ayudaran no sólo a la identificación de casos potenciales, sino a generar programas que reduzcan la aparición del acto. El generar un buen método de identificación de riesgo de suicidio ayuda al conocimiento de los factores desencadenantes así como de las características intrínsecas del sujeto potencialmente suicida.

El presente estudio representa un esfuerzo por identificar, en primera instancia, el riesgo suicida en una escuela secundaria pública del Distrito Federal. En este sentido, resulta sumamente valiosa la presencia de instrumentos válidos y confiables que permitan una valoración breve, extensiva y acertada del riesgo suicida. En general la confiabilidad y la validez de los instrumentos de auto-reporte que se han desarrollado para la medición de riesgo suicida en niños y adolescentes, son bajas (Eyman, Mikawa, & Eyman, 1990; Range & Knott, 1997, cit. en Pfeffer, 2000). Además, los instrumentos desarrollados para población adulta generalmente no son aptos para medir conductas similares en niños y adolescentes, por lo que su uso en esta población no debe ser indiscriminado.

La prevalencia de ideación suicida ha sido una variable importante en la población escolar (González Forteza et al., 1998). Según estos autores, "si se considera que este constructo psicológico tiene una fuerte asociación con el intento suicida y, más aún, con la conducta suicida múltiple, entonces resulta prioritario detectar adolescentes en riesgo y orientar esfuerzos preventivos entre los adolescentes escolares".<sup>1</sup> Recordemos por último que México es un país de niños y sobre todo, de jóvenes. Se calcula que alrededor del 40% de dicha población son niños de entre 0 y 14 años de edad y 30% fluctúa entre los 15 y 29 años. Esta distribución deja en claro que los esfuerzos encaminados hacia la investigación de estrategias de prevención hacia los problemas propios de los adolescentes, son en extremo necesarios, ya sea porque la prevalencia de sus problemáticas de su salud es alta o porque su incidencia va en marcado ascenso. Además, a partir de los resultados previamente obtenidos en diversas investigaciones, se puede considerar que es indispensable incursionar en la investigación aplicada para diseñar y evaluar programas preventivos de la conducta suicida en poblaciones que de manera tradicional no se consideran de alto riesgo, como es el caso de la población adolescente escolar (González-Forteza, Berenzon y Jiménez, 1999).

En cuanto a la elección de las variables como riesgo suicida e ideación suicida, los resultados obtenidos por Mondragón y cols. (1998) apuntan a que existe una estrecha relación entre la ideación suicida y el suicidio consumado, tomando en cuenta también a la desesperanza. Los autores concluyen que el riesgo de tener ideación suicida es altísimo cuando se presenta más desesperanza (los sujetos con niveles elevados de desesperanza tienen un riesgo seis veces mayor de presentar ideación suicida), debido a que la conducta suicida se halla generalmente relacionada con las diversas características cognoscitivas. Dada la presencia de rigidez cognoscitiva propia al paciente suicida, la desesperanza "representa un esquema cognoscitivo que toma la forma de expectativas negativas acerca de las consecuencias o los acontecimientos futuros, y da como resultado la pérdida de la motivación y la presencia de sentimientos negativos acerca del futuro" (Mondragón et al., 1998). La desesperanza es un constructo que ha sido asociado con el intento suicida (Minkoff, Bergman, Beck, & Beck, 1973) y con suicidio consumado (Beck, Steer, Kovacs, & Garrison, 1985) en adultos y es una variable que se

---

<sup>1</sup> Salud Pública de México / vol. 40, no.5, septiembre-octubre de 1998. 430-437pp.

considera estrechamente relacionada con las capacidades cognitivas necesarias para formular la percepción del futuro.

Siomopoulos e Inamdar (1979) han argumentado que debería estudiarse la desesperanza desde un punto de vista paulatino, en el que intervengan aspectos como la cognición, el afecto, la medición de la probabilidad y la perspectiva que se tenga del tiempo. Asimismo, este tipo de cogniciones emergen totalmente en la etapa piagetiana de las operaciones formales, que normalmente no está consolidada hasta los trece o catorce años (Inhelder & Piaget, 1958). Otras características particulares del adolescente, como su egocentrismo (Elkind, 1978), podrían ser variables de consideración en el estudio específico de la ideación suicida en esta población.

Adolescencia, proveniente del latín:

*adolescencia*, derivada de *ad/olescere*: "crecer".

### **¿Qué es la adolescencia?**

Entre los doce y los quince años se producen en el ser humano una serie de cambios drásticos, que se manifiestan en la esfera tanto física como psicológica y social. Los cambios suelen ser inesperados y muy acelerados, por lo que los adolescentes se ven obligados a hacer ajustes considerables que su medio social puede facilitarles o entorpecerles. El proceso adolescente es conflictivo, complicado y exigente, lo que determina un periodo crítico y de alta vulnerabilidad para el ser humano (Rojas, E., 1986).

La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como "la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose en dos fases, la adolescencia temprana, que tiene lugar entre los 10 y los 14-15 años, y la adolescencia tardía entre los 15-16 a 19 años" y agrega que es "el periodo en el cual el individuo progresa desde la aparición de los caracteres sexuales secundarios hasta la madurez sexual. Esto ocurre entre los 10 y 19 años y 11 meses (...) y es un periodo importante del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual y elaboran su identidad y su proyecto de vida" (O.M.S., 1993). El inicio de la adolescencia está marcado por la capacidad biológica de reproducirse y su final la capacidad social de reproducirse. Durante este proceso el adolescente se humaniza, se apropia y re-crea las características y atributos de la historia social de su gente, se individualiza e independiza, transforma el entorno y el mundo que habita a la vez que este lo transforma a ellos.

Según Del Val (1998), el comienzo de la adolescencia está determinado por modificaciones físicas muy aparentes que constituyen lo que se denomina la pubertad. A lo largo de la historia, numerosos pensadores han hablado de la etapa adolescente como un periodo lleno de dificultades. Ya Aristóteles en su *Retórica* describe a los adolescentes diciendo que "aman demasiado y odian demasiado, y todo lo demás de semejante manera. Y cometen las injusticias por insolencia, pero no por maldad".

Pareciera que después de todo, nuestra concepción de la adolescencia no ha cambiado tanto en los últimos dos mil años. Diversas teorías psicológicas han abordado la adolescencia desde su propia concepción, pero en general pueden asociarse en tres vertientes: la psicoanalítica, la sociológica y la de Piaget.

Para los psicoanalistas como Anna Freud, Erikson y Blos (1971) la adolescencia se constituye como el producto de una serie de pulsiones que modifican el equilibrio psíquico y que en el individuo producen cierta vulnerabilidad. Se despierta además el interés sexual que tiene como consecuencia la búsqueda de objetos de amor fuera de la familia y la modificación de los lazos con los padres. Así como el adolescente se desvincula con su familia, se opone a las normas establecidas en el medio exterior, producto de la rebelión y del inconformismo.

Las teorías sociológicas ponen un mayor énfasis en los factores externos o medioambientales del sujeto y la adolescencia es desde este punto de vista, el resultado de las presiones y tensiones sociales, y el sujeto, el ser que debe incorporar dicho conglomerado de valores y normas. La teoría piagetiana es un punto medio entre ambas teorías y propone la ocurrencia de cambios muy relevantes en el pensamiento del adolescente, a la par que éste modifica su posición social. Así, el adolescente debe insertarse paulatinamente en la sociedad adulta, que lo determina tanto como sus propias características personales.

#### **Hechos fundamentales que el adolescente debe enfrentar (Del Val ,1998) :**

- *Cambios físicos* a los cuales resulta difícil adaptarse por la rapidez con la que se producen. Resulta claro que en la adolescencia el acelerado crecimiento del cuerpo no va seguido por un desarrollo similar de la mente. El adolescente debe formar un concepto de sí mismo y construir una identidad nueva, que incluya cómo se ve a sí mismo y cómo lo ven los demás. El autoconcepto es, según el autor "el conjunto de representaciones que el individuo elabora sobre sí mismo y que incluyen aspectos corporales, psicológicos, sociales y morales" (577). Cada



adolescente construye una noción de identidad personal que "implica una unidad y continuidad del yo frente a los cambios del ambiente y del crecimiento individual".

Independientemente de las influencias sociales, culturales y étnicas la adolescencia se caracteriza por los siguientes eventos:

- Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambio de las formas y dimensiones corporales.
- Aumento de la masa y de la fuerza muscular, más marcado en el varón.
- Aumento de la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, maduración de los pulmones y el corazón, dando por resultado un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.
- Al incrementarse la velocidad del crecimiento se cambian las formas y dimensiones corporales; esto no ocurre de manera armónica, por lo que es común que se presenten trastornos como: la torpeza motora, incoordinación, fatiga y trastornos del sueño. Tales cambios pueden ocasionar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.
- Desarrollo sexual caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, aparición de caracteres sexuales secundarios e inicio de la capacidad reproductiva.

El desarrollo psicológico del adolescente está profundamente marcado por los siguientes eventos:

- Búsqueda de sí mismo, de su identidad.
- Necesidad de independencia.
- Tendencia grupal.
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto.
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.

- Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y fluctuaciones del estado anímico.
- Relación conflictiva con los padres.
- Actitud social reivindicativa; los adolescentes se tornan en sujetos más analíticos, formulan hipótesis, corrigen falsos preceptos, consideran alternativas y llegan a conclusiones propias.
- La elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño.
- Necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida.

El mismo Del Val, refiriéndose a Erikson, establece que "es en la adolescencia cuando se produce la crisis principal y hay que construir la identidad del yo, a la que se opone el sentimiento de difusión de la identidad" (578), sentimiento que puede estar originado por la falta de continuidad progresiva de aquello que el adolescente ha sido durante sus años de infancia y lo que promete ser en el futuro; por la falta de congruencia entre lo que él piensa de sí mismo y lo que percibe que los demás esperan de él.

- *Pensamiento operacional formal*: según Piaget, el sello cognoscitivo distintivo de la adolescencia es la aparición del "pensamiento operacional formal", abstracto, especulativo y libre del medio inmediato y de las circunstancias. Así, el adolescente tiende a poder reflexionar sobre los propios pensamientos, buscando relaciones entre la realidad y la posibilidad. Según Craig (1997) el pensamiento adolescente tiene tres características relevantes: la primera es la capacidad de combinar todas las variables y hallar soluciones a los problemas que se le presentan, la segunda es la habilidad para conjeturar el efecto de una variable en otra y por último, la destreza para combinar y separar variables según el modelo hipotético-deductivo. Un aspecto relevante del pensamiento operacional formal es la habilidad para analizar los propios procesos del pensamiento. La combinación de su visión crítica para consigo mismos y para el resto de la gente que los rodea desemboca generalmente en una forma de egocentrismo. El adolescente suele presuponer entonces que quienes los rodean lo observan y juzgan, que sus emociones y pensamientos son únicos y que nadie podrá comprenderlo o sentirse como él. Parte de este egocentrismo se refleja también en lo que se ha llamado "fábula personal", es decir, el sentimiento de que se es tan especial que se

está exento de las leyes comunes y que por lo tanto el sujeto es invulnerable e inmortal, lo que puede llevarlo a involucrarse en conductas de alto riesgo.

- *Búsqueda de independencia:* conlleva generalmente la modificación de los lazos familiares, aunque los adolescentes sigan siendo muy dependientes de sus padres, tanto en el plano material como afectivo. El proceso se facilita por el establecimiento de nuevas relaciones afectivas con los amigos y la pareja.
- *Inserción en el mundo de los adultos:* motivada inicialmente por la adquisición de la capacidad reproductiva. En general, los adultos pueden considerar al adolescente como inmaduro y con falta de experiencia, lo que genera en el individuo un sentimiento de ambivalencia respecto al deseo de pertenecer y no pertenecer a ese mundo adulto.
- *Construcción de proyectos de vida:* muy ligado a la aparición de la etapa de operaciones formales (la capacidad de elaborar mundos y soluciones posibles) se encuentra la habilidad del adolescente para elaborar programas de vida, reflexionar sobre sus proyectos y sobre el mundo social que lo rodea, lo que puede provocarle gran ansiedad y frustración.
- *Conflictos de valores:* producto de la discordancia entre los valores transmitidos a lo largo de la infancia y la realidad que los contrarresta. Esto promueve en el adolescente una actitud de rechazo de la sociedad adulta.
- *Conductas peculiares:* como ensimismamiento, actitudes extravagantes, inestabilidad emocional y variaciones bruscas en el estado de ánimo, disminución o pérdida de hábitos adquiridos (de aseo, de alimentación, etc.), bajo rendimiento escolar y oposición extrema.
- *Problemáticas escolares:* la deserción y el bajo rendimiento escolar son los riesgos más frecuentes durante la crisis de la adolescencia. Algunos adolescentes pierden la

motivación por el estudio (Guido, 2000) por la apatía y la baja en el estado de ánimo que acompañan con frecuencia a la crisis adolescente.

- *Otras problemáticas:* como el consumo de drogas, alcohol, embarazos no deseados, la delincuencia, conductas de *acting out*, etc.

Los adolescentes suelen sentir que la atención de los otros constantemente está centrada en su apariencia o en sus acciones, preocupación que proviene del hecho de que los adolescentes gastan mucho tiempo pensando y mirándose a sí mismos y es simplemente natural suponer que los demás estén también pensando y mirándole. Otra característica del pensamiento adolescente es el del ser "indestructible". Esta creencia se alimenta con la idea de que "eso nunca me sucederá, sólo a los demás". En este sentido, "eso" puede representar estar embarazada o contraer una enfermedad de transmisión sexual luego de no haberse protegido en la relación; causar un accidente automovilístico mientras se conduce bajo la influencia del alcohol o las drogas, etc. Puesto que el adolescente debe enfrentar múltiples situaciones conflictivas que le resultan difíciles de manejar, puede incurrir, en su intento por superar sus sentimientos de minusvalía y desamparo, de narcisismo intenso y de individualización, de exclusión y disociación social, en conductas peligrosas (De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo, 1997).

### **Etapas de la adolescencia según la O.M.S.:**

#### Adolescencia temprana (10-15 años):

Durante la adolescencia temprana, el pensamiento tiende aún a ser concreto, con fines muy inmediatos; los adolescentes perciben las situaciones como buenas o malas, correctas e incorrectas. Comienzan a imaginar posibilidades, a reconocer las consecuencias de sus acciones y a anticipar lo que los otros están pensando. La separación de los padres apenas comienza, con una actitud rebelde, pero se establece un distanciamiento interno real aunque con sentimientos diversos (ambivalentes) acerca de dicha separación. Las amistades son fundamentalmente del mismo sexo y se tiende al grupo con un tímido avance hacia el sexo opuesto.

En esta etapa inicia la curiosidad sexual principalmente a través, pero no exclusivamente, de la masturbación. Se centra mucho en sí mismo y explora qué tan rígido o flexible es el sistema moral de sus padres o figuras de autoridad.

#### Adolescencia tardía (16 - 19 años):

En este período, es más marcado el distanciamiento afectivo con los padres. El adolescente explora diferentes imágenes y roles adultos para expresarse y para ser socialmente reconocido. La búsqueda de amigos es más selectiva y pasa de las actividades de grupo a otras de pareja. Socializa con pares de diferente sexo e inicia actividad sexual con quien identifica como su pareja sexual. Se fascina por la capacidad de pensar diferente y el descubrir la abstracción de nuevos conceptos. El riesgo de vincularse a actividades colectivas que suplan su necesidad de encontrar identidad y reconocimiento social y cultural es mayor durante esta etapa. El adolescente busca diversas alternativas en cuanto a parejas, actividades y puntos de vista. Piensa de forma más abstracta y juega con ideas y pensamientos filosóficos. La preocupación por los cambios físicos es reemplazada por una pujante atención en la realidad interpersonal y en las ideas propias y de los demás.

Una revisión de la vasta literatura sobre la adolescencia puede permitirnos dilucidar que los estudios dedicados al adolescente temprano y tardío no son tan extensos y profundos como debieran. Según Blos (1980) en *Los comienzos de la adolescencia*, "las desviaciones del desarrollo adolescente aparecen en su etapa inicial. La experiencia indica que todas las perturbaciones del adolescente reflejan la existencia de un "impasse" evolutivo en ese primer estadio". Es decir que los desórdenes y las problemáticas de las etapas subsiguientes son consecuencia directa de los conflictos específicos de la adolescencia temprana. El adolescente "joven", como lo llama Blos, no es un adulto en miniatura ni un niño muy desarrollado. Tampoco es, como a veces se pretende, un ser inminentemente depresivo, rebelde o patológico. Esta imagen negativa refuerza el hecho de que no se tome en serio a los que necesitan ayuda porque se cree que su conducta y sus sentimientos son mera parte de una fase normal del desarrollo. Entonces resulta

evidente la necesidad de distinguir entre los adolescentes normales y aquellos que padecen aficciones psicológicas.

### **Estrés en la adolescencia:**

Puesto que la adolescencia es un periodo de desarrollo en el cual el individuo debe confrontar la serie de cambios dramáticos recién establecidos, la manera en que el adolescente aborda dichas demandas resulta de vital relevancia. Los adolescentes deben aceptar su propio cuerpo, aprender sus roles de género, prepararse para una ocupación, alcanzar cierta independencia de sus padres así como establecer escalas de valores y sistemas éticos. Todas estas tareas pueden describirse como situaciones críticas que deben ser resueltas, aún cuando los cambios sean rápidos o extremos u ocurran simultáneamente en varias áreas del individuo. De acuerdo con Antonovsky (cit. en Seiffge-Krenke & Shulman, 1998) los individuos se vuelven más vulnerables y propensos al estrés durante periodos de transición biológica, social y psicológica. Consideremos además que en las últimas décadas se ha desencadenado una serie de cambios radicales en las circunstancias sociales, políticas y económicas en las que los adolescentes deben desenvolverse. El cambio en la concepción y consolidación de la familia es un buen ejemplo de lo antes mencionado.

Diferentes factores, como la naturaleza del estresor, la percepción que del estrés tiene el sujeto así como los recursos personales para lidiar con él, deben ser considerados cuando se estudia el estrés en los adolescentes. El estrés es definido como "una relación particular entre la persona y su ambiente que es apreciada por el sujeto como algo que rebasa sus recursos y que pone en peligro su bienestar" (Lazarus & Folkman, 1984, cit. en Seiffge-Krenke & Shulman, 1998). Los eventos de vida estresantes durante la adolescencia han sido relacionados con problemas de conducta y emocionales, tales como depresión, suicidio y abuso de sustancias; más aún, el estrés cotidiano y constante juega un papel importantísimo en el desarrollo del adolescente puesto que éste debe realizar un esfuerzo continuo por adaptarse a los problemas del día a día.

La adolescencia temprana fue, en un estudio realizado por Seiffge-Krenke & Shulman (1998) el único periodo del desarrollo en el que todas las áreas del individuo (escolar, personal, familiar, logros y fracasos y social) fueron percibidas como estresantes por el mismo. Esto podría explicarse, según los propios autores, por el estrés que generan las transiciones escolares así como los cambios asociados a la pubertad. En este mismo estudio, las mujeres adolescentes reportaron un mayor número de sucesos estresantes. En cuanto a las estrategias de afrontamiento del estrés, los adolescentes tempranos mostraron mayores intentos por evadir la situación estresante que los adolescentes tardíos.

En la literatura psicológica referente a los tipos de estresores, podemos encontrar una diferencia entre los estresores normativos, los no normativos y los cotidianos. Los estresores normativos están constituidos por aquellos eventos que todos los adolescentes deben confrontar, como los cambios físicos, escolares, el inicio del interés sexual en los otros, etc. Los estresores no normativos se refieren a aquellos eventos que pueden ocurrir en cualquier momento, como el divorcio de los padres o la muerte de alguien cercano. Los estresores cotidianos se refieren a aquellos eventos que, en el día a día y de manera acumulativa resultan en un estado de estrés en el individuo. Compas (1993) sugiere que el mejor predictor de síntomas psicológicos durante la adolescencia es la acumulación de estrés cotidiano y la ocurrencia conjunta de estresores no normativos severos en un lapso corto de tiempo.

En los años sesenta se publicaron una serie de investigaciones que iniciaron el declive de la concepción de la adolescencia como una etapa tumultuosa. Coleman (1980) en su teoría focal de la adolescencia sugiere que pese que se había visto a la adolescencia como un periodo del desarrollo de "tormenta y estrés", la mayoría de los adolescentes se enfoca en un solo aspecto problemático de su desarrollo a la vez, para luego enfocarse en otro. Aunque la adolescencia es, bajo esta concepción, una edad de crisis –como lo son también otras-, los problemas que el adolescente debe resolver no se presentan todos al mismo tiempo, sino secuencialmente. El proceso de adaptación a los cambios puede durar años, tratando de resolver primero un aspecto y luego el siguiente. Diferentes problemas, relaciones o temas, son enfocados y abordados en diversas etapas del desarrollo adolescente, de manera que los tipos de estrés que resultan de la

necesidad de adaptarse a nuevos modos de relación raramente se concentran en un mismo momento.



## **CAPITULO II. EL SUICIDIO**

### **Marco conceptual e histórico del suicidio:**

El término suicidio es relativamente actual, aunque en la tradición histórica se afirma que la palabra tiene su origen en el abate Prévost (1734). Retomado posteriormente por Voltaire y los enciclopedistas, se incluyó por primera vez en la academia francesa de la lengua en 1762, como "el acto del que se mata a sí mismo" (Sarró et al., 1991). Para Sócrates el suicidio era un atentado contra los dioses, únicos seres capaces de decidir sobre la muerte de los hombres. Para Platón el suicidio es una conducta que transgrede todas las normas establecidas y es el resultado de un destino vergonzoso impuesto a una persona a la que le es imposible continuar con su vida. Para Aristóteles el tema del suicidio concierne más directamente a una violación sociopolítica que va contra la polis (cit. en Ferrater, 1979). Para Séneca, en cambio, el suicidio es una opción válida en el caso de una vida infructífera y dolorosa.

Las creencias populares y las leyes eclesiásticas que negaban cristiana sepultura al suicida, promovieron que en el caso de producirse este suceso, se alegara enajenación mental si no podía disfracarse con otra causa de muerte aparente. Existen pensadores como San Agustín, Santo Tomás de Aquino, Montesquieu y Paul Ludwig Ladsberg que se opusieron terminantemente al suicidio, mientras que John Donne, Voltaire y Schopenhauer lo reconocieron como un medio de actuar aceptable e inclusive aplaudible.

Históricamente, los primeros esfuerzos por encontrar las causas de la conducta suicida se dirigieron a dos posibles fuentes: la depresión, propuesta por el ensayista griego Plutarco y la enfermedad mental, que Esquirol denominaba melancolía y que según él generaba un deseo constante de muerte al grado que el enfermo cometía actos desesperados de auto-mutilación. En el Renacimiento, el suicidio supuso una expresión de convicciones filosóficas y humanitarias profundas. Aunque para Erasmo de Róterdam el suicidio era una manera de escapar de la rutina de la vida cotidiana, éste no escapaba de la categorización de acto de locura.

Hasta antes de la Revolución francesa, el cadáver del suicida, considerado como poseído por el demonio, era enterrado en la oscuridad o quemado. Con el advenimiento del Enciclopedismo, el suicidio fue excluido de la lista de crímenes legales. La primera interpretación moderna del suicidio la encontramos en *Anatomía de la Melancolía* de Robert Burton (1577-1640) que, antecediendo a Esquirol –s.XIX- afirma que el suicidio representa una manifestación severa de la depresión o melancolía.

Para finales del siglo XIX surgieron los primeros estudios que abordaron al suicidio como un problema de salud o relacionado con el ámbito social; estas investigaciones incluían análisis epidemiológicos o estadísticos. Las más importantes fueron las de Enrico Morselli (1852-1929) en su obra *Il Suicidio: Saggio di Statistica Morale Comparata* y Émile Durkheim (1858-1917) en *Le Suicide: Un Étude Sociologique*.

#### **Aproximaciones teóricas:**

Se considera que, en general, existen dos aproximaciones que han intentado dar explicación al fenómeno del suicidio; una es la perspectiva social, que explica la conducta suicida desde la influencia de los factores sociales en la persona, y la otra es la individual, que intenta abordar la problemática suicida desde una consideración de los factores personales.

#### Enfoque sociológico:

Durkheim propuso en su obra *El suicidio* una de las primeras definiciones de la época moderna. Para elaborarla empleó un análisis estadístico-comparativo de diferentes variables y categorías sociales y entonces propuso que la sociedad es el marco o modelo de desarrollo de los individuos que, si son desvinculados de la vida, cometen suicidio. Las estructuras, características y fuerzas sociales podrían, según Durkheim, explicar al suicidio, definido como "todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado. El intento de suicidio es, ese mismo acto, pero interrumpido antes de que sobrevenga la muerte" (Durkheim, 1897). De acuerdo con Durkheim, existen una serie de factores desencadenantes del suicidio: en primer lugar, la naturaleza de los individuos que componen la sociedad, en segundo, la manera como están asociados, es

decir, la naturaleza de la organización social, y por último, los acontecimientos pasajeros que perturban el funcionamiento de la vida colectiva, como las crisis nacionales y económicas. Plantea cuatro tipos de suicidio, de acuerdo con las características sociales en las que se presenta:

- a) Egoísta: es resultado de la falta de integración o cohesión social del medio en el que el individuo se desenvuelve. La característica principal de estas sociedades es el excesivo individualismo y el egocentrismo. Dado que el hombre es un ente principalmente social, cuando no está debidamente integrado a su sociedad, pierde su razón de ser en ella y se torna apático y desencantado, a la vez que más vulnerable ante las dificultades y los cambios de la vida.
  
- b) Altruista: es propio de individuos demasiado subordinados e integrados a la voluntad colectiva. Durkheim sitúa en esta categoría a los ancianos, viudas y sirvientes. Bajo estas condiciones, la autoridad del grupo social es tan importante que el individuo pierde su identidad personal y desea sacrificar su propia vida por los intereses de su comunidad.
  
- c) Anómico: la anomia es una cualidad de la sociedad, que se presenta por la falta o exceso de reglamentación, de manera que el sujeto carece de parámetros estables por los que guiar su conducta, o éstos son tan intransigentes que le impiden realizarse.

Puesto que no podemos desligar al adolescente del ambiente en el que vive, se observa que, a lo largo de la historia, la sociedad ha tenido cambios actitudinales hacia el suicidio. Aunque sigue existiendo el estigma del sujeto suicida, existe un incremento de la tolerancia del suicidio como una opción.

#### Enfoque psiquiátrico:

La Psiquiatría ha abordado al suicidio desde dos orientaciones diferentes: la clásica y la epidemiológica. La clásica considera al suicidio como consecuencia de la enfermedad

mental y esta visión puede ubicar sus orígenes a principios del s. XIX, cuando Pinel definió al acto suicida como "síntoma de melancolía" y su discípulo Esquirol lo concibió como un trastorno mental y se refirió a él "como una crisis de afección moral que es provocada por las múltiples afecciones e incidencias de la vida" (Sarró, 1991). En la actualidad, algunos autores han considerado la posibilidad de que el suicidio tenga importantes determinantes biológicos cerebrales, promotores de la disfunción orgánica (Villardón, 1993). La perspectiva epidemiológica ha abarcado la mayor parte de la investigación médica reciente y se ha enfocado a la detección de grupos de riesgo y de sus características. Así, existen variables de riesgo sociodemográficas, psicopatológicas y sociales.

Entre las variables sociodemográficas encontramos, en primer lugar, al sexo. De acuerdo con Ros (1998), el 80% de los suicidios consumados se presentan en varones, lo que indica una proporción de dos a tres veces mayor que en las mujeres. Las mujeres presentan en cambio, una tendencia mayor al intento suicida no consumado (Terroba & Heman, 1986; Borges et al., 1994; Terroba, Saltijeral y Gómez, 1988).

Debe considerarse que el estudio del suicidio a nivel macrosocial mediante estadísticas conlleva un sinnúmero de problemas, dada la dificultad de acceder a los datos de manera suficiente y confiable. En consecuencia, existe una limitación seria para realizar un análisis profundo desde la perspectiva epidemiológica, pero no inútil, pues permite hacer ciertas aproximaciones al fenómeno del suicidio, así como valorar la influencia de variables sociales.

#### Enfoque psicológico:

##### *Perspectiva psicoanalítica:*

Será Freud (1917) quien proponga un concepto de suicidio totalmente opuesto al de Durkheim. El fundador del psicoanálisis lo relaciona con un impulso natural de muerte, *Thanatos*, como producto de la frustración y la melancolía. En *Duelo y Melancolía*, plantea que el suicidio es una forma de punición que el individuo infringe contra sí mismo. El origen de este proceso estaría en el deseo de matar a otro, principalmente un ser amado

previamente introyectado, lo que le provoca un sentimiento de culpabilidad y una conducta agresiva contra sí mismo. Así, las tendencias autoagresivas, presentes de manera consistente en la melancolía, serían manifestaciones violentas contra la persona amada con la que el individuo se ha identificado y contra quien no puede manifestar semejante hostilidad.

Menninger, quien seguirá los supuestos teóricos de Freud, en su libro *El hombre contra sí mismo* (1938), considera al suicidio como un homicidio contra sí mismo, producto de impulsos internos, mientras que los factores externos servirían como refuerzos y justificaciones que el sujeto busca inconscientemente. Menninger establece la existencia de tres elementos en la conducta suicida: el deseo de matar (aparece como respuesta a una frustración originada por un ser querido), el deseo de ser matado (presente cuando la conciencia actúa, provocando en el sujeto un sentimiento de culpabilidad y depresión) y el deseo de morir (que determinará la consumación del suicidio). Resumiendo, el suicidio sería producto del desequilibrio surgido entre las tendencias destructivas y las constructivas del hombre, prevaleciendo las primeras.

Aunque dentro de la misma línea psicoanalítica, Jung tiene una conceptualización del suicidio un poco diferente. Para él, el *self*, que representa las expectativas que de sí y para sí tiene el sujeto en la sociedad, posee una faceta positiva y otra negativa. La negativa se presenta cuando el sujeto adquiere una interpretación peyorativa de la vida, acercando a la persona a la muerte, producto de la distancia entre el *self* y el yo (que representa la realidad). Existe para Jung una tipología del suicida, que tendría como motivación las siguientes causas: la lucha por un ideal, la evitación de un dolor irreductible, una reacción contrafóbica a la muerte, la búsqueda de libertad y la reunión con la persona amada.

#### *Perspectiva cognoscitiva:*

La línea de Shneidman (cit. en Villardón, 1993) es interesante en cuanto muestra el esfuerzo cada vez mayor planteado por los estudiosos del suicidio para construir teorías multidisciplinares. Él propone una teoría socioindividual, que incluye estados emocionales

negativos, distorsiones en la percepción y valoración de la realidad, motivadas en parte por el medio en el que el sujeto suicida se desenvuelve; una mala relación entre el sujeto y su ambiente, una mala adaptación cultural, un déficit cognitivo en la resolución de problemas y carencias en las relaciones personales, promueven que el sujeto no pueda hacer uso de su red social de apoyo, lo que lo hace más vulnerable a una conducta suicida. Señala algunos componentes imprescindibles de todo suicidio, como la hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese. Todo acto suicida tendría manifiestos los siguientes factores comunes:

- 1) El propósito: buscar una solución.
- 2) El objetivo: el cese de la consciencia.
- 3) El estresor: las necesidades psicológicas frustradas.
- 4) La emoción: indefensión-desesperanza.
- 5) El estado cognoscitivo: la ambivalencia.
- 6) El estado perceptual: la constricción (percepción de una sola posibilidad de solución ante los problemas).
- 7) La acción: el escape.
- 8) El acto interpersonal: la comunicación de la intención.
- 9) El acto suicida es coherente con los patrones de afrontamiento que ha tenido el sujeto a lo largo de su vida.

Aaron Beck (1979) aborda al suicidio dentro del contexto general de la depresión. La teoría cognitiva de Beck plantea que los individuos, en función de sus experiencias, crean categorías mentales a partir de las cuales perciben, estructuran e interpretan la realidad y desde ellas encaminan su conducta. Existe una serie de distorsiones en el procesamiento de la información que guiaría al sujeto a concretar una conducta desadaptada socialmente, en este caso, al intento o ideación suicida. Entre los principios que rigen el pensamiento distorsionado encontramos la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, la generalización excesiva, la maximización y minimización, la personalización y el pensamiento absolutista y dicotómico. Para Beck (1979), las ideas suicidas pueden interpretarse como un deseo del sujeto por escapar de aquellas situaciones problemáticas que le parecen intolerables. Según este autor, el sujeto suicida tiende a presentar la

ambivalencia interna (fluctuación entre el deseo de vida y de muerte) como una característica antecedente al acto suicida.

Siguiendo un enfoque también cognitivo, encontramos a Kelly (1955) y su teoría de los constructos personales. El suicidio sería el efecto de la radicalización por parte del sujeto, de la definición y extensión de la comprensión de la realidad; sería el extremo de depresión, producto de la distorsión de la realidad por defecto o por exceso (el futuro es obvio para el sujeto y por tanto es incapaz de motivarle o por el contrario, se muestra al sujeto totalmente impredecible, de manera que desea abandonarlo), lo que provoca o abatimiento o aburrimiento.

Rotter, por su parte, tiene la tesis de que la "experiencia continuada de ineficacia en el curso de la vida propia puede llevar al sujeto a un estancamiento y absorción de las propias limitaciones impuestas por el ambiente" (cit. en Clemente y González, 1998). El suicidio puede concretarse entonces al no poder ser realizadas las expectativas propias y al percibirse el sujeto como incapaz de controlar su vida y lo que le sucede.

### **Presentación clínica del comportamiento suicida**

#### Clasificación de la conducta suicida:

Para unificar la terminología referente a las conductas suicidas, en 1969, la Organización Mundial de la Salud propuso una serie de términos concretos y eficientes para toda investigación:

- Acto suicida: aquel acto por el que un sujeto se provoca intencionadamente la muerte, sea cual sea el grado de intención letal y de conocimiento de móvil.
- Suicida: sujeto cuya muerte resultó de un acto suicida.

- Intento suicida: acto autoinfligido cuyo objetivo es alcanzar la muerte, aunque esa intención sea vaga o ambigua.

Puesto que la conducta suicida se presenta como un proceso complejo conformado por diversos pensamientos y emociones multifactoriales y dinámicas (como la desesperanza, la frustración y el enojo) el campo de investigación del suicidio no abarca únicamente los suicidios consumados, sino que incluye además los intentos de suicidio, los gestos, las amenazas, los planes y la ideación suicida (Borges et. al., 1995).

Otros autores han propuesto las siguientes definiciones para cada uno de los constructos del riesgo suicida:

*Suicidio:*

En general, el término suicida ha sido indiscriminadamente utilizado para referirse a distintas categorías de la conducta; se conoce como suicida a la persona que ha intentado, consumado o pensado en el acto suicida, ya sea en el presente o en algún momento pasado. Esta definición incluye además una serie de comportamientos, conducidos por el sujeto volitivamente y que no necesariamente concluyen en su muerte.

El suicidio incluye todas las muertes resultantes de la acción directa o indirecta de la propia víctima, consciente del objetivo que quiere alcanzar. Rosenberg lo define como la "muerte por un acto infligido sobre uno mismo" (Rosenberg et al., 1988) y otros autores (Bonger, 1992; Durkheim, 1987) destacan la agresión, la autodestrucción y la conciencia de la propia muerte en la conducta suicida. Para Mardomingo (1994, cit. en Ros, 1998) el suicidio consumado incluye los actos autoinfligidos por el adolescente y que tienen como consecuencia su propia muerte.

*Intento suicida:*

El intento de suicidio se define como un acto no mortal en el que la persona se autolesiona de forma deliberada, es decir, con la intención de matarse (Pokorny 1986, cit. en Villardón, 1993). Para Stengel (1965) el intento suicida es cualquiera acto de autoperjuicio infligido con una intención autodestructiva, aún si ésta es ambigua. Por supuesto que la intención suicida incluye el deseo de morir, mismo que puede, según



Coleman (1980) comunicar un mensaje dramático respecto de un malestar psicológico, aunque no por ello hay que dejar de prestar atención a cualquier gesto suicida (Capuzzi & Golden, 1988).

Según Marchiori (1998) el intento suicida puede clasificarse de la siguiente manera, de acuerdo a la intención del acto suicida y por tanto, del método implementado: intento gravísimo de suicidio (similar al suicidio consumado en cuanto a su intención y severidad de las consecuencias, excepto porque el acto no concluye en la muerte del sujeto), intento grave (cuando los instrumentos empleados por el individuo suicida no pueden provocarle la muerte), leve (cuando los instrumentos empleados por el sujeto sólo le causan heridas menores) y sin daño. Mardonmingo define al intento de suicidio y el parasuicidio como todo acto llevado a cabo por el adolescente de forma deliberada y contra sí mismo, cuyo resultado no es la muerte. Comprende conductas variadas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida. Hace referencia a actos deliberados que no tienen un final fatal pero que provocan daños en el propio sujeto que las ejecuta.

Para todos los autores revisados el intento suicida conlleva un deseo consciente de morir, aunque los motivos asociados al propósito de suicidarse puedan ser complejos y difíciles de comprender (Bancroft et al, 1979).

#### *Ideación suicida:*

La ideación suicida es, desde un punto de vista cognitivo, el conjunto de pensamientos recurrentes e intrusivos sobre el quitarse la vida (Borges et al, 1995). Se ha identificado como el mejor predictor no conductual del suicidio consumado de adolescentes y población adulta en general (Rotheram-Borus, 1993). La ideación suicida es común entre niños y adolescentes que no necesariamente padecen algún otro desajuste psicopatológico.

Como otros constructos psicológicos, la ideación suicida se ha propuesto como una variable operacional factible de ser medida a través de autorreportes, entrevistas o cuestionarios que describen conductas específicas asociadas al mismo. La ideación suicida es considerada por Garrison y cols. (1991) como el "tener pensamientos o

fantasías acerca de la propia muerte". Los investigadores clínicos han explorado diversos procesos mentales y afectivos que oscilan desde la desesperanza y la elaboración de planes para quitarse la vida hasta la presencia de preocupaciones recurrentes relacionadas a la autodestrucción (Goldney, et al., 1989). Bajo un esquema más amplio, la ideación suicida se refiere tanto a los pensamientos inespecíficos sobre el deteriorado valor de la vida, como a los pensamientos o fantasías concretas acerca de la consumación del suicidio (dónde y cómo llevar a cabo el suicidio, o el impacto del propio suicidio sobre los otros). Los procesos cognitivos varían desde sentimientos sobre la elaboración de planes para quitarse la vida hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción. Las amenazas suicidas, expresiones realizadas para indicar a los demás la intención de cometer suicidio, pueden estar acompañadas por acciones para iniciar un plan suicida.

#### *Parasuicidio:*

Para Van Egmond y Dieskira (1989, cit. en Alcántara Escalera) el complejo constructo de suicidio puede dividirse en parasuicidio (comportamiento autolesivo pero conscientemente no mortal) y suicidio (consumación del acto y por tanto, muerte del sujeto). Puede definirse al parasuicidio, de manera más amplia, como toda la serie de conductas variadas que van de gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de acabar con la propia vida. Esta definición incluye todos los actos intencionados no habituales que, no teniendo un final fatal, provocan daños físicos y/o psicológicos en el sujeto que las lleva a cabo. En este sentido, el gesto suicida es un acto de daño autoinfligido que no tiene como fin la autodestrucción, sino que generalmente sirve como un medio de manipulación o llamada de atención (Sauceda & Higuera, 1997).

#### Definiciones operacionales (O'Carroll et al., 1996):

##### *Suicidio:*

Se define como la muerte provocada por heridas, envenenamientos o asfixia siempre y cuando exista evidencia, ya implícita, ya explícita, de que la lesión ha sido autoinfligida y que el sujeto tenía la intención de matarse.

*Intento suicida:*

Consiste en una conducta auto-lesiva potencialmente hablando, cuyo desenlace no fatal no resta evidencia –explícita o implícita- de que la persona pretendía matarse. Puede o no resultar en lesiones.

*Ideación suicida:*

Se refiere a cualquier tipo de pensamiento o pensamientos auto reportados y relacionados con el involucramiento en conductas suicidas. Se incluyen únicamente aquellos pensamientos específicos de provocación de la propia muerte.

Mientras que para la Secretaría de Salud (SSA) suicidio es la "lesión autoinfligida intencionalmente"; el INEGI define los constructos descritos de la siguiente manera:

- a) **Intento de suicidio:** acto o conducta que atenta contra la propia existencia del que lo ejecuta.
- b) **Suicidio:** acto o conducta que destruye la propia existencia del que lo ejecuta.

Para Mardomingo (1994), en la etapa adolescente, contrariamente a la adulta, la conducta suicida no es una manifestación psicopatológica, sino un continuo; es decir, es considerada como una conducta voluntaria y consciente, que se origina en la ideación suicida y que puede ir incrementándose hasta llegar al suicidio consumado, aunque no necesariamente de manera lineal. Algunos rasgos comunes a la conducta suicida de niños y adolescentes, son, según la autora: sentimientos de soledad o tristeza, estilo cognoscitivo rígido, baja tolerancia a la frustración, desesperanza, baja autoestima, impulsividad y labilidad emocional. En el síndrome pre-suicida, el sentir del individuo se caracteriza por: el estrechamiento y reducción del ámbito de la vida psíquica, la agresividad inhibida no descargada sobre los demás y por deseos de muerte y fantasías de autodestrucción.

En los adolescentes, se hace indispensable una especificación referente a la serie de condiciones cognoscitivas previas que deben cubrirse para poder hablar del suicidio o

intención suicida propiamente dicha, como la noción plenamente adquirida de la muerte, que suele adquirirse entre los 12 y 13 años, cuando la fase de las operaciones formales piagetianas comienza a consolidarse. Así, el adolescente podría comprender, en todas las dimensiones, el final de la vida como algo irreversible, una vez establecida la concepción del tiempo (Orbach, 1985 citado en Ros, 1998). No todos los adolescentes aprecian que el suicidio puede resultar en muerte irreversible. La noción que éste guarde sobre la muerte depende en gran medida de su propia experiencia sobre la muerte y la enfermedad.

#### Criterios diagnósticos de la conducta suicida:

Extraídos del Sistema de Clasificación CIE-10, existen una serie de criterios operativos de utilidad clínica, propuestos por Pedreira (1995) y reconocidos por la gran mayoría de los especialistas en salud mental:

#### 1. Criterios operativos del suicidio:

##### a) Definición:

- \* Desenlace fatal.
- \* Auto-iniciación del acto.
- \* Conocimiento por parte del sujeto de que la acción iniciada produce de forma objetiva un desenlace de muerte. Por lo tanto, el sujeto debe haber adquirido ya el concepto de muerte y su irreversibilidad.

##### b) Consideraciones:

- \* La intencionalidad de morir no es estrictamente necesaria.
- \* El fatal desenlace se obtiene como un efecto directo y principal de la conducta realizada.
- \* Que el sujeto tenga una afección terminal previa no excluye el suicidio.

##### c) Criterios de inclusión-exclusión:

- \* Paso al acto ("acting-out") de forma grandiosa y megalomaniaca en el seno de un cuadro psicótico: exclusión.
- \* Evidencia de conocer lo que el sujeto estaba haciendo: inclusión.
- \* Suicidio terrorista o sobredosis en drogadictos: inclusión.

## 2. Criterios operativos de los intentos de suicidio:

### a) Definición:

- \* No ocurre el desenlace fatal.
- \* Auto-iniciación de la conducta que hubiera llevado al desenlace fatal si no hubiera sido por algún factor, tanto interno como externo.
- \* Conocimiento o creencia por parte del sujeto de que esa conducta, iniciada por él mismo, tiende a producir la muerte de manera objetiva.

### b) Consideraciones:

- \* La intención de muerte no es totalmente necesaria.
- \* El efecto fatal podría ser consecuencia de la conducta realizada.
- \* El padecimiento de una afección terminal no excluye el suicidio.
- \* El padecer un proceso médico grave no es decisivo para este tipo de conducta.
- \* La consideración como tal será formulada por el método empleado.

## 3. Criterios operativos para evaluar la conducta parasuicida:

### a) Definición:

- \* No ocurre desenlace fatal.
- \* Auto-iniciación de la conducta de forma activa por el propio sujeto con producción de un daño evidente o ingestión de forma excesiva de una sustancia que generalmente aún se mantiene en una dosis no excesiva tóxica y si fuera tóxica se consigue conocer su ingestión (el sujeto deja evidencia a la vista).
- \* Conocimiento por parte del sujeto de que la acción iniciada por él mismo puede causarle daño o sobredosis de la sustancia ingerida.

### b) Criterios de inclusión-exclusión:

- \* Conductas manipuladoras: inclusión.
- \* Conductas habituales (como la automutilación): inclusión.
- \* Intoxicación aguda de alcohol: inclusión.
- \* Evidencia de conocer lo que el sujeto estaba haciendo: inclusión.
- \* Motivo específico desencadenante relevante: inclusión.
- \* La consideración como tal será formulada por el método más utilizado.

Al valorar el comportamiento de intentos de suicidio, se presta atención a lo inusual del método empleado para cometer suicidio, su gravedad médica, cuán a menudo se ha repetido, y los pasos que se siguieron para impedir o promover el descubrimiento. Según Beck y cols. (1974), los intentos repetidos, los intentos por métodos inusuales (o sea, diferentes de ingestiones o cortes superficiales), y los intentos con gravedad médica, son predictivos de ulterior comportamiento de intento de suicidio y también parecen ser predictivos de muerte final por suicidio.

**Historia del estudio del suicidio adolescente:**

La literatura sobre el comportamiento suicida de niños y adolescentes comenzó a surgir en la década de los 80. En la actualidad, si se realiza una búsqueda con los temas de "suicidio" y comportamiento suicida" en niños y adolescentes, en fuentes especializadas, se obtiene una lista de más de 20,000 publicaciones. Lo cierto es que hasta fines de la década de los cincuentas, la investigación sobre el suicidio estaba casi restringida a la revisión de casos y al análisis demográfico del suicidio derivado de los certificados de defunción, por lo que la dinámica de este comportamiento era meramente especulativa.

A finales de los 50, la primera autopsia psicológica sistemática fue llevada a cabo por Eli Robins y sus colegas (1959) en la Universidad de Washington. Esta investigación, junto con otras que siguieron la misma técnica que la implementada por Robins, aportó evidencia sobre la importancia del trastorno psiquiátrico como patología subyacente a la mayoría de los suicidios. En los años sesentas el suicidio de jóvenes varones se incrementó estrepitosamente y el ascenso continuó por tres décadas más (National Center for Health Statistics)<sup>2</sup>. Sin embargo, no fue sino hasta inicios de los 80, cuando la tasa de suicidio en adolescentes blancos varones se había duplicado (National Center For Health Statistics, 1999) y cuando la ocurrencia de suicidios agrupados de niños y adolescentes se hizo llamativa, que los investigadores se esforzaron por desarrollar métodos explicativos y preventivos del suicidio en menores. Florecieron los estudios epidemiológicos y fenomenológicos; en Estados Unidos, los esfuerzos por prevenir el suicidio entre estudiantes de secundaria predominaron sobre otras atenciones psicológicas, a la par que el consumo de sustancias se veía disminuido (Centers for Disease Control and Prevention, 1998) y los psiquiatras prescribían más antidepresivos a adolescentes con depresión (Olfson et al., 1998).

---

<sup>2</sup> Sitio web: <http://www.cdc.gov/nchs/datawh/statab/unpubd/mortabs.htm>

En la literatura se proponen cuatro factores de riesgo en la transición de la niñez a la adolescencia y finalmente a la adultez: el primero es la influencia de la pubertad sobre el riesgo del desarrollo de la psicopatología, el segundo es el incremento en la frecuencia y la severidad de los estresores asociados al comportamiento suicida, en tercer lugar tenemos los cambios del desarrollo en cuanto a la capacidad cognoscitiva de los niños en contraste con los adolescentes, y por último, el rol de los niños a nivel familiar, contra el de los adolescentes. Derivados de estos factores se encuentran otras variables asociadas que podrían variar entre un adolescente y otro, pero existen algunos que son especialmente interesantes por su categoría "universal".

El primero de ellos se refiere al ambiente social en el que los adolescentes deben ingresar terminada una infancia cada vez más corta. Es decir que el auge de las telecomunicaciones, la creciente población y la competitividad reiterada generan un ambiente demandante y cada vez más exigente en cuanto a la formación académica, el aprovechamiento de oportunidades, la definición de la identidad y de las metas a largo plazo. Aunado a esto, tenemos que las pérdidas interpersonales adquieren en este mundo globalizado una relevancia más marcada puesto que cada vez se dificulta más la posibilidad de iniciar y mantener relaciones cercanas. Además de las dificultades normativas correspondientes a su etapa de desarrollo, el adolescente debe enfrentar las crisis económicas, la alineación, el desempleo, la discriminación, el rompimiento familiar y la incertidumbre social. Tratando de responder a todas estas demandas, el adolescente suele terminar su infancia de manera más temprana e iniciar su adultez lo más pronto posible. Por desgracia, nuestro país no es la excepción y además del precoz inicio de la pubertad, podemos observar un marcado incremento de uso de sustancias en adolescentes cada vez más jóvenes. Considerando el desarrollo cognitivo de los mismos, tenemos que la relativa inmadurez de los pre-púberes, que les impedía conceptualizar y operacionalizar la auto-aniquilación, ha ido decreciendo.

### **Epidemiología del suicidio adolescente:**

#### Edad:

Tanto el suicidio, como el intento de suicidio, son considerados multivariados debido a que no existe una sola causa que pueda explicar ambos fenómenos. Anteriormente, la



edad madura era un factor que estaba altamente asociado a los suicidas, pero factores como el aislamiento social y la alta densidad de población, ha permitido que los adolescentes lleguen a tener representatividad en el acto suicida (Heman, 1984).

En 1997, la tasa de suicidio específica entre los diez y los catorce años de edad, era de 1.6 por cada 100, 000 (National Center for Health Statistics, 2000). Aunque el grupo entre diez y catorce años de edad representaba el 7% de la población de Estados Unidos, los 330 suicidios infantiles ocurridos entre ellos representaban sólo el 1% de todos los suicidios, ocurriendo la mayoría de las muertes en este grupo en jóvenes de doce a catorce años de edad. En México, los cambios más marcados en cuanto a las tasas de suicidio durante el periodo comprendido entre 1970 y 1994 se observaron en las poblaciones de mayor edad (más de 65 años) y en la más joven (menor de 19 años).

En 1991, la Gallup Organization informó que entre el 6 y el 13% e los adolescentes estadounidenses habían intentado suicidarse por lo menos una vez. En 1997, la tasa de mortalidad por suicidio entre los quince y los diecinueve años de edad fue 9.5 por 100, 000 (National Center for Health Statistics, 2000). Esto es, aproximadamente seis veces más alta que para el grupo etario más joven. La tasa de suicidio entre los varones fue 15.2 por 100,000, y entre adolescentes mujeres, 3.4 por 100,000. Globalmente, aproximadamente 2,000 adolescentes en Estados Unidos (de trece a diecinueve años de edad) se suicidan cada año (National Center for Health Statistics, 2000).

#### Suicidio por grupos de edad:

10-22 años	29%
23-27 años	22%
13-17 años	17%
28-32 años	17%

#### Género:

Todavía predomina el hecho de que la mayoría de los suicidas son hombres, pero en las últimas décadas, en diferentes países, se ha ido estrechando la distancia que media entre

hombres y mujeres (Stengel, 1965). En Estados Unidos la relación masculino a femenino para suicidio en varones jóvenes es aproximadamente de tres a uno, y según aumenta la edad la tasa se incrementa rápidamente para los varones y sólo levemente para las mujeres, de modo que entre los 15 y los 19 años es de 4.5 a uno y entre los 20 y los 24 años es mayor a seis a uno (National Center for Health Statistics, 2000). En México, el suicidio consumado en México es un problema que afecta en mayor medida al sexo masculino. La razón de tasas masculina/femenina para el inicio del periodo comprendido entre 1970 y 1994 fue de 4.10 (1.82/0.44) y para el final del periodo es de 5.6 (4.9/0.87); es decir, el diferencial de mortalidad hombres/mujeres no sólo no ha disminuido, sino que se ha ampliado durante el periodo. En los años que cubre la serie, el incremento porcentual del suicidio ha sido de 170% para los hombres y de 98% para las mujeres. Así, se establece que la relación hombre/ mujer es la siguiente (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996):

- Intento de suicidio: Un caso en hombres por tres en mujeres.
- Suicidio consumado: Tres casos en hombres por uno en mujeres.

De acuerdo con los registros de la Secretaría de Salud durante 1995, en el Distrito Federal<sup>3</sup>, ocho hombres por cada mujer completaron el suicidio. En el grupo de adolescentes de 15 a 19 años, murieron aproximadamente dos hombres por cada mujer, y en el grupo de 20 a 24 años, la proporción fue de cinco hombres por cada mujer.

Estos datos permiten pensar en un enfoque de género para tratar de encontrar una explicación satisfactoria que clarifique el motivo de dichas variaciones. Una de las propuestas surgidas de esta aproximación puntualiza el malestar emocional como un concepto de la psicopatología de género, de tal forma que para los hombres el principal factor de riesgo es el ambiente familiar y en la mujer, además del anterior, podemos situar el sentirse en desventaja con sus amigas, la baja autoestima, la impulsividad, la mala

---

<sup>3</sup> Secretaría de Salud/Consejo Nacional de Población. Dirección general de Estadística e Informática. Tabulación sobre Defunciones. Es de México y de las entidades federativas. Tablas elaboradas por la licenciada Reyna Gutiérrez. Centro de Información en Salud Mental y Adicciones. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1998.

comunicación con la madre y el preferir aislarse en situaciones problemáticas (González-Forteza, Berenzon y Jiménez, 1999).

Al revisar las estadísticas de los métodos empleados para la consecución del suicidio, podemos encontrar que en los hombres existe una alta relación del uso de armas e intoxicación en el momento del intento de suicidio. Existen además diferencias en la socialización que podrían asociarse a la conducta impulsiva del adolescente varón, que en general tienden a desarrollar más problemas de conducta ante las dificultades familiares, incluyendo la ausencia del padre –tan crítica para el desarrollo emocional masculino, en especial para aquellos que son temperamentales-. Además de la selección de métodos más letales, el mayor uso y abuso de sustancias y la mayor resistencia que exhiben para pedir ayuda, se rescatan otras tres explicaciones: la mayor propensión a la violencia impulsiva, la comorbilidad con trastornos afectivos y la vulnerabilidad al estrés del varón adolescente.

#### Cambios seculares:

Durante las tres décadas entre inicios de los sesentas y fines de los ochentas, la tasa de suicidio entre varones de 15 a 19 años se triplicó. Este incremento no fue universal, y hubo muy poco cambio en la tasa femenina. La tasa entre los blancos alcanzó un pico en 1987 y ha declinado desde entonces. Las razones sugeridas para el incremento en el comportamiento suicida entre varones adolescentes son: incrementada disponibilidad de armas de fuego (Boyd & Moscicki, 1986; Brent et al., 1991) e incrementado uso de sustancias en la población joven (Brent et al., 1987).

No obstante, el incremento en la tasa de suicidio en varones jóvenes también se ha marcado en otros países de Europa, América, Australia y Nueva Zelanda, donde el suicidio por armas de fuego es poco frecuente. En Nueva Zelanda, por ejemplo, ha habido un incremento en el ahorcamiento como método de suicidio. En México, durante la década de los setentas y hasta la de los noventas, la tasa de suicidios en ambos sexos pasó de 1.13 por 100,000 habitantes en 1970 a 2.89 por 100,000 habitantes en 1994, un aumento de 156%. En términos de la mortalidad proporcional, el suicidio pasó del 0.11 al 0.62% de todas las defunciones.

Según Catalina González-Forteza, la prevalencia de intentos suicidas en adolescentes de la Ciudad de México, fue de 9.5% en el año 2000, la mayoría de ellos ocurridos en los años de secundaria<sup>4</sup>.

#### Métodos:

Las armas de fuego son el método más común por el cual los americanos de todas las edades, etnias y géneros cometen suicidio. Las ingestiones dan cuenta de aproximadamente el 16% de los suicidios femeninos entre los 15 y los 24 años, pero sólo del 2% de los suicidios en varones de esa edad (National Center for Health Statistics, 2000). En 1994, el medio más utilizado por los hombres fue el ahorcamiento (53% de todas las muertes por suicidio), mientras que para las mujeres el ahorcamiento y la ingestión de sustancias tuvieron porcentajes muy similares (33 y 32%, respectivamente). El uso de arma de fuego y explosivos le sigue en importancia para los hombres (33%) y para las mujeres (25%). En México, durante el periodo estudiado (1970-1994), en los hombres se incrementó el uso de ahorcamiento y armas de fuego, de tal manera que en 1994 estas dos causas dan cuenta de casi el 90% de todos los suicidios masculinos. En las mujeres se ha incrementado el ahorcamiento y el uso de armas de fuego, mientras que la ingestión de sustancias ha permanecido más constante durante el periodo.

#### Características clínicas de los adolescentes que cometen suicidio:

El suicidio consumado ocurre más comúnmente en adolescentes mayores, pero también puede ocurrir en niños tan jóvenes como de seis años de edad. Los estudios de autopsia psicológica (Brent et al., 1999; Marttunen et al., 1991; Shaffer et al., 1996) muestran que aproximadamente 90% de los suicidios adolescentes ocurre en individuos con un trastorno psiquiátrico pre-existente y en aproximadamente el 50% de estos casos el trastorno había estado presente por dos o años o más. Las formas más comunes de trastorno psiquiátrico encontradas en los suicidios consumados son: trastornos del humor (en los varones es generalmente cormórbido con trastorno de conducta o abuso de

---

<sup>4</sup> <http://www.mural.com/hogar/articulo/271742/>

sustancias) y abuso de alcohol y/o drogas, principalmente en jóvenes varones mayores de quince años.

Muchos niños y adolescentes que cometieron suicidio eran notablemente irritables, impulsivos, volátiles, y proclives a las explosiones de agresión. Sin embargo, este patrón de comportamiento no es de ningún modo universal. Jóvenes ansiosos sin comorbilidad pueden no haber mostrado signos evidentes de disturbios, pueden haber sido excelentes estudiantes y apreciados por sus pares. La muerte de tales adolescentes a menudo provoca una gran sorpresa a sus parientes y amigos, ya que eran conocidos como muy "buenos" jóvenes. Mientras que el perfeccionismo ha sido propuesto como un factor de riesgo para ideación suicida (Hewitt et al., 1997), estudios recientes han fallado en demostrar que el perfeccionismo, distinto de la ansiedad anticipatoria, sea un predictor independiente de suicidio.

Aunque algunos adolescentes, preponderantemente mujeres con algún tipo de depresión, presentan pensamientos suicidas por algún tiempo y frecuentemente llevan a cabo algún tipo de preparativo para su muerte, la mayoría de los suicidios adolescentes parecen ser resultado de reacciones impulsivas (Lucas et al., 1995) y ansiosas ante un evento estresante desencadenante, como los problemas académicos, legales, una ruptura amorosa o un distanciamiento con un amigo relevante. Los sucesos desencadenantes pueden incluir exposiciones a noticias del suicidio de otra persona o a información sobre un suicidio retratado románticamente en un libro, revista o periódico (Bollen y Philips, 1982; Gould y Shaffer, 1988).

Aproximadamente un tercio de los suicidas ha hecho un intento de suicidio previo conocido (Shaffer y et al., 1996; Brent y et al., 1999) los pactos suicidas son poco comunes en adolescentes.

## **El suicidio en México:**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (1988), México se encuentra ubicado entre una de las tasas más bajas de suicidio en el mundo. A pesar de la pequeña variación que la tasa de suicidio para la población mexicana mostró entre 1960 y 1980, entre este último año y 1995 las tasas de suicidio casi se duplicaron tanto para la población total como para la de los varones. Para el año 2001, la misma O.M.S. publicaba en su informe anual que aproximadamente un millón de personas en el mundo se suicidan cada año y entre 10 y 20 millones lo intentan; menciona que son tres los aspectos del suicidio que son de importancia para la salud pública mundial:

a) El suicidio es una de las principales causas de muerte entre la población joven en la mayoría de los países desarrollados así como en los que están en vías de desarrollo.

b) Existen grandes variaciones en las tasas de suicidio en el mundo, entre sexos, y grupos de edad (un indicador de la compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y socio culturales).

c) Los suicidios de gente joven y de mujeres se han convertido en un problema creciente y reciente en muchos países.

### Investigaciones realizadas en México sobre la Conducta Suicida 1966-2000:

En México, hasta 1980, eran escasos los estudios sobre el intento de suicidio. La mayoría de ellos abordaban esta problemática sólo desde la perspectiva descriptiva, tomando en cuenta factores demográficos y circunstanciales relacionados con el acto (Jiménez, 1978), que no planteaban algún modelo explicativo de los factores internos y externos, desencadenantes del acto suicida.

En el 2000, el INEGI reportó que durante el año de 1998, se registraron 443 intentos de suicidio en la República Mexicana, lo que representó un incremento del 13%

anual respecto a las estadísticas desde hacía ocho años hasta ese año. Los estados más afectados fueron: Coahuila, Nuevo León, Durango y Yucatán, que conjuntaron casi al 80% de los suicidios registrados.

En el Distrito Federal, el suicidio y las lesiones autoinflingidas ocuparon el lugar número 18 de la lista de las principales causas de muerte durante el periodo 1990-1996. El interés por la conducta suicida en México ha sido abordado por diversos investigadores, como Belsasso (1974), Cabildo (1966) Galvis (1960) y Terroba y Saltijeral (1986), pero de manera descriptiva y por tanto, no pudieron fomentar la prevención o la amplia comprensión del comportamiento autodestructivo.

En un estudio realizado por Elorriaga (1972) con población adulta con intento suicida, durante la década de los sesentas, el Distrito Federal alcanzó el primer lugar de suicidios al final del periodo; cada doce horas hubo un intento suicida y la proporción fue de dos hombres por cada mujer. El intento de suicidio se incrementó 3% anualmente durante dicha década y la principal motivación para realizarlo fue los conflictos familiares.

En una investigación realizada por Jiménez y Rico (1978), se presentan diversos parámetros epidemiológicos de los suicidios ocurridos en el D.F. durante el año de 1974. La incidencia del suicidio fue de 4.8 por cien mil habitantes mayores de 10 años. La proporción de hombres-mujeres fue de cuatro a uno y un 65% eran sujetos menores de 35 años. El hombre utilizó mecanismos violentos y la mujer recurrió en primer término a la intoxicación. Las regiones de la ciudad con mayor incidencia fueron las más densamente pobladas.

Terroba, Heman, Saltijeral y Martínez (1986), concluyeron que, dada la investigación que realizaron acerca del parasuicidio y el suicidio consumado en sujetos con diferente nivel socioeconómico, las mujeres fueron las más afectadas (60%) y emplearon métodos menos directos, como las sustancias tóxicas y los psicofármacos. En cuanto al suicidio consumado, los hombres presentaron un porcentaje mayor (64%) y recurrieron a métodos más violentos, como el ahorcamiento y el arma de fuego. Estos datos se confirman por otro estudio implementado por Gutiérrez y Solís (1989) en San Luis Potosí, quienes agregan que los grupos de edad que más presentaron intentos de

suicidio fueron el de 15 a 19 años (18%) y el de 25 a 29 años (19%). El perfil del suicida era masculino, menor de 29 años, casado o soltero, sin hijos y estudiante.

Narváez, Rosovsky y López (1991) llevaron a cabo un estudio en los servicios de urgencias de ocho hospitales del D.F. y encontraron, en pacientes mayores de 15 años de edad (n=37) ingresados por primera vez en dichos servicios por haber intentado suicidarse, que el 40% de ellos había ingerido bebidas alcohólicas seis horas antes de intentar el suicidio. La investigación realizada por Borges, Rosovsky, Pelcastre y López (1993) confirma que el alcohol es un factor de riesgo para el intento suicida.

#### Estudios sobre la conducta suicida en adolescentes mexicanos:

En México, son escasos los registros estadísticos oficiales, sistemáticos y confiables sobre los suicidios o intentos de suicidios, consumados en población adolescente. Uno de los primeros estudios en este ámbito y con dicha población objetivo, fue el realizado por Ballesteros-Usano (1955), en el que se consideró la frecuencia y los medios empleados por los adolescentes suicidas del Distrito Federal. En 1984, el psicólogo Díaz Guerrero publicó su estudio sobre la relación entre la conducta psicopatológica y los estados emocionales de estudiantes de secundaria. Sus resultados argumentaban que la ideación suicida es fuente de depresión y tristeza en los adolescentes. Posteriormente, en 1994 y 1997 respectivamente, se publicaron en el boletín del Hospital Infantil de México dos estudios. En el primero se investigó a veinte pacientes que habían intentado suicidarse en el periodo de 1989 a 1993; se encontró que en el total de los casos existía disfunción familiar y en la cuarta parte, un intento de suicidio previo. En el segundo, se destacó la relevancia de las psicopatologías presentes en los adolescentes suicidas así como sus características epidemiológicas más significativas.

En 1995, se publicaron en el Instituto Mexicano de Psiquiatría tres estudios en los que se hizo un énfasis especial en las variables psicosociales y los factores de riesgo presentes en la problemática suicida en adolescentes de la Ciudad de México (González-Forteza, Jiménez y Gómez, 1995), mientras que Borges y cols. (1995) han expuesto los elementos metodológicos que un investigador epidemiológico debe tomar en cuenta para



emprender un estudio sobre las conductas suicidas en adolescentes, tales como los marcos conceptuales básicos, los diseños de investigación y los elementos de medición.

Por otro lado Villatoro y cols. (1999) reportó la prevalencia del intento suicida en estudiantes de diferentes niveles educativos, y de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas, Alcohol y Tabaco en estudiantes (n=10,173) del D.F., en la secundaria, el intento suicida fue de 3.6% en hombres y 11.3% en mujeres, mientras que en el bachillerato las cifras se incrementan y llegan al 4.7% en hombres y 12.7% en mujeres. En cuanto a los motivos manifiestos más importantes para cometer el intento, se encontraron los problemas familiares, la soledad, la tristeza y la depresión.

González-Forteza, Mariño, Mondragón y Medina-Mora (2000) estudiaron la relación entre el intento suicida y el uso del tiempo libre en adolescentes de la Ciudad de Pachuca (n=1848). Se encontró que los estudiantes con intento suicida practicaban menos deporte y salían menos con su familia, en comparación con aquellos estudiantes que no intentaron suicidarse, además de que la ideación estuvo más presente en aquellos sujetos que ya habían intentado suicidarse.

#### Comparación entre el suicidio adolescente mexicano y estadounidense:

A pesar de las evidentes diferencias culturales y sociales que existen entre las sociedades mexicana y estadounidense, el suicidio se mantiene en ambas como una causa importante de muerte entre los adolescentes y en jóvenes de hasta 24 años de edad. Mientras que para Estados Unidos es la tercera causa de muerte –y se mantiene con una tasa de prevalencia del 11.1%–, en nuestro país es la cuarta –con una tasa de 5.7% aproximadamente–. Ambos países guardan otra similitud en cuanto al fenómeno suicida adolescente y es que éste se incrementa abruptamente en los últimos años de la adolescencia y en los primeros de la adultez.

Debemos reconocer que mientras que en Estados Unidos el nivel de acción es medio, en función de las iniciativas gubernamentales de prevención (esto es, se realizan intentos de institucionalización de las estrategias de prevención del suicidio) en México, como en el resto de Latinoamérica, los esfuerzos son más bien de tipo epidemiológicos.

En cuanto a otra diferencia entre Estados Unidos y otros países desarrollados, y lo reportado en México, respecto a la prevalencia en hombres y mujeres, tenemos que mientras en Estados Unidos la tasa de suicidio consumado es mayor entre hombres y la de intento lo es para las mujeres, en México ambas tasas se están emparejando entre las mujeres.

A pesar de la gran cantidad de información sobre las características de las víctimas de suicida, existe relativamente poca evidencia empírica y sistemática acerca del tratamiento óptimo del adolescente suicida.

### **Problemas metodológicos del estudio del suicidio:**

Según Borges (1995) existe una serie de obstáculos o factores que deben considerarse cuando se aborda la problemática del intento de suicidio, como el que las investigaciones realizadas en México sobre suicidio son tentativamente escasas y su información es dispersa y más bien superficial. En general, han empleado muestras muy heterogéneas y no representativas de la población. Otro problema muy relevante y común es que en general los tipos de estudios relacionados con el suicidio son de tipo *expost-facto*, para lo cual se generan instrumentos de medición que evalúan y detectan las variables que pudieron estar relacionadas con el acto suicida. Es en este punto donde se presenta el problema metodológico más grave en el intento de suicidio, cuando consideramos la validez del instrumento y el momento de la aplicación del mismo, considerando además que la información relacionada con el suicidio suele ocultarse o disfrazarse, dado el rechazo social que genera.

## **La conducta suicida en el adolescente:**

Como se mencionó anteriormente, el suicidio es un fenómeno en el que intervienen aspectos psicológicos, psiquiátricos, sociológicos y biológicos. Asimismo, las investigaciones que sobre el tema se han realizado se han inclinado principalmente al aspecto epidemiológico del suicidio. Diversos estudios han contribuido a la creación de un perfil de riesgo suicidio, más bien asociado al adolescente estadounidense, y que sin embargo considero importante exponer.

### Factores asociados a la conducta suicida:

El incipiente inicio de la conducta suicida en la pre-pubertad predice comportamiento suicida en los adolescentes (Pfeffer et al., 1994), y el inicio temprano de trastorno depresivo mayor se asocia con comportamiento suicida en los adolescentes, aunque es más común en adolescentes mayores- (Beck et al., 1996) y adultos (Harrington et al., 1994). Diversos estudios apuntan a la teoría de que los rasgos del desarrollo son mediadores significativos de la manifestación del comportamiento suicida en los adolescentes. Los problemas de adaptación social de los pacientes jóvenes que intentan suicidarse giran principalmente alrededor de relaciones intra-familiares distorsionadas en los niños pre-puberales, mientras que los conflictos con los pares son los más comunes entre los adolescentes. Los índices de suicidio se incrementan con la edad, alcanzando un pico entre las edades de diecinueve y veintitrés años.

Según los estudios de Berman y Jobes (1991)<sup>5</sup> los adolescentes varones cometen actos suicidas en una proporción cuatro veces mayor que las mujeres (18% y 4% respectivamente) en tanto que éstas intentan suicidarse sin lograrlo en una proporción más frecuente que los varones. Si esto se presenta en estos porcentajes, es necesario mencionar, que el suicidio consumado es alrededor de cinco veces más frecuente para los adolescentes varones que para las adolescentes mujeres. Una razón probable es la estrecha brecha entre suicidio consumado y conducta agresiva (Shaffer, 1999).

---

<sup>5</sup> Las siguientes tres referencias, es decir, la de Berman y Jobes, la de Shaffer y la de Hicks fueron obtenidas de la página electrónica <http://xipe.insp.mx/salud/40/405-7.html>

Por otra parte la mayor parte de los países en los que las tasas de suicidio para los sexos masculino y femenino son similares, pertenecen al tercer mundo, donde el tratamiento psicológico es menos accesible, debido fundamentalmente al poco desarrollo de habilidades de respuesta en situaciones de tensión extrema (Hicks, 1999.)

*Factores de riesgo y de protección de la conducta suicida:*

Puede verse, en términos generales, que el suicidio suele ser una conducta humana compleja y multideterminada, desplegada en un abanico de manifestaciones que oscilan entre la ideación, el intento y el suicidio consumado. La presencia o ausencia de la conducta suicida se ha asociado a una serie de factores de riesgo y de protección. Convendría definir qué es un factor de riesgo. Un factor de riesgo es "cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad, que va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud" (Munist et al., 1998). La investigación empírica de más de tres décadas sugiere que los factores de riesgo para la conducta suicida en adolescentes pueden ser clasificados como:

- Síntomas y desórdenes psiquiátricos, como impulsividad, ansiedad, conducta disruptiva, abuso de sustancias y desórdenes de personalidad (Brent et al., 1988, 1993; Pteffer, Plutchik, Mizruchi, & Lipkins, 1986; Shaffer, 1988; Harrington et al., 1994; Shaffer et al., 1996).
- Discordia familiar y psicopatología, incluyendo violencia, depresión, abuso de sustancia y desórdenes de personalidad (Myers, Burke, & McKauley, 1982; Pteffer, Normandin & Kakuma, 1994).
- Experiencias estresantes, particularmente abuso y pérdida de personas importantes (Cohen-Sandler, Berman, & King, 1982; Gould, Fisher, Parides, Flory, & Shaffer, 1996).

- Factores cognitivos que implican desenvolvimiento en actividades sociales y percepciones de desesperanza (Asarnow, Carlson, & Guthrie, 1987; Spirito, Overholser, & Hart, 1991; Pteffer, Hurt, Peskin, & Siefker, 1995).

Tabla 3.1

**FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA**

<b>FACTOR DE RIESGO</b>	<b>EJEMPLO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>Psicopatológico</b>  (Se encuentra en una población con adultos principalmente).	<i>Depresión</i>	Causada por crisis vitales, trastornos biológicos, decepciones severas, separaciones amorosas, desesperanza y situaciones por desarraigo (Strasburger & cols., 1990).
	<i>Impulsividad</i>	Manifestada en conducta agresiva y actos violentos. Frecuentemente se asocia a depresión.
	<i>Trastornos bipolares</i>	Que alternan periodos maníacos y depresivos acentuados con predisposición al suicidio.
	<i>Trastornos limítrofes</i>	Conductas autodestructivas, pobres relaciones afectivas, personalidad perfeccionista, exigente y estricta.
	<i>Psicosis y neurosis</i>	Algunos procesos, como la esquizofrenia, tienen alta incidencia de suicidio.
	<i>Retardo mental</i>	Asociado a depresión y conducta autodestructiva.
<b>Biológicos</b>	<i>Enfermedad física</i>	La conducta autodestructiva se ha reconocido en epilépticos, asmáticos, diabéticos, hemofílicos y pacientes con diálisis renal.  Psicosis orgánicas: determinadas por tumores endocraneales, principalmente de localización temporal y occipital, que producen gran variabilidad de síntomas psíquicos.  Otras enfermedades se asocian a periodos depresivos, como neumonías, hepatitis y mononucleosis infecciosa; también enfermedades debilitantes, cáncer, el dolor y enfermedades endocrinas (hipófisis, adrenales y tiroideas).
	<i>Agentes bioquímicos</i>	Algunos estudios han encontrado niveles bajos de serotonina en el líquido céfalo-raquídeo y cerebro de víctimas de suicidio.  La serotonina en bajos niveles también es asociada con predisposición a la agresión y violencia. Se señala un debilitamiento de las funciones cerebrocorticales elevadas.

	<i>Factores genéticos</i>	Algunos estudios del ADN sugieren defectos en un cromosoma específico, gen dominante de penetración incompleta, que determina a familias con historias depresivas y con significativa incidencia de actos suicidas (Weller, 1989).
	<i>Embarazo</i>	No deseado y en solteras (Mata, 1984).
	<i>Familiares</i>	Familia rígida-estricta; actos violentos, agresiones, incluso abuso sexual; muerte de persona querida; uso y abuso de drogas por familiares; separación de los padres; psicopatologías en la familia; historia familiar de suicidios; padres deprimidos: que condiciona falta de atención al adolescente (Shaffer, 1987; Brent, 1989).
	<i>Sociales y culturales</i>	Amigos de víctimas de suicidios; admiradores de figuras populares que se suicidan; imitación de situaciones suicidas difundidas por novelas televisivas, libros, cine, periódicos. También relacionada con las epidemias de suicidio (espíritu de los tiempos) como lo sucedió cuando Goethe publicó las canas del joven; pueblos minoritarios predispuestos al suicidio; víctimas de asaltos, abuso sexual y otras violencias; nivel socio-económico bajo; frustraciones en la opción de niveles académicos o laborales; suicidio en grupos identificados con ideas románticas o religiosas que rodean de glamour a las víctimas (Strasburger et al, 1990; Weller, 1989).
	<i>Accidentes</i>	No todos tienen una causa bien clara; se ha demostrado que en adolescentes un gran porcentaje son suicidios enmascarados, principalmente los accidentes por vehículos a motor. El equipo evaluador de salud debe representar un adolescente con historia de 3 o más accidentes en un año, que puede significar conducta autodestructiva (Hergenroeder, 1986). La tendencia a conductas de alto riesgo puede considerarse conducta suicida larvada.
	<i>Abuso de drogas</i>	Alcohol y otras drogas que disminuyen el juicio e incrementan el impulso, predisponiendo a la autodestrucción
<b>Cognitivo-emocionales</b>	<i>Ideación suicida</i>	
	<i>Baja autoestima</i>	Una autoestima disminuida lleva a una persona a vivir bajo sentimientos de apatía, aislamiento, poca capacidad de amar y pasividad. En investigaciones realizadas con adolescentes se ha encontrado que existe una relación importante entre la autoestima y la expresión depresiva (González-Forteza y Rodríguez, 1993)

## **Descripción detallada de algunos de los factores de riesgo:**

### Trastornos psiquiátricos:

Los estudios controlados de suicidio consumado sugieren factores de riesgo muy similares para varones y mujeres (Shaffer y et al., 1996; Brent et al., 1999), aunque con importancia relativa para cada uno de ellos (Shaffer et al, 1996).

En las mujeres el factor de riesgo más importante es el trastorno depresivo mayor, el cual puede incrementar el riesgo de conductas suicidas hasta en un 200% (Shaffer et al., 1996). El segundo factor de riesgo más relevante es un intento de suicidio previo. Para los varones la relación se invierte y el intento de suicidio previo es el mejor predictor de un nuevo intento, incrementando la probabilidad de ocurrencia de éste último hasta 30 veces (Brent et al., 1999; Shaffer y Craft, 1999), seguido de la depresión, el abuso de sustancias y la conducta destructiva (Brent et al., 1993; Shaffer et al., 1996). La relación entre trastornos de conducta y otros trastornos como la ansiedad, el abuso de sustancias o el trastorno del humor pueden explicarse a través de mecanismos como experiencias infantiles predisponentes a ambos, además de la presencia de una depresión y comportamiento antisocial, conducta violenta o impulsiva.

### *Depresión. Síntomas usuales en adolescentes deprimidos:*

- Cambios drásticos en apariencia personal, como desañileamiento, poco aseo, etc.
- Trastornos del sueño (insomnio e hipersomnio).
- Trastornos del apetito (con aumento o pérdida significativa, de peso corporal, más de 5% en un mes).
- Bajo rendimiento académico (problemas de concentración).
- Irritabilidad, negativismo (aislamiento social).
- Abuso de drogas.
- Disminución de interés y placer en muchas actividades.
- Estallidos emocionales (llanto-risa).
- Estallidos repentinos de energía.



- Problemas disciplinarios.
- Sentimientos de tristeza, desesperanza, culpa, vergüenza, fatiga extrema.
- Preocupación por la muerte, ideas suicidas persistentes.
- Máscaras de la depresión:
  - Apatía, desgano, indiferencia.
  - Fatiga crónica.
  - Burlón-retador.
  - Demasiado payaso-chistoso.
  - Accidentes frecuentes.
  - Rasgos hipocondriacos acentuados.
  - Aburrimiento crónico.

Los eventos estresantes, precedentes al suicidio o a su mero intento, raramente son variables causales suficientes para la conducta suicida, aunque sí se consideran como factores precipitantes en los jóvenes en riesgo.

#### Factores biológicos:

La desregulación del sistema serotoninérgico es común en adultos suicidas (Halperin et al., 1994; Greenhill et al., 1995; Pfeffer et al., 1998). Las anomalías se han localizado, a nivel cerebral, en la corteza ventro-lateral pre-frontal y en el tronco encefálico de sujetos con intento suicida y víctimas del suicidio (Mann et al., 1999). En general, la serotonina regula las fluctuaciones extremas del humor y la impulsividad. Adicionalmente, estos estudios sugieren que bajas concentraciones en LCR de ácido homovanílico podrían ser más predictivas en adolescentes (Greenhill et al., 1995; Kruesi et al., 1988).

### Ambiente familiar:

En diversos estudios se hace constante alusión a las problemáticas familiares como desencadenantes del intento suicida en los adolescentes. Estudios controlados (Gould et al., 1996; Hollis, 1996) indican que bajos niveles de comunicación entre padres e hijos pueden actuar como un factor de riesgo significativo. La discordia familiar, la carencia de calidez familiar y la relación distorsionada padres-hijos están comúnmente asociadas a psicopatología del niño y del adolescente, como comportamiento violento, trastornos del humor, trastornos por abuso de alcohol y sustancias (Brent et al., 1994; Pfeffer et al., 1994), por lo que pueden jugar un papel importante en la conducta suicida.

Como lo indica el alto índice de varones suicidas víctimas de abuso, (Silverman et al., 1996; Molnar et al., 1998; Brown et al., 1999; Fergusson et al., 1996) los disturbios familiares incrementan de manera significativa la tentativa de suicidio. La suicidalidad es también común en adolescentes fugitivos (Deykin et al., 1985; Shaffer et al., 1996; Kaplan et al., 1997; Molnar et al., 1998) que a menudo tienen una historia de abuso infantil previo. El abuso físico y sexual parecen incrementar el riesgo de intentos de suicidio, aún cuando otros factores son controlados estadísticamente (Fergusson et al., 1996).

A este respecto, Villatoro et. al. (1999) reporta que, en estudiantes de secundaria la causa principal del intento de suicidio fue los problemas familiares (32.7% para hombres y 36.8% para las mujeres). Delgado (1999) en un estudio propuesto para conocer la estructura familiar del adolescente con intento de suicidio, en pacientes de una sala de urgencias, plantea en sus resultados que en el 63% de los casos, el factor precipitante del intento fueron las discusiones familiares; además, el 32% de los casos detectados provenía de un hogar desintegrado.

Miranda (2000), en un estudio realizado en una muestra escolar y adolescente de Sonora encontró que en el 70% de los casos la familia del suicida era disfuncional, es decir, que existían relaciones familiares pobres. Los principales factores de riesgo fueron la desorganización familiar (70%), la falta de comunicación con los padres (67%), las riñas familiares constantes (86%), el ser abandonados (53%), tener sentimientos de rechazo familiar (47%) y ausencia de la figura de los padres (43%).

En los resultados de una investigación implementada en 423 estudiantes de la ciudad de México, González-Forteza y Andrade (1995) encontraron que la comunicación de los adolescentes con sus padres era un factor protector relevante, tanto de la sintomatología depresiva como de la ideación suicida.

Según Ajuriaguerra (1999), existen en las familias de los suicidas numerosos conflictos, en particular separaciones (30% de los casos frente al 6% en la población en general), con ausencia frecuente del padre o de toda figura de autoridad paterna. Este factor interviene más cuanto más precoz es la separación. Los antecedentes de desplazamiento y de desajustes recientes son frecuentes. Los antecedentes familiares patológicos parecen bastante frecuentes (suicidios, enfermedad mental). Por el contrario, ni el nivel socioprofesional de los padres, ni la presencia o ausencia de las madres en el hogar o el trabajo de la madre en el exterior parecen jugar un papel estadísticamente significativo.

Ladame (1981) estudió las interacciones del adolescente suicida con su entorno y encontró tres series de hechos que hay que considerar:

- a) En estas familias el adolescente suele ser el centro, sirviendo muchas veces como el receptor de las frustraciones de los padres. La relación entre padre y adolescente no tiene empatía comprensiva, sino que es agresiva, generándose así el primer fracaso en el proceso de separación-individuación. El adolescente con su gesto suicida llama a la ayuda colectiva.
- b) La barrera entre las generaciones es a menudo confusa en las familias. Existen coaliciones entre los miembros de distintas generaciones, cuya triangularización en el problema de miembros de otras generaciones genera una situación de tensión difícil de manejar, ocasionando la huida del adolescente frente a esta situación.
- c) En los periodos presuicidas el adolescente hace frente a situaciones de tensión que hacen explosión, ante una situación mínima inmanejable,

siendo esta última solamente una parte más del eslabón dentro de la cadena de situaciones inmanejables.

Por otro lado, una historia de conducta suicida en la familia, psicopatología parental, depresión parental y abuso de sustancias en los padres (Brent et al., 1993, 1996) son factores de riesgo adicional para el adolescente. Podría ser que el riesgo total se presentara una parte como vulnerabilidad genética y otra como producto de los estresores ambientales.

#### Consumo de drogas:

De acuerdo con Blumental (1988), la incidencia del acto suicida entre consumidores de drogas es alrededor de veinte veces mayor que para la población general y el 70% de los suicidios en gente joven se encuentra de alguna manera relacionado con el abuso de drogas (Shaffer, 1988).

El consumo y dependencia de alcohol es un factor de riesgo de suicidio bastante alto. Autores como James (1966, cit. en Ros, 1998), Terroba y cols. (1987) y Narváez y cols. (1991) han encontrado una estrecha relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y el intento suicida.

#### Factores cognitivos-emocionales:

Aún se desconoce por qué algunos adolescentes optan por el suicidio y otros no. Algunos factores que podrían estar influyendo serían aquellos relacionados con estilos desadaptativos de atribución y afrontamiento. Existen una serie de procesos cognitivos distorsionados vinculados a los sujetos suicidas, como la percepción de desesperanza, las visiones negativas sobre la propia competencia, la pobre auto-estima y un sentido de responsabilidad por eventos negativos. La inmutabilidad de estas atribuciones

distorsionadas puede contribuir a la "desesperanza" que se ha relacionado repetidamente con la suicidalidad.

#### *Estrés:*

Partiendo de la definición de estrés como un proceso donde se producen distintas reacciones emocionales (Reeve, 1994), es importante considerar que el riesgo suicida tiene un carácter acumulativo y el incremento de estresores dentro del año anterior al intento suicida es uno de los principales predictores estudiado. Algunos ejemplos de dichos estresores son el conflicto interpersonal y la desilusión amorosa, en el caso de adolescentes impulsivos. Por supuesto que junto con el estrés debe considerarse el estilo de afrontamiento del adolescente en riesgo, que generalmente presenta pocas o deficientes habilidades para resolver sus problemas y adaptarse a las demandas de su medio. Todavía no está muy claro, en un nivel teórico y de investigación, cómo reacciona el subgrupo de adolescentes suicidas a los estresores mínimos, de tal forma que éstos se convierten en precipitantes. Como trastornos asociados al estrés tenemos a la depresión, la ansiedad, la ideación y el intento suicida.

#### *Ideación suicida:*

Según Beck, Steer y Ranieri (1988), los sujetos con tendencias suicidas poseen un estilo cognoscitivo claramente diferenciable del resto de los sujetos normales y aún de aquellos que presentan perturbaciones emocionales que no los motivan al suicidio. Beck y cols., fueron los pioneros en el campo de la ideación suicida concebida como una estructura mental que implica actitudes, planes y conductas en torno al suicidio (Beck, Kovacs, Weissman, 1979). Aunque sus primeros estudios se enfocaron a la población suicida adulta (a partir de la cual se desarrolló su Escala de Ideación Suicida), posteriormente, el mismo Beck demostró que los niveles de ideación suicida entre pacientes adultos y adolescentes eran comparables. Posteriormente, en otro estudio, se encontró que la prevalencia de ideación suicida es mayor en los adolescentes jóvenes que en los adolescentes mayores (Steer, Kumar y Beck, 1993).

En general, la ideación suicida ha sido menos estudiada que el intento suicida o el suicidio consumado (González-Forteza et. al., 1998). La ideación suicida se define como "tener pensamientos o fantasías acerca de la propia muerte" (Garrison, Lewinsohn, Marsteller, Langhinrichsen, Lann, 1991). Es muy común entre los estudiantes de secundaria. Uno de cada cuatro mujeres y uno de cada diez varones (Shaffer, 2001) ha considerado seriamente el suicidio, en un periodo de hasta doce meses antes de ser cuestionados al respecto.

La ideación suicida ha sido ampliamente documentada como factor asociado al intento suicida. En una investigación encaminada a detectar el riesgo, la prevalencia de la ideación y de los intentos de suicidio en una población receptora de atención médica en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias, los investigadores encontraron que el 3% había tenido ideación suicida severa durante el último año y que por tanto corrían un alto riesgo de cometer suicidio en el futuro. Los pacientes argumentaron como el principal motivo de su intención suicida, la necesidad de escapar y resolver sus problemas familiares y afectivos. (Medina-Mora, 1994).

Medina-Mora y cols. (1992) reportaron que la ideación suicida había sido frecuente sobre todo en jóvenes de entre 18 y 25 años, de ambos sexos, aunque entre el 10% y el 14% de la población mayor de edad presentaba ideación suicida. En otro estudio, realizado con 3,459 estudiantes de bachillerato, 47% de la población había presentado por lo menos un síntoma de ideación suicida en la semana anterior a la encuesta; 17% afirmó haber pensado en quitarse la vida y 10% respondió afirmativamente a todos los reactivos de la escala de ideación suicida. En las mujeres, la proporción de ideación suicida fue mayor que en los hombres, con menores variaciones en la población de 13 y 19 años (Medina-Mora, López, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon, Rojas, 1994).

En otra investigación, encabezada por González-Forteza, Berenzon, Tello, Facio y Medina-Mora, los resultados, producto de la evaluación en dos muestras, una estudiantil y otra clínica arrojan datos interesantes: el 11.8% de las adolescentes muestra estudiantil y el 56.7% de las adolescentes de la muestra clínica presentaron todos los síntomas de ideación suicida, en un lapso entre uno y siete días, mientras que el 1.3% y el 33.3%, respectivamente, los presentaron de manera persistente, es decir, de cinco a siete días.

Las autoras presentan en su artículo una serie de factores que pueden incrementar el riesgo de ideación suicida en estudiantes, como el cursar el nivel secundaria, haber interrumpido los estudios por más de seis meses y percibir su desempeño escolar como deficiente. El estudio demostró además que las adolescentes que habían intentado suicidarse por primera vez, pensaban que su muerte era improbable, mientras que las que lo habían intentado con anterioridad, confiaban en la certeza de su intento.

Las diferencias por género en cuanto a ideación suicida parecen ser significativas. González-Forteza, Jiménez y Gómez (1995) estudiaron a adolescentes mexicanos y encontraron que los hombres con pensamientos suicidas se encuentran más afectados por el estrés familiar, derivado de la violencia entre sus integrantes, mientras que las mujeres con ideación suicida son en general más vulnerables al estrés social (principalmente derivado de los conflictos con sus amigas). Mientras que los hombres presentan más el intento de suicidio, las mujeres reportan una ideación suicida más alta (Gutiérrez et al., 1990). Los resultados de la prevalencia de ideación suicida obtenidos en la investigación de Tapia y cols (2000), que refiere que el 14.2% de los hombres presentaba ideación suicida, mientras el 19.2% de las mujeres la manifestaba, mantienen bastante concordancia con los estudios en los que se ha estudiado que las ideas suicidas, así como la desesperanza, se presentan con mayor frecuencia en las mujeres, quienes por lo menos la externalizan con mayor facilidad (Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges, 1998)

Planteándose la posible relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias, López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas (1995) emplearon datos provenientes de la Encuesta Nacional sobre el uso de Drogas en la comunidad Escolar, con sujetos estudiantes de la enseñanza media y media superior. La muestra, del D.F. se distribuyó de la siguiente manera: 47% presentó al menos un síntoma de ideación suicida un año antes, mientras que el 17% reportó haber pensado en quitarse la vida. La ideación suicida fue ligeramente mayor en mujeres y en aquellos individuos que consumían drogas.

Por otro lado, González-Forteza y Andrade (1994) analizaron la relación existente entre los estresores cotidianos, el malestar depresivo y la ideación suicida en

adolescentes de la Ciudad de México. Su muestra estuvo integrada por 423 estudiantes, con una edad promedio de 13 años. Tanto hombres como mujeres tendieron a deprimirse y somatizar el malestar sus conflictos interpersonales, pero en las mujeres dicho malestar se asoció además con la ideación suicida. En 1996, se abordó de manera relevante el estudio de los factores de riesgo sobre la ideación suicida y se encontró que en los hombres, éstos fueron: el estrés percibido ante conflictos familiares y de amistades, respuestas de enfrentamiento agresivas y baja autoestima, mientras que en las mujeres destacaron la impulsividad y el estrés en las relaciones familiares (prohibiciones). Los factores protectores para los varones fueron la autoestima alta, asociada a un locus de control interno, así como la percepción de una buena relación con sus padres. En las mujeres se repiten estos dos primeros factores y se agrega uno, el de percibir apoyo real cuando buscan ayuda, consejos y/o consuelo (González-Forteza, 1996). En la línea de la problemática suicida en los adolescentes, se ha encontrado que los factores de riesgo de la ideación suicida son: "el estrés en las relaciones familiares y de pares, las respuestas de enfrentamiento inadecuadas e ineficientes como resultado de la falta de un repertorio para lidiar y resolver los conflictos cotidianos, en tanto que los factores protectores de la ideación suicida en los adolescentes han sido: la autoestima, la percepción del apoyo familiar y el ambiente familiar, entre otros" (González-Forteza et al., 1998).

González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez (1998) destacan la trascendencia del estudio de la ideación suicida, dada su estrecha relación con el intento suicida. En una investigación realizada con dos generaciones de jóvenes estudiantes en 1993 y 1995 tanto en una universidad pública como en una privada, se destacó que la ideación suicida estuvo presente entre el 27 y el 31% de los jóvenes universitarios. Debido a que la ideación suicida se encuentra muy cercanamente relacionada con el acto suicida en general, y una variable comúnmente presente en los adolescentes, deben llevarse a cabo estudios que amplíen esta problemática, relacionada sobre todo con otros constructos implicados en el riesgo suicida. En México no abundan los estudios acerca del suicidio en los adolescentes; es evidente la necesidad de orientar una mayor atención a este problema, pues, por otra parte, se ha observado reiteradamente que la persona con pensamientos suicidas puede tener una mayor tendencia a intentar suicidarse, y que quien lo intenta una vez, es probable que lo intente de nueva cuenta en menos de un año,



con consecuencias fatales. Por esa razón, los estudios sobre la presencia de indicadores de riesgo suicida son muy importantes.

Los resultados de las investigaciones anteriormente mencionadas muestran la evolución y crecimiento del fenómeno en nuestro país, aunque el grupo más afectado sigue siendo el de los adolescentes. En todas las investigaciones anteriormente descritas se emplearon diversas escalas de ideación suicida. Se consideró que a medida que aumenta en la escala la ideación suicida, también lo hace el riesgo suicida. Teóricamente, se concluye que las personas pocas veces llegan al suicidio consumado de manera abrupta, y en cambio tienen fantasías y pensamientos sobre el suicidio como una forma de solucionar sus problemas, hasta el punto de imaginar la consumación del acto y sus consecuencias. De esta forma, el sujeto piensa y ensaya un método, hasta que su proceso cognoscitivo adquiere autonomía y fuerza y comete finalmente el acto suicida (Lazard, 1988).

#### *Baja autotestima:*

Jiménez, Mondragón y González-Forteza (2000) estudiaron la relación entre la autoestima, la sintomatología depresiva y la ideación suicida y encontraron que el 15.5% de toda la muestra tuvo presentes tanto la ideación suicida como la baja autotestima, comparado con el 16.5% que presentó solamente la ideación suicida.

Por otra parte, factores de protección del suicidio fueron los vínculos estrechos con la familia, amigos y profesores. El estado emocional también influye en la posibilidad de suicidio, siendo éste más probable cuanto más carácter depresivo tenga el sujeto (Borowsky, 2001).

### **Riesgo de suicidio acumulativo:**

El perfil del adolescente suicida descrito anteriormente debe contemplar además que los factores de riesgo para el intento y la concreción suicida tienden a presentarse en sujetos que comúnmente presentan las siguientes características:

- Nivel social y educativo en desventaja.
- Exposición a problemas familiares y parentales diversos y reiterados durante su infancia y adolescencia.
- Exposición a uno o varios sucesos de vida estresantes, en especial la pérdida o distanciamiento de una relación interpersonal relevante.

Se reconoce que los adolescentes con mayor riesgo suicida serán aquellos que hayan sido expuestos a un número incrementado de factores de riesgo en diferentes áreas de sus vidas, como la social, la educativa, la familiar y la emocional (Marttunen et al., 1991). La exposición a múltiples factores de riesgo así como la presencia de ideación suicida definiría al grupo de adolescentes con mayor riesgo de conducta suicida.

### **Predicción del comportamiento suicida:**

Puesto que dentro de los grupos de adolescentes en riesgo suicida es difícil sino imposible predecir con exactitud cual (es) hará(n) un intento de suicidio (Murphy, 1983; Pokorny, 1983; Burk et al., 1985; Goldney y Spence, 1987; Van Egmond y Diekstra, 1990; Goldstein et al., 1991; Tsuang et al., 1992; Gunnell y Frankel, 1994; Pearce y Martin, 1994; Nielsen, 1997) dado que el fenómeno suicida no ocurre con tanta frecuencia en la población adolescente y por tanto el poder predictivo de las variables relevantes encontradas se ha visto mermado- los esfuerzos derivados de los datos obtenidos en las investigaciones relacionadas al suicidio en adolescentes deben dirigirse a la identificación de aquellos jóvenes en mayor riesgo, en lugar de tratar de predecir riesgo individual de suicidio.

## Identificación del riesgo suicida:

Puesto que la predicción de la conducta suicida en cualquier momento del desarrollo del individuo resulta una labor difícil, el reconocimiento del potencial suicida debe basarse en un plan de prevención con un alto nivel de alerta por parte de sus implementadores. Tanto el estrés psicológico sufrido por el adolescente como las continuas dificultades a las que pueda estarse exponiendo deben ser objeto de análisis minucioso. Además de la evaluación de los factores de riesgo antes señalados, pueden encontrarse los siguientes factores de riesgo recientes o individuales:

### a) *Factores de riesgo recientes:*

- Exposición a uno o más sucesos estresantes de vida que puedan llevar al sujeto a presentar alguno(s) de los siguientes signos de alerta establecidos por la Asociación Americana de Suicidología y el Proyecto Canterbury para el estudio del suicidio de Nueva Zelanda.
1. Cambios en rasgos físicos: como pérdida o aumento de peso, disminución o aumento de apetito, disminución o aumento del nivel energético, cambios en los patrones de sueño, dificultad para dormir o dormir demasiado.
  2. Cambios en el estado de ánimo: tristeza, desesperanza, ansiedad, desesperación.
  3. Cambios cognitivos: concentración pobre, dificultad para tomar decisiones o sentimientos inapropiados de culpa.
  4. Cambios conductuales: aislamiento, pérdida de interés en actividades predilectas, bajo rendimiento escolar o laboral, llanto frecuente, abuso de sustancias significativo, arreglo de asuntos personales, regalar o tirar efectos personales o posesiones preciadas.
  5. Preocupación por la muerte: preocupación por artefactos letales, leer o escribir sobre la muerte, preocupación por pensar en alguien que ha muerto, preocupación por música con temas mórbidos, reconocimiento del suicidio como una opción viable.
  6. Hablar del suicidio: preguntar sobre métodos de suicidio, manifestar que se estaría mejor muerto, amenaza de suicidio.
  7. Estrés: percepción de estrés o fracasos intolerables.

8. Resolución aparente: aparición repentina de felicidad o tranquilidad después de un lapso en el que se han experimentados algunos de los signos listados.

b) *Factores de riesgo individuales*: significativos en ausencia de un trastorno mental.

- Problemas del desarrollo, como la identidad sexual.
- Disfunción o crisis familiar.
- Alineación y/o influencias culturales.
- Sucesos traumáticos como abuso físico o sexual.

### **Evaluación del riesgo suicida.**

El Colegio Real de Médicos Generales de Nueva Zelanda (2002) ha establecido ciertos parámetros para la detección y manejo de adolescentes en riesgo suicida. El primer aspecto a evaluar en la exploración sistemática es la determinación del nivel de riesgo presente (bajo, moderado o alto) así como la exploración de cada una de las siguientes áreas de la vida del adolescente con dicha problemática:

- a) Dificultades personales: relacionadas con eventos estresantes, presencia de trastornos mentales, dificultades actuales, aspectos culturales y estilo de afrontamiento que le permiten lidiar o no con los mismos.
- b) Recursos positivos y factores protectores.
- c) Intentos previos de suicidio.
- d) Plan suicida: se debe explorar el nivel de profundidad con el que el adolescente ha formulado un plan sobre cómo quitarse la vida (disponibilidad y letalidad del método,

### Métodos de diagnóstico del riesgo suicida:

Dentro del campo del estudio del suicidio un tema sumamente relevante es el no suficientemente estudiado uso y desarrollo de estrategias confiables de detección de jóvenes que presentan conducta suicida.

Aunque según Beck, Steer y Ranieri (1988), los sujetos con tendencias suicidas poseen un estilo cognoscitivo diferenciable del resto de los individuos normales y de aquellos con perturbaciones emocionales, pero sin riesgo suicida, como la ambivalencia interna (que fluctúa entre el deseo de morir y el de vivir), ideación suicida y pensamientos que incrementan la probabilidad del deseo de muerte, además de la rigidez cognoscitiva (Thurber et al., 1990), es casi seguro que existen diferencias entre los sujetos con diversos riesgos suicidas, en su esfera emocional y cognitiva. Se han desarrollado, tomando en cuenta dicha variabilidad, algunas escalas e inventarios, que tienen el propósito de diagnosticar a las personas potencialmente suicidas.

Las escalas de valoración del intento de suicidio tienen como objetivo identificar los pacientes con mayor riesgo de cometer suicidio. Las escalas de suicidio se pueden clasificar en dos grupos (Díaz Suárez et al., 1997).

1. Escalas no específicas que valoran síntomas o síndromes asociados.
2. Escalas específicas que valoran directamente ideas o conductas suicidas, tanto en pacientes con ideación como en las tentativas.

Los problemas derivados del uso de escala son (Kreitman, 1987) que:

- No miden factores exclusivos de la conducta suicida.
- En la conducta suicida convergen infinidad de variables.
- Las escalas no son capaces de vincular la valoración del riesgo a un margen de tiempo.

- Los instrumentos diseñados para una población atendida en un medio a menudo no son trasladables a otras.

En la siguiente tabla (3.2) se recogen algunas de las escalas específicas de suicidio más empleadas en la literatura, posteriormente se comentan las de mayor utilidad en la clínica e investigación.

**TABLA CON ALGUNAS ESCALAS ESPECÍFICAS RELACIONADAS CON EL SUICIDIO**

AUTOR	ESCALA	COMENTARIO
Farberow y Mc Evoy (1966)	Lista de Farberow y Mc Evoy	Perfil de suicidio vs no suicidio en pacientes con antecedentes de depresión y/o ansiedad
Devries (1966)	Inventario de Devries	Perfil típico de riesgo de suicidio
Tuckman y Youngman (1968)	Lista de Tuckman y Youngman	Factores demográficos (6) y riesgo personal (4) de riesgo suicida
Pöldinger (1969)	Escala de Pöldinger	Puntuación numérica de la tendencia suicida (suicidabilidad) a partir de 35 criterios
Tabachnick y Faberow (1969)	Escala de potencialidad suicida del Centro de prevención de suicidio de Los Ángeles (LASPC)	Estudio prospectivo de la eficacia de 10 criterios de evaluación suicida para la predicción del riesgo
Buglas y Horton (1974)	Escala para predecir conductas suicidas posteriores (SPSSB)	Predecir la repetición de suicidio
Zung (1974)	Escala de potencialidad suicida (Index of Potential Suicide) de Zung	Clasifica ideación suicida en pacientes sin historia de tentativas de suicidio.
Letteri (1974)	Escala de potencialidad de suicidio para grupos por sexo y edad	Adaptación de la LASPC a poblaciones de diferente sexo y edad
Pokorny (1974)	Escala objetiva de letalidad de Pokorny	Valora pacientes con ideación, tentativa y suicidio aplicando 5 dimensiones
Weisman y Woroden (1974)	Escala de riesgo-rescate	Ayuda a diferenciar entre tentativa de suicidio y suicidio frustrado
Beck et al (1974)	Escala de tentativa suicida (SIS)	Ponderación de intención de morir en pacientes con tentativa de suicidio
Beck et al (1979)	Escala de ideación suicida (SSI)	Ponderación de intención de morir en pacientes con ideación suicida
Cull y Gill (1982)	Escala de probabilidad suicida (SPS)	Autoaplicada para determinar letalidad del intento
Pallis et al (1982, 1984)	Versión ampliada y reducida de	Añade a la SIS ítems clínicos y

	la SIS	demográficos. Discrimina futuros suicidios de las futuras tentativas
Patterson et al (1983)	SAD PERSONS	Intensidad de riesgo de suicidio. Da pautas de actuación.
Linehan (1983)	Razones para vivir	Evalúa creencias y expectativas que se consideran razones para vivir
Motto et al (1985)	Estimadores de riesgo para suicidio	Estudio prospectivo del poder predictivo de 44 variables
Plutchick et al (1989)	Escala de riesgo de suicido de Plutchick	Identifica pacientes con tentativas de suicidio

Existen además, la escala de Automedición de la depresión (EAMD) (Zung, 1965) y Diferencial Semántico (Osgood, Suci y Tannenbaum, 1957), y los Inventarios de: Ansiedad-Estado, Ansiedad-Rasgo (IDARE) (Spielberger, Lushene y Mercado, 1968) y Pensamiento o Creencias Irracionales (Wessler y Wessler, 1980), entre otras.

Está claro que en la medida en que en la literatura científica aparecen nuevos métodos de detección psicológica, las posibilidades de un tratamiento acertado y oportuno para aquellos que han intentado el suicidio o al menos lo contemplan, también aumentan.

Tabla 3.3 INSTRUMENTOS QUE MIDEN LA SUICIDALIDAD DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Escala	Autor	Edades	Propósito	Longitud	Dominio	Notas
Escala de Desesperanza de Beck	Beck y cols., 1974b	Adolescentes	Valorar la desesperanza.	20 ítems verdadero/falso	Clínica, investigación, rastreo.	Autoaplicable.
Escala de desesperanza para niños (HSC).	Kazdin y col., 1986	Niños y adolescentes.	Valorar la desesperanza	17 ítems verdadero/falso	Clínica, investigación, rastreo.	Puntos de corte y validez del estudio (ver Spirito y col., 1988b). Autoaplicable.
Rastreo para adolescentes de Columbia (CTS).	Shaffer y col., 1996	Adolescentes	Rastrea estudiantes de 11 a 18 años para comportamiento o suicida,	26 ítems	Clínica, rastreo, investigación.	Alta sensibilidad y especificidad Autoaplicable.

			ideación y factores de riesgo			
Cuestionario de ideación suicida (CTS).	Reynolds, 1987	Adolescentes	Mide la frecuencia y severidad de ideación suicida en estudiantes de 11 a 18 años	30 ítems (secundaria) o 15 ítems (últimos años de primaria)	Investigación, rastreo	Autoplicable
Escala de probabilidad de suicidio (SPS).	Tatman y col., 1993	Edades 14+.	Índice clínico de riesgo de suicidio	1 página.	Clínica	Validez en adolescentes no demostrada. Autoadministrable
Inventario de razones para vivir para adolescentes (RFL-A).	Osman y col., 1998	Adolescentes (adaptación del Inventario de Razones para Vivir [RFL] de Linehan, 1985)	Mide las creencias adaptativas, la afirmación de vivir, que pueden distinguir al suicida del no suicida	14 ítems.	Clínica, investigación, rastreo	Da al clínico un bosquejo para iniciar el tratamiento
Índice de potencial suicida de niños-adolescentes (CASPI).	Pfeffer y col., 2000	6 a 17 años.	Valora el riesgo de comportamiento o suicida	30 ítems si/no.	Clínica, investigación, rastreo	Excelente confiabilidad y validez Autoaplicable
Escala de potencial suicida de niños (CSPS).	Pfeffer y col., 1979	6 a 12 años.	Valora comportamientos suicidas y factores de riesgo	17 páginas (batería de 8 escalas)	Clínica, investigación	Administrada por el clínico.
Entrevista de potencial suicida (SPI).	Reynolds, 1991	11 a 18 años	Evalúa el riesgo suicida.	4 páginas, 22 ítems	Diagnóstica, investigación, rastreo.	Administrada por el clínico.
Escala para ideación suicida (SSI).	Beck y col., 1979a	Investigación limitada en adolescentes.	Mide la frecuencia, intensidad y duración de la ideación suicida.	4 páginas, 19 ítems	Clínica, diagnóstica, investigación, rastreo	Administrada por el clínico.



Escala de intención suicida (SIS).	Beck y col., 1974a	No estudiada aún en adolescentes o niños.	Mide la intención de morir en los que intentan el suicidio.	15 items	Clínica, investigación.	Administrada por el clínico.
------------------------------------	--------------------	---	---	----------	-------------------------	------------------------------

Tabla referida en Shaffer, D. (2001).

### **Prevención del suicidio en adolescentes:**

González-Forteza, y Jiménez (1995) establecen que para que los esfuerzos preventivos en la conducta suicida resulten efectivos y eficaces es necesario una comunicación adecuada entre quienes toman decisiones políticas, quienes practican los programas de prevención, y los que investigan el fenómeno del comportamiento suicida adolescente. Desde este modelo conceptual, podrían abordarse las demandas de prevención contemplando la variable de la ideación suicida entre estudiantes secundaria, por ser éste un grupo de alto riesgo.

La detección temprana de estudiantes en riesgo de conducta suicida es vital para su canalización oportuna a cualquier tipo de respaldo o ayuda terapéutica. Tenemos además que la implementación de este tipo de estrategias de prevención en el medio escolar permite a los adolescentes aproximarse al personal ajeno al académico –el psicólogo- en un ambiente de confianza.

### **Estrategias de tamizaje planteadas en Estados Unidos por CDC, 1992:**

Dentro de las diversas estrategias de evaluación y prevención de la conducta suicida en el adolescente, tenemos que las técnicas de tamizaje, que implican la administración de instrumentos que identifican a los adolescentes en alto riesgo, permiten una discriminación acertada de aquellos jóvenes que necesitan una evaluación psicológica más minuciosa para que, en caso requerido, sean referidos a tratamiento. Un modelo de este tipo es el que se propone en el presente estudio, en el que se identificaron a estudiantes con problemas de riesgo suicida y cuyos rasgos de personalidad fueron analizados.

Se sabe que un instrumento de tamizaje adecuado debe poseer un alto nivel de sensibilidad para detectar potenciales casos de suicidio así como para discriminar a aquellos sujetos con riesgo alto de aquellos con poco o ningún riesgo. Los factores de riesgo y de protección deben ser incluidos en los instrumentos de tamizaje para adolescentes.

***Planteamiento del Problema:***

¿Cuál es la prevalencia del riesgo suicida en estudiantes de educación básica (secundaria) en una escuela pública? El riesgo suicidio se define a través de tres indicadores que son: los factores de riesgo, las ideas y los intentos suicidas.

***Justificación del Estudio:***

El tema del suicidio en general, y el de los adolescentes en particular, suele omitirse, enmascararse o evadirse, pues resulta claro que cuestiona al sistema familiar y social en el que el individuo se ve inmerso. Sin embargo, y quizás aún por ello, resulta imprescindible conocer y reflexionar sobre aquellos factores asociados que conducen a un adolescente a autodestruirse, así como indagar sobre el significado de este acto y sobre todo, sobre cómo puede prevenirse. La detección del riesgo suicida es el primer paso en la prevención del suicidio como tal. El suicidio es un problema de salud pública grave y potencialmente previsible y por tanto, evitable. Es por todos conocido que las estimaciones epidemiológicas sobre intento o concreción del suicidio se basan en los registros oficiales y de ahí la preocupación que existe por desarrollar mecanismos e instrumentos que permitan dar una mayor confiabilidad a la identificación de la problemática del suicidio. El presente estudio representa un esfuerzo por identificar, en primera instancia, el riesgo suicida en una escuela secundaria pública del Distrito Federal. Para desarrollar un plan de prevención efectivo es necesario, en primer lugar, una identificación adecuada de la problemática. En este sentido, resulta sumamente valiosa la presencia de instrumentos válidos y confiables que permitan una valoración breve, extensiva y acertada del riesgo suicida para adolescentes estudiantes en zonas urbanas.

La prevalencia de ideación suicida es importante en la población escolar (González Forteza y col., 1998). Según estos autores, "si se considera que este constructo psicológico tiene una fuerte asociación con el intento suicida y, más aún, con la conducta suicida múltiple, entonces resulta prioritario detectar adolescentes en riesgo y orientar

esfuerzos preventivos entre los adolescentes escolares".<sup>6</sup> Recordemos por último que México es un país de niños y sobre todo, de jóvenes. Se calcula que alrededor del 40% de dicha población son niños de entre 0 y 14 años de edad y 30% fluctúa entre los 15 y 29 años. Esta distribución deja en claro que los esfuerzos encaminados hacia la investigación de estrategias de prevención hacia los problemas propios de los adolescentes, son en extremo necesarios. En general la confiabilidad y la validez para los instrumentos de auto-reporte que se han desarrollado para la medición de riesgo suicida en niños y adolescentes, son bajas (Eyman, Mikawa, & Eyman, 1990; Range & Knott, 1997, cit en Pfeffer, 2000). Además, los instrumentos desarrollados para población adulta generalmente no son aptos para medir conductas similares en niños y adolescentes, por lo que su uso en esta población no debe ser indiscriminado y es altamente preferible el diseño de instrumentos especialmente enfocados a la población objetivo.

Hamburg (1974; cit. en González-Macip, 1998), considera que la adolescencia temprana (de 12 a 15 años de edad) es un periodo de gran estrés, en el que se improvisan y prueban una gran cantidad de respuestas de enfrentamiento ante las problemáticas, lo que torna al adolescente en un sujeto sumamente vulnerable. Gómez Castro encontró, en su estudio realizado en adolescentes de dicha edad, un nivel de estrés psicosocial más alto y una ideación suicida más marcada, comparados con adolescentes de entre 16 y 19 años de edad.

El índice de suicidios es significativamente más elevado en zonas densamente pobladas (Borges, Rosovsky, Caballero & Gómez, 1994) , en especial algunas delegaciones entre las que se encuentra Benito Juárez (Jiménez y Rico, 1978), a la que pertenece la secundaria seleccionada.

### **Objetivo General:**

A finales de los años noventas, la Asociación Psicológica Estadounidense elaboró un programa de amplio alcance para prevenir el suicidio de adolescentes, y una de las

---

<sup>6</sup> Salud Pública de México / vol. 40, no.5, septiembre-octubre de 1998. 430-437pp.

recomendaciones que hace es la "identificación y tratamiento de adolescentes en riesgo". Este estudio comprende la primera parte, es decir, la identificación de adolescentes en riesgo suicida. Por lo tanto, el objetivo podría resumirse así:

- Determinar la distribución e intensidad del riesgo suicida en alumnos de una escuela secundaria pública del D.F. mediante la detección de signos presuicidas, como intención o comportamiento suicida previos.

#### ***Objetivos Específicos:***

- Determinar el perfil psicológico de los adolescentes detectados con riesgo suicida.

#### ***Hipótesis teóricas:***

Dado el carácter exploratorio del presente estudio, no se considera el planteamiento de hipótesis de investigación como algo conveniente.

#### ***Metodología:***

Metodológicamente, la tesis se dividirá en dos estudios para realizar los análisis pertinentes.

#### **Fase I: Detección del riesgo suicida en los adolescentes**

##### Tipo de estudio:

Exploratorio.

##### Diseño:

Transversal.

##### Escenario:

Secundaria Pública (turno matutino) de la Delegación Benito Juárez.

### Participantes:

El estudio se realizó en 545 alumnos de la escuela en cuestión, 299 fueron hombres (54.9%) y 246 fueron mujeres (45.1%). El 29% de la muestra contó con 12 años, el 35.1% con 13 años, el 32.3 % tuvo 14 años y el 3.3% tuvo 15 años.

El 18.15% de la muestra fueron hombres de 12 años; el 10.82% mujeres de la misma edad. El 18.53% fueron hombres de 13 años; el 16.88% mujeres de 13 años. El 15.77% hombres de 14 años; el 16.51% mujeres de 14 años. En los 15 años, tenemos una distribución del 2.38% para los hombres y del 0.91% para las mujeres. Fueron excluidos 10 casos por no contar con la edad establecida para el presente estudio.

### Población objetivo:

Población estudiantil de la secundaria pública.

### Variables:

#### *Variables demográficas:*

Edad y sexo.

#### *Variable dependiente:*

Riesgo suicida.

- **DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** el riesgo suicida se define como la presencia y frecuencia en los últimos seis meses de factores de riesgo específicos, tales como la ideación suicida o intentos/intención previos de suicidio, signos de alerta, inconformidad o desajuste psicosocial, además de la ocurrencia e impacto de eventos de vida adversos en los últimos seis meses. En este sentido, el riesgo suicida es alto si encontramos intento de suicidio previo, es medio si existe ideación suicida y es bajo si se presentan los factores de riesgo asociados al suicidio.
- a) Intento(s) previo(s) de suicidio. Consiste en una conducta auto-lesiva potencialmente hablando, cuyo desenlace no fatal no resta evidencia –explícita o

implícita- de que la persona pretendía matarse. Puede o no resultar en lesiones. (O'Carroll, 1996).

- b) Intensidad/frecuencia de la ideación suicida. La ideación suicida se define conceptualmente como aquella serie de ideas o pensamientos que tiene la persona acerca de la propia muerte (Medina-Mora, 1990).
  - c) Factores de riesgo asociados, tales como la despreocupación de las personas por el sujeto, la inexistencia de buenos momentos, el grado de insatisfacción por la vida que el adolescente manifiesta, etc.
- DEFINICIÓN OPERACIONAL: puntuación T mayor o igual a 60 en las escalas (una o más) de tamizaje. Para realizar la clasificación de los participantes se implementó la siguiente categorización:

- ❖ Participantes con riesgo alto: todos aquellos participantes que en el IRIS contestaron de forma afirmativa al reactivo crítico no. 50 "He intentado quitarme la vida":
- ❖ Participantes con riesgo medio: todos aquellos participantes que en el IRIS contestaron de forma afirmativa a cualquiera de los dos reactivos críticos relacionados con ideación/planeación suicida, además de presentar una o más áreas del instrumento elevadas (con un puntaje T mayor o igual a 60).
- ❖ Participantes con riesgo bajo: todos aquellos participantes que presentaron una o dos áreas elevadas (con un puntaje T mayor o igual a 60) relacionadas con Desesperanza y Depresión o Circunstancias protectoras.

#### *Técnica o instrumento:*

Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS, Hernández y Lucio, 2003).

#### Variables independientes:

- Puntuaciones obtenidas en el IRIS, como indicador principal de riesgo suicida.
- Puntuaciones obtenidas en el EBIS, como indicador confirmatorio de ideación suicida, que se define como el grado de extremidad o severidad de la ideación suicida evaluada por el EBIS y que puede ir desde 0 hasta 38 puntos.

- Puntuaciones obtenidas en la Subescala de Ideación Suicida (en investigación) del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A), como indicador confirmatorio de riesgo suicida. Operacionalmente, definimos a la calificación de la subescala como las respuestas del MMPI-A que se obtienen a través del puntaje T, el cual reporta características específicas de la misma.

Tipo de muestreo:

No probabilística.



**Fase II: Determinación del perfil psicológico de los adolescentes estudiantes en riesgo de suicidio:**

Objetivo específicos:

- a) Caracterizar y analizar las frecuencias en las escalas del MMPI-A, con relación a los adolescentes que se detectaron en riesgo en la fase I.

Tipo de estudio:

Descriptivo.

Diseño:

Transversal y *expost-facto*.

Escenario:

Secundaria Pública de la Delegación Benito Juárez.

Participantes:

La muestra se obtuvo de una escuela secundaria pública, turno matutino, ubicada en la zona Suroeste de la Ciudad de México.

La submuestra analizada en esta segunda fase de la tesis estuvo conformada de la siguiente manera: por 35 participantes, 14 hombres (40%) y 21 mujeres (60%). En cuanto a la edad, el 57.1% tuvo 13 años, el 40% 14 y el 2.9% 15 años. La media de edad fue de 13.46 años.

El resto de la muestra a la que se le aplicó el MMPI-A estuvo conformada por 186 participantess de los cuales seis perfiles fueron invalidados de acuerdo con los criterios establecidos en el manual de la prueba (Lucio, Ampudia & Durán, 1998). Los análisis comparativos de la muestra con riesgo se realizaron con una muestra de 180 participantes sin riesgo que estuvo constituida de la siguiente manera: el 51.7% fueron hombres y el 48.3% fueron mujeres. El 47.8% de la muestra sin riesgo estuvo conformada por participantess de 13 años, el 43.9% por participantess de 14 años y el 8.3% por

participantes de 15 años. La media de edad fue de 13.62 años. De la submuestra, el 27.22% fueron hombres de 13 años y el 20.5% mujeres de la misma edad. El 18.33% fueron hombres de 14 años y el 25.55% fueron mujeres de la misma edad. El 6.11% se conformó por hombres de 15 años y el 2.22% por mujeres de la misma edad.

Variables:

*Variables demográficas:*

Edad y sexo.

*Variable dependiente:*

Riesgo suicida.

- **DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** el riesgo suicida se define como la presencia y frecuencia en los últimos seis meses de factores de riesgo específicos, tales como la ideación suicida o intentos/intención previos de suicidio, signos de alerta, inconformidad o desajuste psicosocial, además de la ocurrencia e impacto de eventos de vida adversos en los últimos seis meses. En este sentido, el riesgo suicida es alto si encontramos intento de suicidio previo, es medio si existe ideación suicida y es bajo si se presentan los factores de riesgo asociados al suicidio.
  
- d) Intento(s) previo(s) de suicidio. Consiste en una conducta auto-lesiva potencialmente hablando, cuyo desenlace no fatal no resta evidencia –explícita o implícita- de que la persona pretendía matarse. Puede o no resultar en lesiones. (O'Carroll, 1996).
- e) Intensidad/frecuencia de la ideación suicida. La ideación suicida se define conceptualmente como aquella serie de ideas o pensamientos que tiene la persona acerca de la propia muerte (Medina-Mora, 1990).
- f) Factores de riesgo asociados.

- **DEFINICIÓN OPERACIONAL:** puntuación T mayor o igual a 60 en las escalas (una o más) de tamizaje. Para realizar la clasificación de los participantes se implementó la categorización establecida en la fase anterior.

- **Indicador:**

Según los criterios establecidos en la primera fase.

- **Técnica o instrumento:**

Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS, Hernández & Lucio, 2003).

*Variables independientes:*

Respuestas al Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A).

- **DEFINICIÓN OPERACIONAL:** las respuestas del MMPI-A que se obtienen a través de los puntajes T, los cuales reportan características específicas de las escalas. Tomando en cuenta sobre todo aquellas que se relacionan en mayor grado con el intento de suicidio tenemos, por ejemplo a las escalas de hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, psicastenia, esquizofrenia, ansiedad, depresión, enajenación, enojo, baja autoestima, problemas familiares, problemas escolares, alcoholismo de MacAndrew, inmadurez y represión (Loza Canales, 1998).

Población objetivo:

Población estudiantil detectada en riesgo de la secundaria pública.

Tipo de muestreo:

No probabilística intencional de los alumnos de segundo y tercer año de secundaria.

### ***Instrumentos y/o materiales:***

- Inventario de riesgo suicida (Hernández y Lucio, 2003).
  - Escala de Ideación Suicida de Beck (Artasánchez, 1999).
  - Subescala de Ideación Suicida del MMPI-A (Loza Canales, 1998).
  - Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes, versión en español (Lucio, Ampudia y Durán, 1998).
- a) Cuadernillos de aplicación de los instrumentos psicológicos empleados:
- Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes IRIS.
  - Inventario Multifásico de la Personalidad para Adolescentes MMPI-A.
  - Inventario de Beck sobre Ideación Suicida.
- b) Hojas de respuestas para lectora óptica de todos los instrumentos.
- c) Lápices del número dos o dos y medio.
- d) Perfiles de personalidad del MMPI-A
- e) Programa de análisis estadístico SPSS v.11.

### **I. Inventario de Riesgo Suicida (IRIS):**

El instrumento de riesgo suicida supone que el adolescente desarrolla un sistema de creencias que puede evaluarse mediante una indagación sistemática (King & Kowalchuk, 1994; Shaffer, 2000). Dicho sistema lleva al adolescente a considerar opciones suicidas en lugar de otras de tipo adaptativo. La evaluación del grado en que el adolescente ha pensado en algún método y circunstancias para morir puede predecir de manera más consistente la fatalidad del intento suicida (C.D.C., 1992; Martín et al, 1997).

El IRIS fue diseñado para identificar adolescentes que se encuentren en riesgo alto, medio o bajo de comportamiento suicida (Kirk, 1994; Brent & Moritz, 1996) así como para conocer si el joven ha recibido, considera o le gustaría recibir algún tipo de atención.

### Primera versión del IRIS:

El IRIS, en su primera versión, se compuso de dos partes con un total de 75 reactivos. La primera parte estuvo constituida por una escala tipo Likert compuesta por 40 reactivos que indagan sobre cuatro áreas de la vida del adolescente (en los últimos doce meses). La segunda parte se constituyó como una escala dicotómica (Si/No) con 35 reactivos que examinaban:

- a) La actitud experiencias del adolescente en el campo de las relaciones interpersonales.
- b) Sobre el conocimiento y/o experiencia del adolescente alrededor de la conducta suicida.
- c) Las creencias y/o sentimientos que posee en torno a su propia existencia en los últimos seis meses y los antecedentes de ayuda o atención.

La primera versión se obtuvo como resultado de un análisis derivado de una muestra compuesta por 341 adolescentes estudiantes de secundaria del Distrito Federal y preparatoria de la Ciudad de Morelia. El rango de edad fue de 13-18 años con una media de 14.5 años. Para el análisis de componentes principales se empleó una rotación Varimax con normalización Kaiser para cada una de las secciones del instrumento. Para el análisis de consistencia interna y confiabilidad de cada parte del instrumento se calcularon alfa de Cronbach considerando un intervalo de confianza del 99%.

El análisis factorial para la primera parte del instrumento arrojó nueve componentes que explicaron el 55.4% de la varianza, en contraste con los siete planteados teóricamente. De la misma manera, en la segunda parte aparecieron tres componentes que dan cuenta del 60.4% del total de la varianza, a diferencia de los seis planteados teóricamente. Respecto a los valores alfa de Cronbach, la primera parte (40 reactivos) exhibió un valor de 0.72 mientras que la segunda presentó un valor de 0.78 (35 reactivos).

### Segunda versión del IRIS:

La segunda versión del IRIS es producto de las correcciones arrojadas por los resultados del análisis factorial de la primera versión. Surgió por la necesidad de realizar una serie de modificaciones que implicaron la reducción del número de reactivos (ahora en total 50) así como del formato de respuesta, en el que todos los ítems fueran contestados a través de una escala tipo Likert, que señala la frecuencia de las conductas explícitas, durante los últimos seis meses. De esta forma, el instrumento quedó construido como una sola prueba con formato homogéneo y con 25 reactivos menos.

El análisis factorial arrojó las siguientes áreas, que se consideran las más importantes para explicar el riesgo suicida:

- Factor 1: Ideación e intención suicida. Contempla 10 reactivos:
  - 49. He planeado mi propia muerte \*.
  - 50. He intentado quitarme la vida \*.
  - 25. He pensado en suicidarme <sup>7\*</sup>.
  - 32. Creo o siento que mi muerte podría ser una solución a los problemas en mi vida.
  - 11. He deseado estar muerto (a).
  - 27. Conozco o tengo un lugar donde me gustaría morir.
  - 12. Quisiera irme de este mundo.
  - 16. He creído o sentido que mi existencia es horrible, odiosa.
  - 44. Desearía no haber nacido.
  - 8. Creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo.
  
- Factor 2: Desesperanza y depresión. Incluye los siguientes ocho reactivos:
  - 40. Me siento confundido (a) respecto a...
  - 38. Me cuesta trabajo concentrarme.
  - 43. Me he sentido desilusionado (a) de la vida.
  - 20. Me siento triste.
  - 30. Creo o siento que la gente a mi alrededor estaría mejor sin mí.
  - 23. Me siento enojado (a) y/o frustrado (a).

---

<sup>7</sup> \* Reactivos considerados críticos en la detección del riesgo suicida.

3. Creo o siento que soy un fracaso.

47. He pensado en desquitarme o vengarme por lo que me sucede.

• Factor 3: Ausencia de circunstancias protectoras. Incluye los siguientes seis reactivos:

7. Me han tomado en serio.

1. Mi familia conoce y comprende mis intereses, ideas y sentimientos.

31. Se preocupan por mí.

9. Me he sentido lleno (a) de energía.

3. En mi vida ha habido buenos momentos.

4. Me he sentido satisfecho (a) con mi vida.

## II. Escala de Ideación Suicida de Beck (EBIS):

En 1979 y ante la imperiosa necesidad de desarrollar pruebas psicológicas que pudieran identificar a aquellos sujetos que presentaban riesgo suicida de aquellos que no lo presentaban, Beck y Kovac desarrollaron el Inventario de Ideación Suicida. Como variables de criterio de inclusión de los sujetos suicidas, contemplaron el intento suicida y la ideación suicida. Beck y cols. consideran que los sujetos con ideación suicida "tienen planes y deseos de suicidarse, pero no han tenido un intento de suicidio abierto y reciente" (Beck et al., 1975). Puesto que la ideación suicida generalmente precede al intento suicida, los autores consideraron apropiado enfocar su instrumento a la intensidad, duración y características de la ideación para así poder predecir el riesgo suicida posterior.

La escala fue específicamente diseñada para cuantificar las facetas relevantes del intento suicida en sujetos con ideación suicida, poniendo especial énfasis en las variables psicológicas, como la naturaleza del deseo suicida (Beck, et al., 1979). El EBIS (por sus siglas en español—Escala de Beck de Ideación Suicida) explora diversas dimensiones de los pensamientos o deseos auto-destructivos, incluyendo las amenazas suicidas, expresadas abiertamente a través de la conducta del sujeto o verbalizadas a otros. Los reactivos de esta escala fueron derivados de observaciones clínicas sistemáticas y de

entrevistas con pacientes suicidas; se obtuvo entonces una lista de preocupaciones, deseos, pensamientos y patrones de conducta suicida, de las que fueron seleccionadas aquellas que se presentaban con mayor frecuencia. La escala original consistió en 19 reactivos, cada uno con tres afirmaciones alternativas, graduadas de una intensidad que varía de 0 a 2 para su calificación. La calificación total se obtiene a través de una suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem y el rango de puntuación oscila entre el 0 y el 38.

Los ítems miden los siguientes aspectos:

- La magnitud de los pensamientos suicidas, así como sus características y la actitud del paciente hacia ellos.
- La magnitud del deseo de morir.
- El deseo actual de cometer un intento suicida y detalles de los planes del intento, en caso de existir.
- Fuerzas internas disuasivas que pudieran impedir un intento suicida.
- Sentimientos subjetivos sobre el control o valor de cometer el intento suicida, una vez contemplado.

Las adaptaciones al castellano la presentan dividida en varias secciones que recogen una serie de características relativas a:

- Actitud hacia la vida / muerte.
- Pensamientos o deseos suicidas.
- Proyecto de intento de suicidio.
- Realización del intento proyectado.

Hay dos formas de aplicar la escala, una referida al momento presente y otra referida al peor momento de la vida del paciente, es decir, al momento de mayor crisis, que puede coincidir con el actual o ser un acontecimiento ya pasado; en este último caso, la entrevista debe ser retrospectiva.



La Escala de Beck de Ideación suicida demostró ser una prueba válida y confiable. La consistencia interna estuvo determinada en una muestra de 90 pacientes, hospitalizados por presentar rumiaciones auto-destructivas. La medida de confiabilidad se obtuvo a través de dos métodos. Primero, por un análisis de los reactivos que mostró que cada ítem se encontraba correlacionado positivamente con la puntuación total de la escala, y 16 de los 19 coeficientes fueron significativos. El segundo método de evaluación de la consistencia interna, consistió en la determinación del coeficiente alfa, que alcanzó un índice del 0.89.

La validez concurrente del EBIS se obtuvo a través de su correlación con otras pruebas que también medían ideación suicida o riesgo suicida, como las evaluaciones clínicas y pruebas psicológicas y la escala constituida por los reactivos de "daño autoinflingido" del Inventario de Depresión de Beck. La validez discriminativa y de constructo, fueron igualmente establecidas. El instrumento discriminó entre 90 pacientes hospitalizados por ideación suicida ( $M=9.43$ ,  $SD=8.44$ ) y 50 pacientes externos que solicitaron tratamiento psiquiátrico por depresión ( $M=4.42$ ,  $SD=5.77$ ). Beck y cols. argumentaron la existencia de tres factores principales, existentes en su test: "deseo activo del suicidio" (que engloba la actitud hacia morir y vivir, así como las características formales de la ideación suicida), "preparación" (referente a la formulación actual del intento suicida contemplado) y por último, "deseo pasivo del suicidio" (que comprende la evitación pasiva de las situaciones para salvar la vida).

Aunque el instrumento original estuvo diseñado para ser aplicado por clínicos entrenados, a través de un formato de entrevista semiestructurada que podría indicar la necesidad de un mayor escrutinio clínico, en 1988, Beck y cols. plantearon la necesidad de modificar la primera versión del EBIS, de tal forma que los ítems contemplaran otros aspectos de la ideación suicida (como hablar o escribir acerca de la muerte), que el instrumento original había dejado de lado (Beck A. T., Steer R. A. & Ranieri W. F., 1988). La versión auto-aplicable surgió además como respuesta a la necesidad de que otras personas, además de los clínicos profesionales, pudieran aplicarla.

La versión auto-aplicable de la escala de ideación suicida de Beck resultó un instrumento confiable y válido, que identifica de manera rápida cogniciones auto-

destruictivas en pacientes psiquiátricos. Está constituida por 21 grupos de afirmaciones, cada uno conformado a su vez por tres oraciones, que corresponden, en orden ascendente, a una mayor severidad de ideación suicida. En México, se han realizado algunos estudios empleando al EBIS. En 1998, se aplicó la escala de EBIS a 1,094 pacientes adultos con diferentes niveles de atención en un hospital general: consulta externa, urgencias y hospitalización. La consistencia interna del EBIS fue de 0.93 y los factores de riesgo destacados con relación a la ideación fueron: ser mujer, estar divorciado o separado, presentar un patrón de consumo de alcohol consuetudinario y presentar desesperanza (Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges, 1998).

*Descripción de los ítems:*

Los primeros cinco grupos de oraciones están diseñados para valorar las actitudes del paciente hacia la vida o la muerte, pero específicamente, el cuarto y el quinto se enfocan a medir la presencia o ausencia de ideación suicida. Los siguientes catorce grupos de reactivos recogen información acerca de los planes de intento suicida y las actitudes a éste (en caso de existir). Según Artasánchez (1999) estas primeras 19 afirmaciones miden las siguientes facetas de la ideación suicida:

**Tabla 4.1 REACTIVOS Y CONTENIDO DE LOS REACTIVOS DEL EBIS**

<b>Número de reactivo</b>	<b>Faceta medida</b>
1.	Deseo de vivir
2.	Deseo de morir
3.	Razones para vivir o morir
4.	Intento suicida activo (deseo de suicidarse)
5.	Intento suicida pasivo: acciones que se tomarían en caso de estar entre la vida y la muerte.
6.	Duración de los pensamientos suicidas
7.	Frecuencia de la ideación
8.	Actitud hacia la ideación (grado de aceptación o rechazo ante la idea de

	suicidarse).
9.	Control sobre la acción suicida (grado de control para evitar suicidarse)
10.	Disuasivos del intento (nivel de preocupación que tiene el sujeto, por las diferentes razones para no suicidarse).
11.	Razones para el intento
12.	Avances de la planeación
13.	Disponibilidad del método (nivel de accesibilidad al método de suicidio y oportunidad para llevarlo a cabo)
14.	Capacidad de completar el intento suicida: grado de habilidad y valor para cometer el suicidio.
15.	Expectativas de realizar el intento real: qué tanto considera que en efecto va a suicidarse.
16.	Avances de los preparativos
17.	Nota suicida: presencia o ausencia de una nota suicida, escrita por el sujeto.
18.	Actos finales: arreglos encaminados a lo que pudiera acontecer una vez que el sujeto se ha suicidado.
19.	Ocultación y mentira: qué tanto el sujeto ha evidenciado u ocultado sus intenciones suicidas.
20. y 21.	Número de intentos previos de suicidio y severidad de la intención en el último intento. <i>Nota:</i> No se emplean para calcular la calificación final.

**Instrucciones:**

Se le pide al sujeto que lea atentamente los grupos de oraciones y que elija una de las afirmaciones de cada grupo, aquella que mejor describa la manera en cómo se ha sentido en la última semana, incluyendo el día de la aplicación, y que marque con una cruz su elección en la misma hoja, en el círculo vacío que se encuentra a la izquierda de la oración escogida.

**Calificación:**

Puesto que no se han encontrado puntos de corte específicos, validados por la evidencia empírica, se considera que la severidad de la ideación suicida, calculada los puntos de los primeros 19 grupos, se incrementa a medida que las puntuaciones van en ascenso.

#### *Confiabilidad y validez:*

La validez concurrente de la versión auto-aplicable se demostró con índices de correlación mayores al .90 entre el cuestionario auto-aplicable, y el aplicado por el clínico, tanto para pacientes internos como externos al hospital donde fue realizado el estudio (105 en total). Se correlacionó además la versión auto-aplicable, con las escalas de Desesperanza de Beck, el Inventario de Depresión de Beck, así como con los intentos suicidas previos, lo que demostró la validez de constructo del instrumento. El coeficiente del alfa de Cronbach fue de 0.96, lo que sugiere una consistencia interna alta.

#### *Limitaciones:*

El mismo Beck refiere algunas observaciones acerca de las limitaciones de su escala (cit. en Artasánchez). Dado que los sujetos con ideación suicida tienden a ocultar deliberadamente sus verdaderas intenciones y distorsionar sus respuestas, no se recomienda al EBIS como una única prueba de diagnóstico. La prueba no cuenta con mecanismos adecuados para detectar mentiras o inconsistencias y por tanto no es un reemplazo de la evaluación clínica profesional.

#### El EBIS en adolescentes:

En 1993, Steer y cols. llevaron a cabo un estudio para determinar si la desesperanza estaba relacionada con la ideación suicida en adolescentes de entre 12 y 18 años, cuando la variable depresión estaba controlada, empleando el Inventario de Depresión de Beck, así como la Escala de Desesperanza de Beck y la Escala de Ideación Suicida de Beck. El patrón general de sus resultados indicó que, a pesar de que el instrumento de Ideación Suicida fue originalmente desarrollado para su uso en adultos, es útil para medir la ideación suicida en adolescentes psiquiátricos. Su coeficiente de consistencia fue de .95 y todas las correlaciones entre sus reactivos fueron significativas. La prevalencia de los

ideadores suicidas adolescentes fue comparable con la tasa descrita por Beck y Steer (1991) para los adultos.

En otro estudio, empleando únicamente los primeros 11 reactivos del EBIS, con 131 estudiantes con 14 y hasta 19 años de edad en Estados Unidos, se intentó evaluar y encontrar la relación entre la depresión, la autoestima, la ideación suicida, la ansiedad de morir y el rendimiento escolar de dichos adolescentes. Brubeck, Dan y Beer (1992) encontraron que los estudiantes con mayores diferencias significativas en ideación suicida, tenían un rendimiento escolar bajo.

En 1999, Artasánchez validó la versión en español del EBIS en una población comprendida entre 15 y 45 años de edad. Por otra parte, González Macip (2000) evaluó la consistencia interna del EBIS en una muestra de estudiantes universitarios de entre 17 y 25 años de edad, asistentes a un servicio de Atención del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM. El estudio concluye que "la Escala de Ideación Suicida de Beck (1979) demostró ser un instrumento adecuado para detectar la problemática suicida en esta población". La consistencia interna de la prueba fue de .84.

### **III. Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A):**

El MMPI-A es la versión para adolescentes del MMPI-2, publicada por vez primera en 1992 en Estados Unidos. Fue elaborado especialmente con el propósito de evaluar a los adolescentes. Aunque el MMPI-2 se había utilizado en la evaluación de los adolescentes, se detectaron algunos problemas para valorar correctamente a este grupo de edad a través del Inventario, lo que provocó que se decidiera elaborar una versión aparte. El MMPI-A tiene como propósito principal la medición de rasgos de personalidad del sujeto evaluado, cuya calificación se compara con otros sujetos de características similares. A pesar de que su propósito principal es la exploración de áreas de la personalidad, el MMPI-A permite también evaluar otras áreas de interés y diversas en el adolescente,

como problemas escolares, familiares, con el alcohol o las drogas y el suicidio. La versión original para adolescentes, adaptada del MMPI, fue publicada en 1992 por Butcher y cols. e incluye tres tipos de escalas: básicas, de contenido y suplementarias, todas ellas validadas y confiabilizadas.

La versión mexicana del instrumento incluyó la traducción, adaptación, re-traducción y estandarización en población adolescente mexicana (Lucio, Ampudia y Durán, 1998). Diversos estudios han demostrado su amplia validez y confiabilidad. Los procedimientos de validación incluyeron la aplicación y análisis de las muestras clínica y normal. Así, se obtuvieron la validez concurrente y el nivel de discriminación del instrumento, además de la validez de criterio, mostrando que el instrumento es capaz de discriminar entre participantes normales y clínicos (individuos que asistían a servicios psiquiátricos y de salud mental). La confiabilidad test-retest demostró para la población masculina un coeficiente de consistencia interna de entre .53 y .82, y para las mujeres, entre .53 y .87. Una vez obtenidas las normas y puntuaciones T lineales y uniformes de los sujetos mexicanos, se diseñaron perfiles especiales para la población mexicana.

El MMPI-A tiene dos funciones principales en el ámbito de la evaluación objetiva: poder describir el nivel general del funcionamiento del adolescentes y aportar al clínico un criterio confiable de evaluación de los cambios en la psicopatología del adolescente, a lo largo del tiempo.

La versión final del MMPI-A consta de 478 reactivos de autodescripción, ante los cuales el sujeto contesta verdadero o falso. El inventario se compone de 39 escalas, clasificadas en cuatro modalidades: Escalas de Validez, Escalas Clínicas, Escalas Suplementarias y de Contenido, aunque la administración de los primeros 350 reactivos permite ponderar las escalas de validez L, F y K, así como las escalas clínicas. Los últimos 128 reactivos son contestados principalmente para evaluar las escalas de contenido y suplementarias (Butcher y Williams, 1992). La validez de la prueba está asegurada también por la respuesta correcta (es decir que los ítems hayan sido adecuadamente leídos y comprendidos) de al menos el 80% de los reactivos de la prueba.

El inventario está dirigido a evaluar psicopatología en el adolescente de entre 14 y 18 años de edad, aunque puede aplicarse desde los 13 si el nivel de comprensión del sujeto es el adecuado y con las normas apropiadas para dicha edad. Puede aplicarse de manera individual o colectiva y dada la longitud del instrumento, el adolescente que lo responde necesita generalmente ser acertadamente motivado, ya sea a través del establecimiento de un rapport adecuado antes de la prueba, de la exposición clara de los propósitos del inventario o de la aclaración de la posible retroalimentación futura que el sujeto habrá de recibir, al momento de serle entregados sus resultados.

La calificación del inventario puede realizarse manualmente (a través del uso de plantillas) o bien procesarse mediante un programa de computadora con lector óptico. Las puntuaciones crudas son transformadas en valores o puntuaciones T en cada escala, para poder ubicar al sujeto en una posición comparativa con el resto de la norma. Se considera que el puntaje es patológico cuando T es mayor o igual a 65.

Tabla 4.2 **PERFILES OBTENIDOS EN EL MMPI-A**

<b>ESCALAS DE VALIDEZ</b>	<b>NÚMERO DE REACTIVOS</b>
? "No podría decir"	
L Mentira	14
F (F1 y F2) Infrecuencia	66
K Corrección	30
INVAR. (Inconsistencia de las respuestas variables)	
INVER (inconsistencia de las respuestas verdaderas)	

<b>ESCALAS CLÍNICAS</b>	<b>NÚMERO DE REACTIVOS</b>
1 Hs Hipocondriasis	32
2 D Depresión	57
3 Hi Histeria Conversiva	60

4 Dp Desviación Psicopática	49
5 Mf Masculinidad-Femineidad	44
6 Pa Paranoia	40
7 Pt Psicastenia	48
8 Es Esquizofrenia	77
9 Ma Hipomanía	46
0 Is Introversión social	62

<b>ESCALAS DE CONTENIDO</b>	<b>NÚMERO DE REACTIVOS</b>
ANS-A Ansiedad de Adolescentes	21
OBS-A Obsesividad de Adolescentes	15
DEP-A Depresión Adolescentes	26
SAU-A Preocupación por la salud de Adolescentes	37
ENA-A Enajenación de Adolescentes	20
DEL-A Pensamiento Delirante de Adolescentes	19
ENJ-A Enojo de Adolescentes	17
CIN-A Cinismo de Adolescentes	22
PCO-A Problemas de conducta de Adolescentes	23
BAE-A Baja autoestima de Adolescentes	18
ASL-A Aspiraciones limitadas de Adolescentes	16
ISO-A Incomodidad en situaciones sociales de Adolescentes	24
FAM-A Problemas familiares de Adolescentes	35
ESC-A Problemas escolares de Adolescentes	20
RTR-A Rechazo al tratamiento de	26



Adolescentes	
--------------	--

ESCALAS SUPLEMENTARIAS	NÚMERO DE REACTIVOS
Mac-A Alcoholismo de MacAndrew revisada	49
RPAD Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas	34
TPAD Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas	36
INM-A Inmadurez	43
A-A Ansiedad	35
R-A Represión	33

**Descripción de los contenidos de algunas áreas significativas, relacionadas con el suicidio:**

- a) *Depresión*: describe una insatisfacción general con la propia vida, incluyendo desesperanza, autoestima pobre y falta de motivación.
- b) *Histeria*: identifica a individuos que presentan reacciones histéricas ante situaciones estresantes, incluyendo quejas somáticas, concentración en sí mismo y relaciones superficiales.
- c) *Desviación psicopática*: se relaciona con un pobre control de impulsos, agresión, problemas de conducta y de desadaptación en la escuela.
- d) *Masculinidad-feminidad*: establece una medida bipolar del rol tradicional de género, es decir, de identificación con su sexo.

e) *Paranoia*: describe patrones de conducta como dependencia, suspicacia, sentimientos de culpa, distracción y retraimiento.

f) *Psicasteria*: identifica a sujetos con altos niveles de tensión y ansiedad así como conductas obsesivo-compulsivas y sentimientos de inadecuación.

g) *Esquizofrenia*: se relaciona con el aislamiento social, los trastornos del afecto y de la conducta así como las dificultades interpersonales y escolares.

h) *Enajenación*: las puntuaciones altas indican que el adolescente se encuentra distanciado emocionalmente de los demás, que siente que nadie se preocupa por él o lo entiende.

i) *Enojo*: identifica sentimientos de ira e irritabilidad.

j) *Alcoholismo de Mac-Andrew*: se relaciona con un tipo de personalidad extrovertida y propensa a las conductas de alto riesgo.

k) *Inmadurez*: describe la estructura interna, el grado de fragilidad o fortaleza del adolescente así como de los recursos que posee.

l) *Represión*: identifica a los adolescentes que se sienten sometidos por los demás y que actúan conforme a la voluntad de los otros.

#### **Subescala de Ideación Suicida del MMPI-A:**

Loza Canales propuso, en su tesis sobre *Factores de personalidad y sucesos de vida estresantes en adolescentes con intento de suicidio* (1998), una Subescala de Ideación Suicida del MMPI-A, basada en la Subescala original del MMPI-2, a la que se agregó una serie de reactivos que tienen relación con la conducta suicida, provenientes del MMPI-A. La Subescala de Ideación Suicida quedó constituida por 22 reactivos que se presentan a continuación:

Tabla 4.3 Reactivos de la Subescala de Ideación Suicida del MMPI-A

No. DE REACTIVO	CONTENIDO
* 9	Mi vida está llena de cosas que mantienen mi interés. <i>Falso</i>
* 35	He tenido periodos de días, semanas o meses, en los que no podía hacer nada porque no tenía la energía suficiente para empezar. <i>Verdadero</i>
* 62	La mayor parte del tiempo me siento triste. <i>Verdadero</i>
* 68	En la actualidad me es difícil no perder la esperanza de llegar a ser alguien. <i>Verdadero</i>
* 71	Generalmente siento que la vida vale la pena. <i>Falso</i> .
81	A veces siento un fuerte impulso de hacer algo dañino y escandaloso. <i>Verdadero</i> .
* 88	No parece importarme lo que me pase. <i>Verdadero</i> .
* 91	Casi siempre soy feliz. <i>Falso</i> .
* 124	Definitivamente a veces me siento un inútil. <i>Verdadero</i> .
* 139	Lloro fácilmente. <i>Verdadero</i> .
177	Algunas veces pienso en matarme. <i>Verdadero</i> .
203	Me preocupo mucho. <i>Verdadero</i> .
* 218	Se me dificulta comenzar a hacer las cosas. <i>Verdadero</i> .
* 242	A nadie le importa mucho lo que le suceda a uno. <i>Verdadero</i> .
* 255	A menudo la vida me resulta difícil. <i>Verdadero</i> .
* 283	La mayor parte del tiempo desearía estar muerto. <i>Verdadero</i> .
318	Algunas veces he sentido que las dificultades se acumulan de tal modo que no puedo superarlas. <i>Verdadero</i> .
* 360	Rara vez me siento deprimido. <i>Falso</i> .
365	Cuando las cosas van mal, sé que puedo contar con la ayuda de mi familia. <i>Falso</i> .

372	Con frecuencia aún cuando todo vaya bien, siento que nada me importa. <i>Verdadero.</i>
* 379	A veces pienso que no sirvo para nada. <i>Verdadero.</i>
* 399	Me parece tener un porvenir sin esperanzas. <i>Verdadero.</i>

- Pertenecen a la subescala de ideación suicida del MMPI-2.

Esta subescala incluye todos los reactivos críticos propuestos por Forbey & Porath (1998) en su análisis sobre reactivos críticos del MMPI-A, en este caso pertenecientes a su subescala de Depresión e Ideación Suicida. Los reactivos de la subescala de Forbey & Porath se señalan en el cuadro con el subrayado gris.

#### **Consideraciones éticas:**

Aquellas señaladas por el Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (2003) para la investigación realizada con sujetos humanos, como el derecho a la confidencialidad y la libertad de participación, entre otros.

#### **Criterios de inclusión:**

- Tener entre 12 y 15 años de edad, de cualquier sexo. Aunque el inicio de la etapa adolescentes está marcada a los 13 años cumplidos (Lucio y cols. 2001), se decidió incluir a la muestra de 12 años pues sus respuestas a los instrumentos fueron en general consistentes y por lo tanto válidas.

#### **Criterios de exclusión:**

- No completar la evaluación, es decir, serán excluidos aquellos participantes que dejen incompleta la hoja de respuestas con respecto a uno, dos o tres de los instrumentos, o cuyas hojas de respuesta contengan marcas confusas o ilegibles.
  - a) Para el IRIS: dejar sin contestar cinco o más reactivos (el 10% del total).
  - b) Para el MMPI-A:

- ❖ Registro de "no puedo decir": es el número total de reactivos que la persona no contestó o que indicó como cierto y falso a la vez y que no debe exceder los 30 reactivos.
- ❖ Registro de F mayor de 25 en puntaje natural.
- c) Para el EBIS: dejar sin contestar 3 o más reactivos.

### ***Procedimiento:***

Uno de los primeros pasos en esta investigación fue, una vez delimitado el tema, obtener los tres instrumentos que se iban a implementar para la evaluación. El IRIS se presenta en su versión modificada y con veinticinco reactivos menos, comparada con su versión original.

Para elegir el resto de los instrumentos, se recurrió a una búsqueda bibliográfica exhaustiva que incluyó revistas, tesis y fuentes electrónicas, todo ello con el propósito de encontrar los antecedentes de estudios realizados tanto internacional como nacionalmente, para así evaluar adecuadamente que las variables de interés en el presente estudio pudieran ser medidas a través de los mismos. Finalizada la ponderación teórica, la validez y la confiabilidad de las pruebas, se eligieron los dos instrumentos restantes.

Previo consentimiento de las autoridades escolares, que se consiguió a través de dos entrevistas y una carta compromiso emitida por la Facultad de Psicología, se procedió a determinar la distribución de la aplicación de los instrumentos. Los instrumentos IRIS y el Beck se aplicaron a todos los alumnos de la escuela (cinco grupos de primero, cinco grupos de segundo y cinco grupos de tercero de secundaria) para la detección del riesgo suicida. Por sorteo, se seleccionaron los grupos a los que se les aplicó el MMPI-A (tres grupos de tercero de secundaria y tres grupos de segundo de secundaria) que cumplían con el requisito de edad necesario.

Una vez determinados los grupos a evaluar con cada una de las pruebas, se organizaron las sesiones de aplicación de los instrumentos psicológicos con el orientador

escolar. A los participantes se les planteó su inclusión voluntaria en el estudio y se les explicó tanto el propósito como la duración de la evaluación. Se llevaron a cabo las aplicaciones de los distintos instrumentos psicológicos en forma colectiva con dos o tres personas de apoyo (prestadores del servicio social de la carrera de Psicología y psicólogos entrenados en el empleo de las pruebas a aplicar). Las aplicaciones se realizaron en los salones de clases en fechas y horarios acordados con los directores y profesores del colegio. La aplicación se programó para ser concluida en un periodo de tres semanas.

La aplicación del instrumento de tamizaje junto con el Beck tuvo una duración aproximada de 25 minutos, mientras que la del MMPI-A se extendió a una hora y media aproximadamente. Se asistió a la escuela de lunes a viernes durante tres semanas. En general, se completó la aplicación de los instrumentos por grupo en una sola sesión.

Las pruebas fueron calificadas mediante la lectora óptica. Se detectaron los casos con puntuaciones elevadas a través del principal instrumento evaluador, es decir, el IRIS. Para obtener ciertos parámetros con los que correlacionar las tres áreas significativas del IRIS, se realizó un análisis factorial del EBIS. Dichos factores fueron correlacionados con las áreas descriptivas del IRIS y con la subescala de Ideación del MMPI-A. Se llevaron a cabo las correlaciones correspondientes entre el IRIS y el EBIS y la subescala de ideación del MMPI-A, para así obtener la validez concurrente del instrumento de tamizaje implementado. También se realizaron las correlaciones por reactivos. Una vez concluida esta primera fase de análisis de los datos, se procedió a categorizar a los participantes detectados en riesgo en tres tipos: riesgo alto, riesgo medio y riesgo bajo. Finalmente se obtuvieron los perfiles de personalidad del MMPI-A de aquellos participantes detectados en riesgo a través de las escalas de validez, clínicas, de contenido y suplementarias. Todos los procedimientos estadísticos fueron realizados con el programa SPSS v.11.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el presente estudio, exponiendo primero el análisis factorial realizado para el EBIS, las correlaciones obtenidas reactivo-reactivo y área-área entre los instrumentos, continuando con la detección propiamente dicha de los adolescentes en riesgo y finalizando con la distinción de su perfil psicológico.

Inicialmente se efectuó un análisis descriptivo de los datos para así conocer las características generales de la muestra. El análisis estadístico de mismos se realizó en computadora, con el paquete SPSS v.11. Puesto que los estudios realizados con el EBIS en su versión autoaplicable y para población adolescente mexicana son escasos, lo que representa que no existen puntos de corte claros de identificación de los participantes que tienen riesgo suicida, se realizó un análisis factorial que por el método de extracción de los principales componentes por rotación Varimax y después de excluir el reactivo no. 7 (dada su baja correlación con el resto de las afirmaciones), arrojó tres componentes: deseo de vida/ muerte, planeación e intencionalidad suicida y razones (motivación) de vida/ muerte. El factor I de "Planeación e intencionalidad suicida" quedó conformado por siete reactivos, mientras que el factor II de "Deseo de vida/muerte" quedó integrado por cinco y el tercero, de "Motivación de vida/muerte" conjuntó seis reactivos. Dada la distribución de la muestra del presente estudio, se obtuvieron las medias y desviaciones estándar de cada una de las áreas o factores, comprobándose a través de una prueba T, que no existían diferencias entre las respuestas de hombres y mujeres, para finalmente establecer las puntuaciones z y las puntuaciones T para cada una de las áreas.

En los análisis de consistencia interna, el análisis de los reactivos mostró que cada uno tenía una correlación positiva con la escala total y que 18 de los 19 coeficientes fueron significativos. A través del método de evaluación de consistencia interna a través del coeficiente de alfa, KR-20, se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de .92 para toda la prueba y de .86 para el primer factor, .86 para el segundo factor y .83 para el tercer factor. El EBIS se mostró como una prueba confiable estadísticamente hablando.

Las dos siguientes tablas presentan dichos resultados. La primera de ella (5.1) muestra el análisis factorial del EBIS. Los datos obtenidos de los 551 participantes (cuatro

fueron excluidos por haber dejado sin contestar más del 10% del instrumento) fueron sometidos a un análisis factorial. La correlación de los coeficientes producto-momento fue calculada y la matriz de correlación fue sometida al análisis de componentes principales, con un análisis con rotación varimax con normalización de Kaiser. La segunda (5.2) muestra la contribución de los reactivos al factor en el que se agruparon. El Factor I, "Planeación e intencionalidad suicida" está representado por siete reactivos que abordan la preparación, arreglos y expectativas sobre el posible acto suicida. El Factor II "Deseo de vida / muerte", compuesto por cinco reactivos, mide ambas tendencias así como el deseo de suicidarse. El Factor III, "Motivación de vida / muerte", compuesto por seis reactivos, mide el grado de control y actitud del sujeto hacia la idea de suicidarse así como sus razones para seguir intentar quitarse la vida. Las tablas correspondientes muestran las correlaciones que resultaron significativas con una probabilidad igual o menor a .05.



**ANÁLISIS FACTORIAL DEL EBIS:**

**Tabla 5.1 COMPONENTES ENCONTRADOS PARA LA EXTRACCIÓN DE FACTORES Y ROTACIÓN VARIMAX DE TRES FACTORES.**

<b>REACTIVO</b>	<b>Componente 1</b>	<b>Componente 2</b>	<b>Componente3</b>
<b>RB1</b> Deseo de vivir		.810	
<b>RB2</b> Deseo de morir		.832	
<b>RB3</b> Razones para vivir o morir		.586	
<b>RB4</b> Intento suicida activo (deseo de suicidarse)		.695	
<b>RB5</b> Intento suicida pasivo: acciones que se tomarían en caso de estar entre la vida y la muerte.		.543	
<b>RB6</b> Duración de los pensamientos suicidas			.570
<b>RB8</b> Actitud hacia la ideación (grado de aceptación o rechazo ante la idea de suicidarse).			.615
<b>RB9</b> Control sobre la acción suicida (grado de control para evitar suicidarse)	.538		
<b>RB10</b> Disuasivos del intento (nivel de preocupación que tiene el sujeto, por las diferentes razones para no suicidarse).			.539
<b>RB11</b> Razones para el intento			.762
<b>RB12</b> Avances de la planeación	.691		
<b>RB13</b> Disponibilidad del método (nivel de accesibilidad al método de suicidio y oportunidad para llevarlo a cabo)	.709		
<b>RB14</b> Capacidad para completar el intento suicida: grado de habilidad y valor para cometer el suicidio.			.587
<b>RB15</b> Expectativas de realizar el intento real: qué tanto considera que en efecto va a suicidarse.	.592		
<b>RB16</b> Avances de los preparativos	.788		
<b>RB17</b> Nota suicida: presencia o ausencia de una nota suicida, escrita por el sujeto.	.529		
<b>RB18</b> Actos finales: arreglos encaminados a lo que pudiera acontecer una vez que el sujeto se ha suicidado.	.612		
<b>RB19</b> Ocultamiento y mentira: qué tanto el sujeto ha evidenciado u ocultado sus intenciones suicidas.			.523
<b>Alfa general: .92</b>	<b>Alfa del factor</b> .86	<b>Alfa del factor</b> .86	<b>Alfa del factor</b> .83

Tabla 5.2 **ORDEN EN EL QUE LOS REACTIVOS CONTRIBUYEN A LOS FACTORES:**

FACTOR 1 Planeación e intencionalidad suicida			FACTOR 2 Deseo de vida / muerte			FACTOR 3 Motivación de vida / muerte		
Reactivo	Alfa	Com	Reactivo	Alfa	Com	Reactivo	Alfa	Com
16. Avances de los preparativos.	.788	.674	2. Deseo de morir.	.832	.771	11. Razones para el intento.	.762	.626
13. Disponibilidad del método (nivel de accesibilidad al método de suicidio y oportunidad para llevarlo a cabo).	.709	.659	1. Deseo de vivir.	.810	.712	8. Actitud hacia la ideación (grado de aceptación o rechazo ante la idea de suicidarse).	.615	.715
12. Avances de la planeación.	.691	.588	4. Intento suicida activo (deseo de suicidarse)	.695	.643	14. Capacidad para completar el intento suicida: grado de habilidad y valor para cometer el suicidio.	.587	.685
18. Actos finales: arreglos encaminados a lo que pudiera acontecer una vez que el sujeto se ha suicidado.	.612	.468	3. Razones para vivir o morir.	.586	.667	6. Duración de los pensamientos suicidas.	.570	.430
15. Expectativas de realizar el intento real: qué tanto considera que en efecto va a suicidarse.	.592	.746	5. Intento suicida pasivo: acciones que se tomarían en caso de estar entre la vida y la muerte.	.543	.615	10. Disuasivos del intento (nivel de preocupación que tiene el sujeto, por las diferentes razones para no suicidarse).	.539	.585
9. Control sobre la acción suicida (grado de control para evitar suicidarse).	.538	.499				19. Ocultamiento y mentira: qué tanto el sujeto ha evidenciado u ocultado sus intenciones suicidas.	.523	.657
17. Nota suicida: presencia o ausencia de una nota suicida, escrita por el sujeto.	.529	.469						
<b>h2 (varianza explicada)</b>	<b>47.4</b>				<b>6.84</b>		<b>5.65</b>	

### **Correlaciones entre las áreas del IRIS, EBIS y Subescala de Ideación Suicida del MMPI-A:**

En el presente estudio se dio especial importancia a las correlaciones entre las áreas de los instrumentos aunque también se analizaron las correlaciones reactivo a reactivo por instrumento. Enseguida se presentan algunas de las relaciones más significativas entre estas variables, considerando  $p \leq .001$ .

Las áreas o factores del IRIS correlacionaron positiva y significativamente con todas las áreas del EBIS y con la Subescala de Ideación del MMPI-A. A la primer área del IRIS, "Ideación e intención suicida", que mide principalmente los pensamientos acerca de la propia muerte así como intentos suicidas previos, se asociaron todas las áreas del EBIS con una correlación por arriba de .4, especialmente la de "Deseo de vida / muerte" (.67), que mide la inclinación del sujeto hacia vivir o hacia morir. En cuanto al resto de las áreas del IRIS "Desesperanza y Depresión" y "Circunstancias protectoras" se observa que su correlación más alta se obtuvo también con el área de "Deseo de vida / muerte" del EBIS. Puesto que el EBIS es un instrumento que fue diseñado para medir específicamente ideación suicida, se entiende que las correlaciones más bajas con el IRIS hayan sido en el ámbito del área que mide "Circunstancias protectoras" y que están más relacionadas con aquellas variables que podrían estar protegiendo al sujeto contra un riesgo suicida general.

Las correlaciones por área del IRIS con la Subescala de Ideación Suicida del MMPI-A fueron altas y consistentes con la aseveración que ya se hacía para las áreas del EBIS y es que aquellas áreas que correlacionaron más significativamente son justamente las relacionadas con ideación e intención suicida, con una correlación de .60 y Desesperanza y Depresión con una correlación de .59. Si consideramos que la mayor parte de los reactivos de la Subescala de Ideación Suicida del MMPI-A contienen items relacionados exclusivamente con estos dos rubros, se pueden considerar los resultados con una mayor relevancia. Las correlaciones por área del EBIS con la Subescala de Ideación Suicida del MMPI-A fueron significativas aunque visiblemente más bajas que las comparadas anteriormente. El factor más fuertemente asociado a la Subescala fue el de "Deseo de vida / muerte". Un análisis por suma o puntaje total de los tres instrumentos

arrojó resultados igualmente significativos. La correlación IRIS-EBIS resultó de .53, mientras que la correlación IRIS-Subescala del MMPI-A fue de .66 y finalmente, la correlación EBIS-Subescala del MMPI-A fue de .31., con el mismo nivel significancia que para el resto de los análisis.

Tabla 5.3 **CORRELACIONES IRIS-EBIS POR FACTORES**  
(n= 551)

<b>AREAS</b>	<b>BECK 1 Planeación e intencionalidad suicida</b>	<b>BECK 2 Deseo de vida / muerte</b>	<b>BECK 3 Motivación de vida / muerte</b>
<b>IRIS 1 Ideación e intención suicida.</b>	.415**	.666**	.450**
<b>IRIS 2 Desesperanza y depresión</b>	.333**	.525**	.341**
<b>IRIS 3 Ausencia de circunstancias protectoras</b>	.292**	.453**	.295**

\*  $p \leq .01$

\*\*  $p \leq .001$

Tabla 5.4 **CORRELACIONES DE LA SUBESCALA DE IDEACIÓN DEL MMPI-A CON  
LOS FACTORES DEL IRIS Y DEL EBIS**  
(n=216)

	<b>IRIS 1 Ideación e intención suicida.</b>	<b>IRIS 2 Desesperanza y depresión</b>	<b>IRIS 3 Ausencia de circunstancias protectoras</b>	<b>BECK 1 Planeación e intención suicida</b>	<b>BECK 2 Deseo de vida / muerte</b>	<b>BECK 3 Motivación de vida / muerte</b>
<b>SUB. DE IDEACIÓN DEL MMPI-A</b>	.600**	.597**	.429**	.226**	.392**	.228**

\*  $p \leq .01$

\*\*  $p \leq .001$

Tabla 5.5 **CORRELACIONES GENERALES DE LA SUBESCALA DE IDEACIÓN DEL MMPI- CON EL IRIS Y EL EBIS (n=216)**

	<b>EBIS</b>	<b>SUBESCALA DE IDEACIÓN DEL MMPI-A</b>
<b>IRIS</b>	.535**	.656**
<b>EBIS</b>		.313**

\*  $p \leq .01$

\*\*  $p \leq .001$

### **Correlaciones por reactivos:**

Se aplicó la prueba de Coeficiente de Correlación de Spearman para identificar la relación entre los reactivos de las tres pruebas relacionadas con el riesgo suicida, esto es, el IRIS, el EBIS y la Subescala de Ideación Suicida del MMPI-A. Se presenta la descripción de los datos y las tablas correspondientes con las correlaciones que resultaron significativas con una probabilidad inferior o igual a .01.

#### IRIS-Subescala de Ideación Suicida del MMPI-A:

Un análisis reactivo por reactivo de los instrumentos arrojó algunos resultados interesantes. En el caso del IRIS, su reactivo crítico "He pensado suicidarme" correlacionó negativamente con el reactivo 71 de la Subescala del MMPI-A, "Generalmente siento que la vida vale la pena" y el reactivo 91 "Casi siempre soy feliz". Otro reactivo crítico del IRIS, el 50 "He intentado quitarme la vida" correlacionó negativamente con "Generalmente siento que la vida vale la pena". El reactivo 32 del IRIS "Creo o siento que mi muerte podría ser una solución a los problemas en mi vida" se correlacionó positivamente con "A veces pienso que no sirvo para nada". El reactivo 40 del IRIS "Me siento confundido respecto a..." se correlacionó negativamente con "Me preocupó mucho" y positivamente con "A nadie la importa mucho lo que le suceda a uno".

Tabla 5. 6 CORRELACIONES ENTRE LOS REACTIVOS DE LA SUBESCALA DE IDEACIÓN DEL MMPI-A Y LOS DEL IRIS.

	R11	R25	R30	R31	R32	R38	R 40	R44	R47	R50
M68				0.171*						
M71		-0.142*								-0.162*
M81				.159*						
M88	-0.157*		-0.146*					-135*		
M91		-0.134*								
M203						-0.159*	-0.14*			
M218	-0.164*							-138*	0.181**	
M242							0.137*			
M318									-0.162*	
M379					0.144*					

\*  $p \leq .01$

\*\*  $p \leq .001$

#### IRIS-EBIS:

El sentimiento de fracaso ("Creo o siento que soy un fracaso") se correlacionó positivamente, en el EBIS, con el deseo de no vivir (.36), con el deseo de morir (.32), con las razones para morir (.31) y con el deseo de suicidarse (.30), es decir con el Factor II del EBIS, "Deseo de vida / muerte". La motivación para no seguir en este mundo se correlacionó positivamente con los mismos reactivos recién descritos, además de con el intento suicida pasivo (.32).

El deseo de estar muerto ("He deseado estar muerto") así como el deseo de irse de este mundo ("Quisiera irme de este mundo") y la creencia de una existencia horrible ("He creído que mi existencia es horrible, odiosa") reportados en el IRIS se correlacionaron positiva y significativamente con todos los reactivos del factor II del EBIS, "Deseo de vida / muerte" además de con los siguientes aspectos: aceptación de la idea de suicidarse (.37), expectativas de realizar el intento real (.42), con qué tanto el sujeto ha evidenciado u ocultado sus intenciones suicidas y con intento (s) suicida (s) previo (s). La

tristeza ("Me siento triste") y el enojo y la frustración ("Me siento enojado y/o frustrado") se correlacionaron positivamente con el deseo de no vivir y de morir.

El pensamiento suicida ("He pensado en suicidarme") se correlacionó positiva y significativamente con todos los reactivos del EBIS, excepto con el grado de control sobre el intento suicida y con los arreglos encaminados a lo que pudiera acontecer una vez que el sujeto se ha suicidado. El sentimiento de que los demás estarían mejor sin el sujeto ("Creo o siento que la gente a mi alrededor estaría mejor sin mí") y de que la muerte es una solución a la problemática del sujeto ("Creo o siento que mi muerte podría ser una solución a los problemas en mi vida") se correlacionaron positivamente con todo el segundo factor del EBIS "Deseo de vida / muerte" además de con la aceptación de la idea de suicidarse, con los avances de la planeación, con las expectativas de un intento real, con qué tanto el sujeto ha evidenciado u ocultado sus intenciones suicidas y finalmente con intento (s) suicida (s) previo (s).

El sentimiento de desilusión de la vida ("Me he sentido desilusionado de la vida") se correlacionó a su vez con el deseo de vida, con el deseo de muerte, con las razones para morir, con el deseo de suicidarse, con el intento suicida pasivo, con las expectativas de realizar el intento real y con qué tanto el sujeto ha evidenciado u ocultado sus intenciones suicidas.

El deseo de no haber nacido ("Desearía no haber nacido") del IRIS se correlacionó positivamente con todo el Factor II del EBIS, "Deseo de vida / muerte", además de con la aceptación ante la idea de suicidarse, con la disponibilidad del método, con las expectativas de realizar realmente el intento y con qué tanto el sujeto ha evidenciado u ocultado sus intenciones suicidas.

La planeación suicida ("He planeado mi propia muerte") reportada en el IRIS se correlacionó positivamente con todos los reactivos del EBIS excepto con los disuasivos del intento, con la disponibilidad del método, con la presencia / ausencia de una nota suicida y con el deseo de morir la última vez que se llevó a cabo un intento suicida. Y por último, el intento suicida ("He intentado quitarme la vida") registrado por el IRIS se correlacionó positivamente con todos los reactivos del EBIS excepto con el deseo de vida.

Del análisis anteriormente expuesto se deduce que los reactivos críticos del IRIS están funcionando adecuadamente en su detección del riesgo suicida, dada su importante correlación con casi todos los reactivos del EBIS. En cuanto a los reactivos del EBIS, los que más correlaciones obtuvieron fueron los pertenecientes al bloque de "Deseo de vida / muerte" (reactivo del uno al cinco), además del que mide la actitud hacia la ideación (reactivo ocho), el reactivo quince, que aborda las expectativas de realizar el intento real, así como el reactivo diecinueve, que reporta qué tanto el sujeto ha evidenciado u ocultado sus intenciones suicidas.



Tabla 5.7 CORRELACIONES IRIS-EBIS POR REACTIVO

	B1	B2	B3	B4	B5	B8	B9	B10	B12	B13	B14	B15	B16	B17	B18	B19	B20	B21
I-4	.355**	.321**	.311**	.304**														
I-8	.379**	.425**	.334**	.401**	.324**							.336**					.307**	
I-11	.488**	.535**	.423**	.502**	.388**	.374**						.421**				.361**	.341**	
I-12	.456**	.500**	.367**	.485**	.388	.342**						.424**				.348**	.317**	
I-16	.429**	.444**	.372**	.469**	.343**	.324**						.375**				.357**		
I-20	.335**	.360**																
I-23	.331**	.316**																
I-25	.491**	.530**	.461**	.574**	.484**	.449**		.333**	.377**	.301**	.354**	.522**	.317**	.320**		.449**	.502**	.358**
I-27	.301**			.321**														
I-30	.473**	.481**	.351**	.431**	.356**	.343**			.324**			.373**				.386**	.316**	
I-32	.516**	.544	.393**	.449**	.397**	.357**						.391**				.391**	.346**	
I-43	.410**	.427**	.350**	.334**	.301**							.311				.332**		
I-44	.466**	.493**	.429**	.450**	.422**	.428**		.305**		.310**		.436**				.410**		
I-49	.429**	.426**	.355**	.431**	.411**	.391**	.310**		.306**		.325**	.417**			.340**	.388**	.443**	
I-50		.341**	.348**	.495**	.396**	.351**	.338**	.423**	.367**	.318**	.362**	.418**	.341**	.341**	.348**	.333**	.681**	.403**

\*  
\*\*  
p ≤ .01  
p ≤ .00

### EBIS-Subescala de Ideación del MMPI-A:

La ausencia de deseos de vivir ("Mis deseos de vivir son medianos / No tengo deseos de vivir") se correlacionó negativamente con el sentimiento de que la vida vale la pena (M71. "Generalmente siento que la vida vale la pena") y positivamente con: el pensamiento suicida (M177."Algunas veces pienso en matarme") y la sensación de minusvalía (M379. "A veces pienso que no sirvo para nada"). El deseo de muerte ("Tengo pocos / muchos deseos de morir") se correlacionó positivamente con el deseo de matarse registrado por el MMPI-A (M177 "Algunas veces pienso en matarme").

El reactivo relacionado con razones para morir, así como qué tanto el sujeto ha evidenciado u ocultado sus intenciones suicidas se correlacionaron positivamente con el pensamiento suicida (M.177 "Algunas veces pienso en matarme"); el deseo de suicidarse (RB4. "Tengo pocos / moderados deseos de suicidarme") se correlacionó negativamente con el sentimiento de que la vida vale la pena (M.71 "Generalmente siento que la vida vale la pena"). La frecuencia del pensamiento suicida (RB7. "Frecuentemente/ Casi todo el tiempo estoy pensando en suicidarme") se correlacionó positivamente con la desesperanza (M.68 "En la actualidad me es difícil no perder la esperanza de llegar a ser alguien")

Los disuasivos del intento (RB10 "Cuando pienso en suicidarme me preocupan un poco / no me preocupan...") se correlacionó negativamente con el sentimiento de que la vida vale la pena (M71. "Generalmente siento que la vida vale la pena") y positivamente con la sensación de que los demás se preocupan por el sujeto (M365. "Cuando las cosas van mal, sé que puedo contar con la ayuda de mi familia"). Las razones para el suicidio en el EBIS se correlacionaron positivamente con el pensamiento suicida (M.177 "Algunas veces pienso en matarme"), mientras que las expectativas de realizar el intento real y la presencia de una nota suicida se correlacionaron negativamente con el sentimiento de valía de la vida (M71. "Generalmente siento que la vida vale la pena").

Finalmente, el / los intento (s) suicida (s) previo (s) se correlacionó negativamente con el sentimiento de que la vida vale la pena; el reactivo del EBIS referente a los deseos de muerte en el último intento suicida (RB21) se correlacionó positivamente con el

sentimiento de desesperanza (M.68 "En la actualidad me es difícil no perder la esperanza de llegar a ser alguien"), y negativamente con la sensación de que la vida vale la pena.

Tabla 5.8 **CORRELACIONES ENTRE LOS REACTIVOS DE LA SUBESCALA DE IDEACIÓN DEL MMPI-A Y DEL EBIS:**

	M9	M68	M71	M177	M242	M365	M379
RB1			-0.137*	0.155*			0.158*
RB2				0.134*			
RB3				0.145*	-0.14*		
RB4			-0.172*				
RB7		0.167*					
RB8					-0.135*		
RB9						0.154*	
RB10			-0.153*			0.18**	
RB11	0.163*			0.149*			
RB12	0.157*		-0.146*			0.145*	
RB14						0.172*	
RB15			-0.134*				
RB17			-0.174**			0.191**	
RB19				0.135*			
RB20			-0.154*				
RB21		0.152*	-0.146*			0.187**	

\*  $p \leq .01$

\*\*  $p \leq .001$

## **DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN GENERAL DE LA MUESTRA EN RIESGO POR EDAD / SEXO:**

En total, de los 545 participantes, fueron detectados en riesgo suicida 96 adolescentes. El 46.9% fueron hombres y el 53.1% fueron mujeres. El 36.5% de la muestra contó con 12 años, el 32.3% con 13 años, el 30.2% con 14 años y el 1% con 15 años. Del porcentaje total de hombres en riesgo, el 48.8% tuvo 12 años, el 22.22% tuvo 13 años y el 28.88% 14 años. Del porcentaje total de mujeres en riesgo, el 25.49% contó con 12 años, el 41.17% con 13 años, el 31.37% con 14 años y el 1.96% con 15 años.

La muestra de participantes con riesgo alto estuvo constituida por 63 participantes, según los criterios previamente establecidos. De éstos, el 34.9% fueron hombres y el 65.1% fueron mujeres. El 30.2% tuvo doce años, el 36.5% 13 años, el 30.2% 14 años y el 3.1% contó con 15 años.

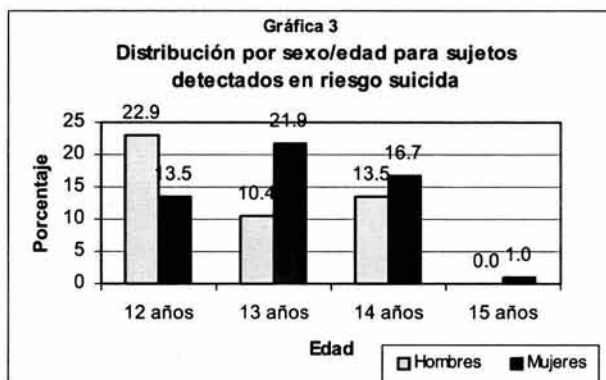
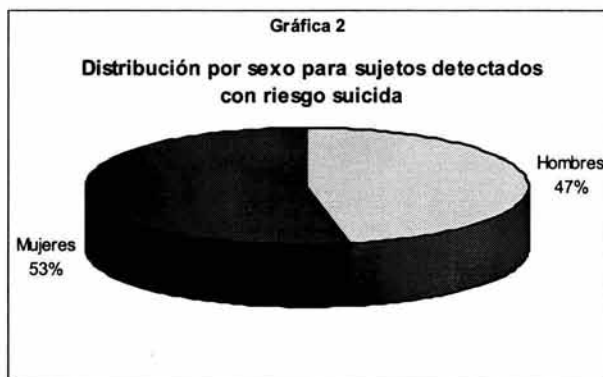
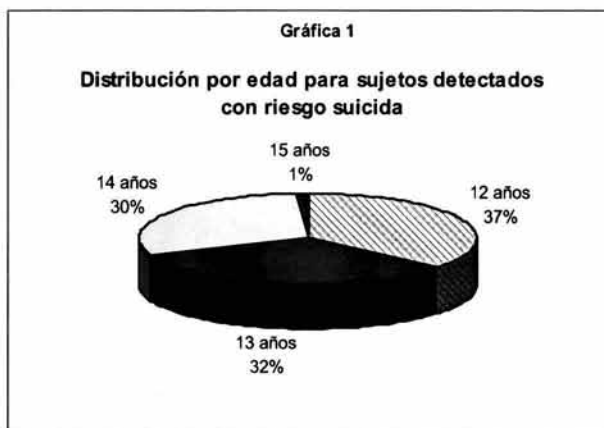
Se detectó a 14 participantes con riesgo medio. El 50% fueron hombres y el 50% mujeres. El 42.85% de la submuestra contó con 12 años, el 21.42% con 13 y el restante, el 35.71%, con 14 años. En el subgrupo de participantes con riesgo bajo se detectaron a 20 participantes, de los cuales el 85% fueron hombres y el 15% fueron mujeres. El 50% de los participantes contó con 12 años, el 25% con 13 y el otro 25% con 14.

La submuestra con riesgo suicida cuyo perfil de personalidad fue analizado en la segunda fase de la tesis estuvo conformada de la siguiente manera: por 35 participantes, 14 hombres (40%) y 21 mujeres (60%). En cuanto a la edad, el 57.1% tuvo 13 años, el 40% 14 y el 2.9% 15 años. La media de edad fue de 13.46 años.

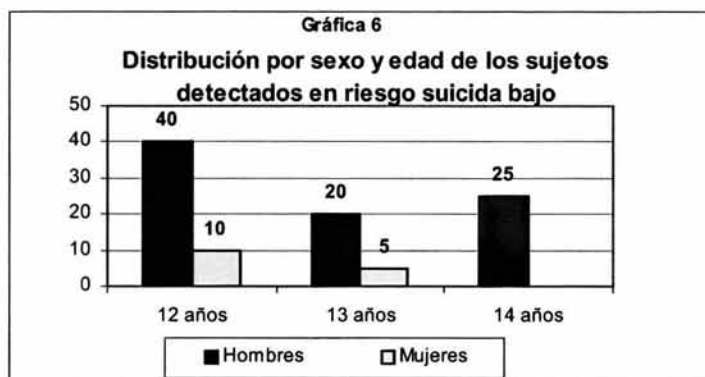
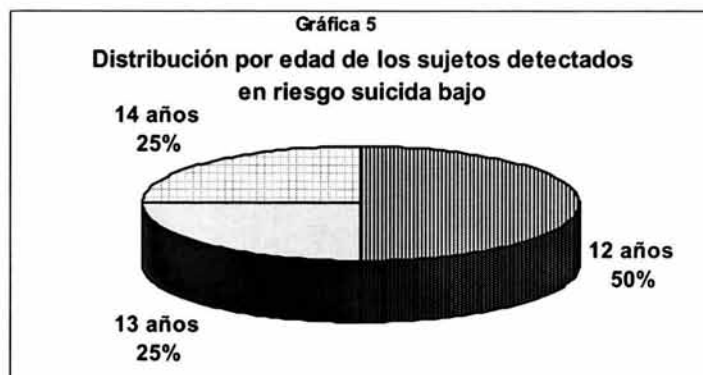
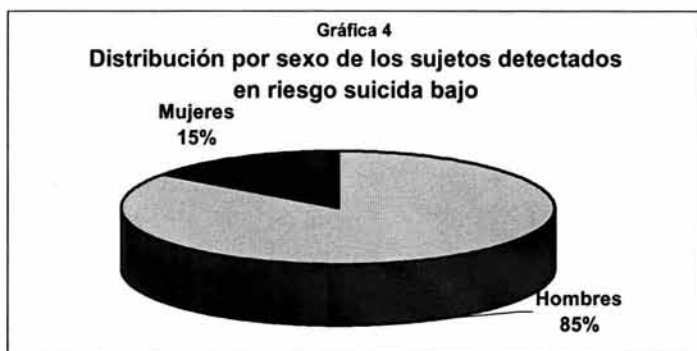
El resto de la muestra a la que se le aplicó el MMPI-A estuvo conformada por 186 participantes de los cuales seis perfiles fueron invalidados de acuerdo con los criterios establecidos en el manual de la prueba. Los análisis comparativos de la muestra con riesgo se realizaron con una muestra de 180 participantes sin riesgo que estuvo constituida de la siguiente manera: el 51.7% fueron hombres y el 48.3% fueron mujeres. El 47.8% de la muestra sin riesgo estuvo conformada por participantes de 13 años, el 43.9% por participantes de 14 años y el 8.3% por participantes de 15 años. La media de

edad fue de 13.62 años. De la submuestra, el 27.22% fueron hombres de 13 años y el 20.5% mujeres de la misma edad. El 18.33% fueron hombres de 14 años y el 25.55% fueron mujeres de la misma edad. El 6.11% se conformó por hombres de 15 años y el 2.22% por mujeres de la misma edad.

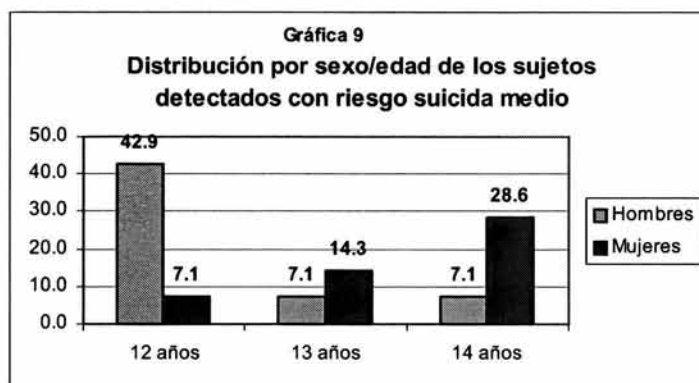
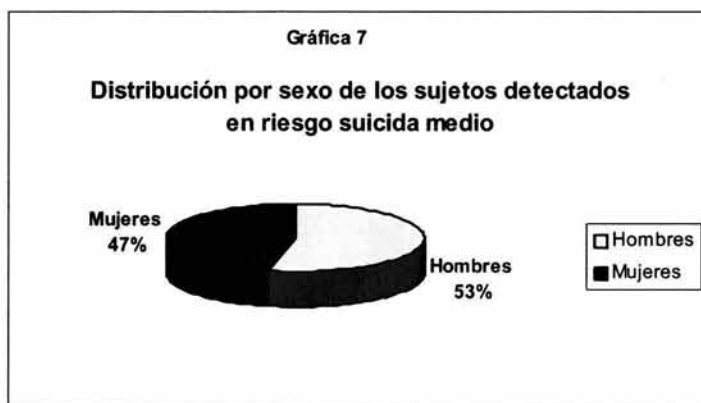
## DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA MUESTRA EN RIESGO (n=97)



## DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES DETECTADOS EN RIESGO BAJO (n=20)

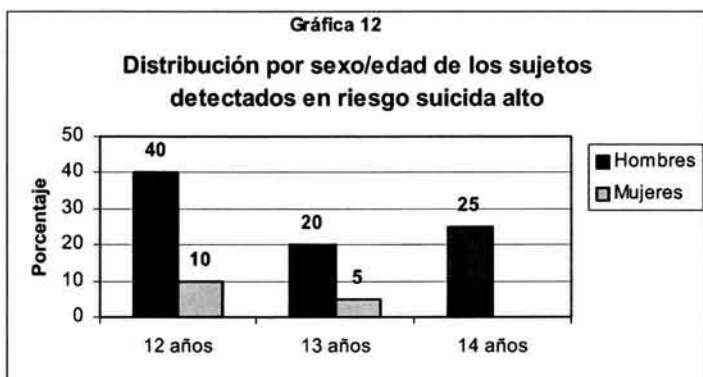
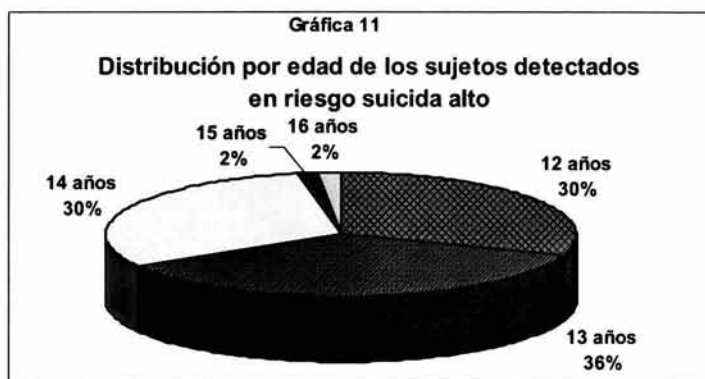
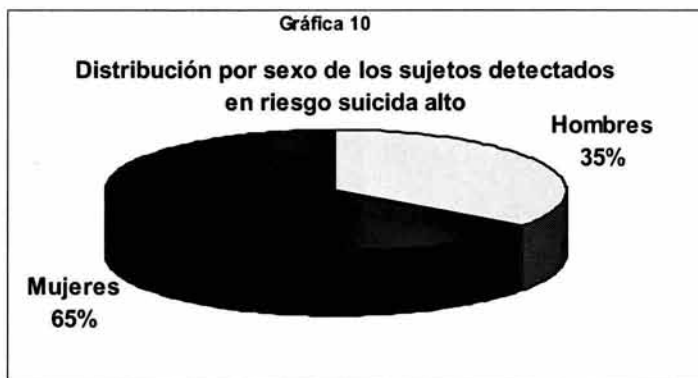


## DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES DETECTADOS EN RIESGO MEDIO (n=14)





## DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES DETECTADOS CON RIESGO ALTO (n=63)



## **INTERPRETACIÓN DEL MMPI-A PARA LA MUESTRA EN RIESGO:**

### **Hombres adolescentes con riesgo suicida:**

*Código: -98/761 40532 -F/LK*

#### Interpretación de las escalas de validez y clínicas del MMPI-A:

Este grupo de adolescentes, pertenecientes a la muestra con riesgo, respondió al inventario de manera honesta. Los indicadores de las escalas tradicionales de validez (L, F y K) están entre los límites aceptables y la elevación en la escala F (T=62) es típica de adolescentes que exhiben algún tipo de psicopatología. Además, tanto F1 (T=61.50) como F2 (T=60.07) están entre los límites aceptables y las medidas de inconsistencia INVAR (T=60.29) e INVER (T=54.93) indican un registro de respuestas consistente. En general, el protocolo del MMPI-A parece consistente y válido.

El perfil de las escalas clínicas de este grupo muestra una ligera elevación en algunas escalas, aunque ninguna que pudiera considerarse como alta o clínicamente patológica. Las elevaciones moderadas se presentan en las escalas 9 (T=63.57) y 8 (T=61.14). La elevación en la escala 9 sugiere que este grupo se muestra inquieto e intranquilo sólo por el gusto de la excitación en sí; esto puede estar asociado a conductas de alto riesgo, al consumo de drogas, a pocos deseos de explorar sus sentimientos e insensibilidad a la crítica. La ligera elevación en la escala 8 puede ser indicador de desempeño académico pobre, problemas con los padres, desconfianza, vulnerabilidad al estrés, retraimiento y aislamiento interpersonal.

#### Interpretación de las escalas de contenido y suplementarias del MMPI-A:

El perfil del grupo de hombres con riesgo indica elevaciones marginales dentro del rango clínico en las escalas DEL-A (T=63.07), ESC-A (T=61.43), SAU-A (T=59.43) y PCO-A (T=59.50). El perfil de las escalas de contenido de este grupo, particularmente la elevación DEL-A, indica desadaptación generalizada. Junto con la elevación mediana de la escala ESC-A, sustenta problemas en la escuela y calificaciones bajas, posibles problemas de conducta en el ámbito escolar, actitudes negativas a los profesores y desagrado con respecto a la escuela. La escala PCO-A indica diversos problemas de

conducta como mentir, romper cosas, ser irrespetuosos y oposicionistas. Por último, la escala SAU-A es indicador de un malestar físico expreso o quejas somáticas.

Además de las escalas de contenido del MMPI-A, las escalas suplementarias del grupo en riesgo aportan información relevante acerca de estos adolescentes y sus posibles problemas con el alcohol o las drogas, en la medida en que tanto la escala RFA (T=59.29) como la TFA (58.64), ambas con elevaciones marginales, aumentan las preocupaciones con respecto al uso del alcohol y las drogas.

### **Mujeres adolescentes con riesgo suicida.**

*Código: /641 87 32 90:5 FL/K:*

#### Interpretación de las escalas de validez y clínicas del MMPI-A:

Este grupo de adolescentes mujeres, pertenecientes a la muestra con riesgo, respondió al inventario de manera honesta. Las adolescentes expresaron tener problemas que consideran que no pueden resolver puesto que no cuentan con recursos suficientes para enfrentarlos.

Con relación a la interpretación de las escalas clínicas, la elevación marginal de la escala 6 (t=59.86) sugiere que este grupo es hipersensible a la crítica e interpretaciones acerca de las actitudes de los otros. En mujeres, como es el presente caso, esta puntuación puede denotar una inteligencia notable pero una adaptación escolar inadecuada y conductas negativas. Puede considerarse, para descripción del perfil psicológico, la segunda escala en el pico de elevación, que es la 4 (t=57.76) y que refleja la percepción de una situación en el hogar de falta de apoyo, de crítica constante y por tanto a un ambiente desagradable y rechazante.

#### Interpretación de las escalas de contenido y suplementarias del MMPI-A:

El perfil del grupo de mujeres con riesgo indica elevaciones marginales dentro del rango clínico en las escalas FAM-A (t=59.14), SAU-A (t=58.56) y DEP-A (t=57.71). El perfil de este grupo indica que sus problemas familiares son importantes para entender su funcionamiento psicológico actual. En general esta escala aborda discordias, celos

críticas, enojos, violencia intrafamiliar, serios desacuerdos, falta de amor y comprensión así como una comunicación familiar restringida. La escala SAU-A es indicadora de un malestar físico expreso o quejas somáticas que pueden llegar a ser importantes en el restringimiento de sus actividades cotidianas. Es probable que las chicas del grupo respondan ante el estrés somatizando. Por último, las adolescentes de este grupo experimentan sentimientos de insatisfacción y ligera depresión.

#### **DIFERENCIAS DE PERSONALIDAD ENTRE LAS MUESTRAS:**

Existieron diferencias en los tres perfiles del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes, tanto en puntuaciones T como en los análisis estadísticos correspondientes, para hombres y para mujeres.

La muestra de participantes con riesgo suicida (n=35) demostró un índice superior de patología comparado con la muestra normal (n=180). Las escalas pico o más altas para los hombres fueron la de Manía (t=63.57), Esquizofrenia (t=61.14) y Psicastenia (t=58.57) y para las mujeres en riesgo fueron: Paranoia (t=59.86), Desviación Psicopática (t= 57.76) e Histeria (t=57.43).

En el caso de la muestra que fue detectada sin riesgo suicida, para los hombres las escalas pico o más altas fueron también Manía (t=50.61) e Histeria (t=49.99). En el caso de las Escalas Clínicas para las mujeres sin riesgo suicida, las más altas fueron Histeria (t=53.15), Hipocondriasis (t=52.03) y Masculinidad-Femineidad (t=50.08).

Las diferencias más importantes entre las muestras de hombres (con/sin riesgo) se hallaron en las escalas de Esquizofrenia (t=4.522), Psicastenia (t= 4.174) y Manía (t=3.852). Entre las muestras de mujeres, comparando con y sin riesgo suicida, las diferencias más significativas entre las puntuaciones se presentaron en las siguientes escalas: Paranoia (t=4.298), Esquizofrenia (t=3.695), Psicastenia (t=3.678) y Desviación Psicopática (t=3.320).

### Prueba t en las escalas del MMPI-A:

A través de la prueba t, se encontraron diferencias estadísticas y clínicas importantes. En lo que se refiere a las escalas básicas en el perfil del MMPI-A entre adolescentes con riesgo suicida y sin él, las diferencias principales se muestran a continuación, para hombres y mujeres respectivamente. Para los hombres se encontraron diferencias significativas entre los que tienen riesgo suicida y aquellos que no lo presentaron, en casi todas las escalas. Las más importantes están en las escalas: F, K, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia y manía. También existen diferencias importantes en las escalas de contenido de ansiedad, obsesividad, depresión, preocupación por la salud, enajenación, pensamiento delirante, enojo, problemas de conducta, baja autoestima, aspiraciones limitadas, problemas familiares, problemas escolares y rechazo al tratamiento. Finalmente, en las escalas suplementarias e obtuvieron diferencias significativas en: alcoholismo, reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas, inmadurez, ansiedad y represión.

#### *Diferencias en las Escalas Clínicas para Hombres*

Muestra con riesgo  
(n=35)

Muestra sin riesgo  
(n=180)

ESCALA	MEDIA	D.E.	MEDIA	D.E.	Diferencia entre las medias	t
INVAR	60.29	14.323	51.31	11.138	8.97	2.244*
INVER	54.93	6.082	51.84	5.020	3.09	1.810*
F1	61.50	13.783	48.09	9.979	13.41	3.506**
F2	60.07	11.777	48.26	8.323	11.81	3.620**
F	62	11.774	47.9	8.852	14.10	4.301**
L	52.14	7.843	52.92	10.554	-.78	-.331
K	44	8.611	51.56	10.424	-7.56	-2.973**
1 Hs	56	12.341	49.99	10.817	6.01	1.725*
2 D	51.57	10.882	48.2	9.745	3.37	1.094
3 Hi	51.79	7.485	49.18	10.143	2.60	1.152
4 Dp	54.86	10.748	47.34	8.850	7.51	2.491**
5 Mf	53	11.529	47.53	8.075	5.47	1.714*

<b>6 Pa</b>	56.93	9.253	48.52	9.517	8.41	3.160**
<b>7 Pt</b>	58.57	8.336	48.30	10.065	10.27	4.174**
<b>8 Es</b>	61.14	9.494	48.83	9.544	12.31	4.522**
<b>9 Ma</b>	63.57	11.927	50.61	10.373	12.96	3.852**
<b>0 Is</b>	54.29	10.065	49.02	9.208	5.26	1.844*

\*t  $\geq$  1.64, p=0.05

\*\*t  $\geq$  2.326, p= .001

***Diferencias en las Escalas Suplementarias para Hombres***

**Muestra con riesgo                      Muestra sin riesgo**

**(n=35)**

**(n=180)**

<b>ESCALA</b>	<b>MEDIA</b>	<b>D.E.</b>	<b>MEDIA</b>	<b>D.E.</b>	<b>DIFERENCIA ENTRE MEDIAS</b>	<b>t</b>
<b>ANS</b>	55.79	7.982	47.63	8.020	8.15	3.560**
<b>OBS</b>	56.36	9.001	50.09	9.627	6.27	2.408**
<b>DEP</b>	58.21	5.912	47.05	8.493	11.16	6.170**
<b>SAU</b>	59.43	8.492	49.85	10.563	9.58	3.801**
<b>ENA</b>	55	9.648	48.12	9.504	6.88	2.493**
<b>DEÑ</b>	63.07	10.351	49.48	9.537	13.59	4.625**
<b>ENG</b>	57.64	12.276	47.49	9.055	10.15	2.974**
<b>CIN</b>	56.07	9.809	49.65	9.337	6.43	2.299*
<b>PCO</b>	59.50	11.264	49.24	9.958	10.26	3.225**
<b>BAE</b>	53.79	8.201	46.3	9.008	7.48	3.141**
<b>ASL</b>	58.64	8.554	50.62	8.653	8.02	3.265**
<b>ISO</b>	54.86	11.121	49.73	9.182	5.13	1.642*
<b>FAM</b>	57.29	7.610	47.34	8.433	9.94	4.491**
<b>ESC</b>	61.43	9.419	49.86	10.595	11.57	4.212**
<b>RTR</b>	54.79	6.530	49.44	8.628	5.34	2.725**
<b>MAC</b>	58.29	7.237	50.53	8.509	7.76	3.650**
<b>RFA</b>	59.29	6.615	48.20	8.853	11.08	5.563**
<b>TFA</b>	58.64	11.613	47.63	8.851	11.01	3.401**
<b>INM</b>	57.93	9.319	50.10	9.258	7.83	2.934**
<b>A</b>	55.93	6.878	47.47	8.732	8.46	3.46**
<b>R</b>	40.86	8.778	51.49	10.068	10.64	3.742**

Para las mujeres se encontraron diferencias significativas entre las que tienen riesgo suicida y aquellas que no lo presentaron, en casi todas las escalas. Las más importantes están en las escalas: F, K, depresión, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia e introversión social. También existen diferencias importantes en las escalas de contenido de ansiedad, depresión, preocupación por la salud, enajenación, enojo, baja autoestima, incomodidad en situaciones sociales, problemas familiares, problemas escolares y rechazo al tratamiento. Por último, en las escalas suplementarias tenemos como diferentes significativamente, el reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas, la inmadurez y la ansiedad.

***Diferencias en las Escalas Clínicas para Mujeres***

**Muestra con riesgo**                      **Muestra sin riesgo**  
(n=35)    (n=180)

ESCALA	MEDIA	D.E.	MEDIA	D.E.	DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS	t
INVAR	54.76	9.418	53.62	9.755	1.14	.495
INVER	55.52	6.794	52.84	4.547	2.68	1.720*
F1	58.86	12.154	49.4	9.173	9.45	3.342**
F2	55.38	10.097	48.84	10.124	6.54	2.663**
F	57.48	10.843	48.92	9.370	8.56	3.329**
L	54.9	11.751	56.08	9.099	-1.18	-.429
K	47.67	11.146	54.36	8.48	-6.69	-2.576**
1 Hs	57.43	10.870	53.15	8.604	4.28	1.681*
2 D	55.71	11.598	48.94	7.830	6.77	2.54**
3 Hi	55.71	12.846	52.03	9.051	3.68	1.241
4 Dp	57.76	11.135	49.07	9.101	8.69	3.320**
5 Mf	49.19	12.331	50.08	9.203	-.89	-.311
6 Pa	59.86	11.337	48.37	9.442	11.49	4.298**
7 Pt	56.43	11.570	46.56	8.445	9.87	3.678**
8 Es	56.76	10.793	47.40	8.693	9.36	3.695**
9 Ma	53.29	11.292	49.16	10.894	4.12	1.513
0 Is	53.24	9.555	47.20	7.792	6.04	2.69**

\*t ≥ 1.64, p=0.05

\*\*t ≥ 2.326, p= .001

**Diferencias en las Escalas Suplementarias para Mujeres**

**Muestra con riesgo**                      **Muestra sin riesgo**  
**(n=35)**    **(n=180)**

ESCALA	MEDIA	D.E.	MEDIA	D.E.	DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS	t
ANS	54.95	10.462	47.34	8.669	7.61	3.086**
OBS	51.33	10.278	46.72	8.788	4.61	1.895*
DEP	57.71	9.824	45.48	6.946	12.23	5.39**
SAU	58.56	8.499	52.99	8.718	5.87	2.826**
ENA	56.38	9.41	46.25	8.120	10.13	4.541**
DEÑ	52.76	10.382	49.84	9.85	2.92	1.169
ENG	54	10.104	47.57	8.560	6.43	2.69**
CIN	50.86	11.213	47.16	8.469	3.70	1.416
PCO	52.29	11.816	48.48	10.109	3.80	1.36
BAE	52.9	9.762	45.68	7.935	7.23	3.151**
ASL	55.9	10.094	53.07	8.391	2.84	1.192
ISO	51.76	10.020	45.84	7.786	5.92	2.531**
FAM	59.14	10.887	48.83	8.518	10.32	4.053**
ESC	55.86	10.432	49.89	10	5.97	2.373**
RTR	55.38	11.066	47.56	8.693	7.82	3.020**
MAC	53.86	11.749	50.92	10.091	2.94	1.056
RFA	56.24	11.721	49.85	10.484	6.39	2.286**
TFA	54.14	9.085	51.77	9.905	2.37	1.055
INM	55.81	10.028	48.67	9.9015	7.14	2.986**
A	52.67	10.297	45.08	7.921	7.59	3.158**
R	52	10.536	53.72	10.736	1.72	-.671

\*t ≥ 1.64, p=0.05

\*\*t ≥ 2.326, p= .001



**Diferencias en la Subescala de ideación Suicida del MMPI-A para Hombres y Mujeres**

Un análisis específico de la Subescala de Ideación Suicida del MMPI-A permite observar las diferencias entre la población detectada en riesgo y sin él. Para ambos sexos las diferencias pueden valorarse como significativas. El análisis de confiabilidad de la Subescala de Ideación del MMPI-A arrojó un índice de .58 para los hombres y de .61 para las mujeres.

	<b>Muestra sin riesgo (n=35)</b>		<b>Muestra con riesgo (n=180)</b>		<b>DIFERENCIA ENTRE MEDIAS</b>	<b>t</b>
	<b>MEDIA</b>	<b>D.E.</b>	<b>MEDIA</b>	<b>D.E.</b>		
<b>Hombres</b>	46.31	7.643	55.89	5.488	-9.59	-5.750**
<b>Mujeres</b>	44.72	6.537	57.17	9.438	-12.45	-5.725**

\*t  $\geq$  1.64, p=0.05

\*\*t  $\geq$  2.326, p= .001

## ESCALAS BÁSICAS

### PERFIL MASCULINO DEL MMPI-A

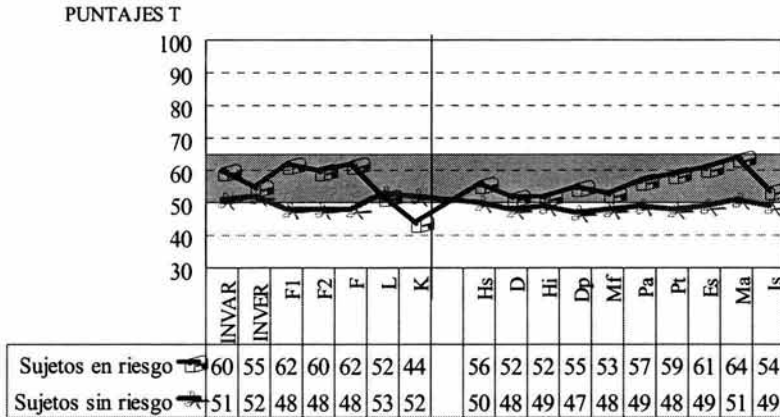


FIGURA 1

### PERFIL FEMENINO DEL MMPI-A

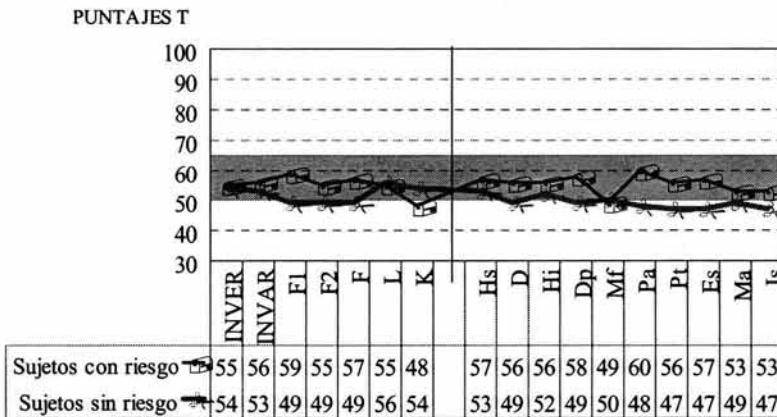


FIGURA 2

Para las escalas suplementarias en hombres, aquellos detectados en riesgo suicida mostraron las puntuaciones más elevadas en las siguientes escalas: pensamiento delirante en adolescentes (DEN= 63.07), problemas escolares (ESC=61.43) y preocupaciones por la salud (SAU=59.43). Para la muestra normal de hombres tenemos que las escalas más elevadas, sin ser patológicas, fueron las siguientes: represión (R=51.49) y aspiraciones limitadas en adolescentes (ASL=50.62). Las diferencias más significativas entre ambos grupos de participantes se encontraron en las escalas de depresión ( $t=6.170$ ), reconocimiento de problemas con el alcohol o las drogas ( $t=5.563$ ), problemas familiares ( $t=4.491$ ) y escolares ( $t=4.212$ ).

En las escalas suplementarias para las mujeres se pueden observar los siguientes resultados. Para las adolescentes detectadas en riesgo suicida las escalas con elevaciones o picos son las siguientes: problemas familiares (FAM= 59.14), preocupaciones por la salud (SAU=58.56) y depresión (DEP=57.71). En aquellas adolescentes sin riesgo suicida las escalas con mayor elevación fueron: represión (R=53.72), aspiraciones limitadas (ASL=53.07) y preocupaciones por la salud (SAU=52.99). Las diferencias más significativas entre ambas muestras estuvieron en las escalas de depresión, enajenación y problemas familiares.

Un análisis específico para comparar entre las muestras la Subescala de Ideación Suicida del MMPI-A permitió observar las diferencias entre la población detectada en riesgo y sin él. Para ambos sexos las diferencias pudieron valorarse como significativas.

# ESCALAS DE CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS

## PERFIL MASCULINO DEL MMPI-A

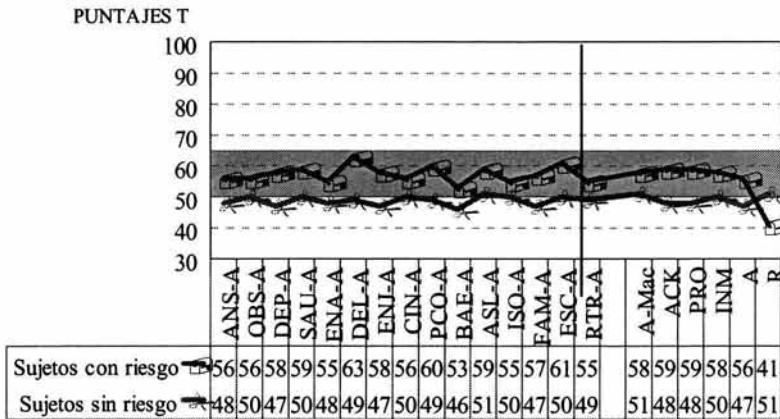


FIGURA 3

## PERFIL FEMENINO DEL MMPI-A

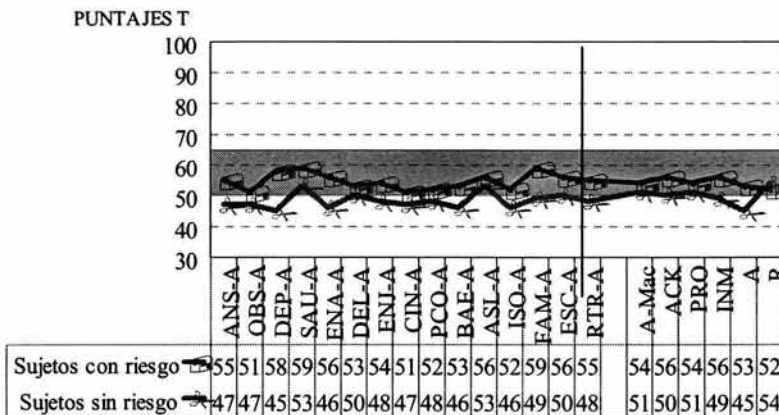


FIGURA 4

La conducta suicida es un fenómeno multifactorial y un problema de salud pública considerable y creciente. En México, es la cuarta causa de muerte en población adolescente y adulta joven. En el presente estudio se abordaron algunos de los indicadores fundamentales implicados en el conducta suicida y que generalmente la anteceden, como la ideación suicida. Aunque el IRIS no pretende directamente predecir el intento suicida en el adolescente, la frecuencia e intensidad de los deseos suicidas, así como los intentos de suicidio previos parecen ser factores relevantes del riesgo suicida. El IRIS fue diseñado como un instrumento de tamizaje, es decir, que pretende identificar, de la manera más certera posible aquellos casos de riesgo suicida, y diferenciarlos de aquellos que no lo son; de ahí el interés por realizar la fase inicial del presente estudio, que consistió en obtener la validez concurrente del IRIS a través de su correlación con dos escalas con una larga trayectoria en la literatura psicológica.

Puesto que el presente estudio es de tipo exploratorio, se procede a continuación a discutir los resultados obtenidos. Para obtener la validez concurrente del IRIS se procedió, en primer lugar, a obtener un análisis factorial del EBIS que permitiera realizar los análisis área contra área, puesto que no es un instrumento que tenga puntos claros de corte confiables de calificación que permitieran otro tipo de análisis. Los análisis realizados por Beck (1979) con la escala original arrojaron tres factores, denominados "Deseo suicida activo", "Preparación" y "Deseo suicida pasivo". El primer factor, compuesto por 10 reactivos, midió la actitud del sujeto hacia vivir o morir así como características formales de su ideación suicida. El segundo factor estuvo representado por 3 reactivos relacionados con la formulación y contemplación del intento. El tercer y último factor aborda el rechazo pasivo a aquellas acciones que podrían llevar al sujeto a salvar su vida, el valor para realizar un intento suicida así como la elaboración de ideas o planes suicidas.

Los datos obtenidos de los análisis del presente estudio arrojaron también tres componentes, comparables en cierto sentido con los obtenidos por Beck (1979). El factor obtenido por Beck, denominado "Preparación" se equipara con el de "Planeación e intencionalidad suicida", obtenido por el presente análisis. Ambos abordan, como factor

común, la contemplación y anticipación al intento suicida, a través de planes concretos. Los otros dos factores obtenidos por Beck, "Deseo suicida activo", y "Deseo suicida pasivo" son menos compatibles con los obtenidos en el análisis factorial del EBIS. Cabe señalar que aquellos reactivos con mayor carga factorial en el análisis factorial de Beck se mantienen variando en un mismo factor en nuestro análisis. Así, por ejemplo, el reactivo 14 (Capacidad para completar el intento suicida: grado de habilidad y valor para cometer el suicidio) y el 19 (Ocultamiento y mentira: qué tanto el sujeto ha evidenciado u ocultado sus intenciones suicidas) quedaron agrupados en el Factor III, "Motivación de vida / muerte", y en el análisis realizado por Beck quedaron integrados en el factor "Deseo suicida pasivo". Las diferencias entre los resultados obtenidos por Beck (1979) y los de la presente tesis pueden deberse, en parte, a que la escala analizada por el autor fue aquella en la que es el terapeuta el que va registrando y puntuando la presencia de la ideación suicida. El análisis factorial no fue replicado por Beck & cols. (1988) en su versión autoaplicable.

El IRIS obtuvo la validez concurrente a través de la correlación significativa con las áreas del EBIS y con la Subescala de Ideación Suicida del MMPI-A. Puesto que el EBIS es un instrumento que se avoca principalmente a la ideación suicida, no resulta extraño que las correlaciones más importantes se dieran con la primer área del IRIS, "Ideación e intención suicida", que mide los pensamientos acerca de la propia muerte así como intentos suicidas previos. Dado que el EBIS es un instrumento que fue diseñado para medir específicamente ideación suicida, se entiende que las correlaciones más bajas con el IRIS hayan sido con el área que aborda las "Circunstancias protectoras" y que están más relacionadas con aquellas variables que podrían estar protegiendo al sujeto contra un riesgo suicida general.

Las correlaciones por área del IRIS con la Subescala de Ideación Suicida del MMPI-A fueron altas y consistentes con el contenido teórico de ambas pruebas: la relación más importante se dio entre las áreas del IRIS relacionadas con intención e ideación suicida y desesperanza y depresión. Si consideramos que la mayor parte de los reactivos de la Subescala de Ideación Suicida del MMPI-A contienen ítems relacionados exclusivamente con estos dos rubros, se pueden considerar los resultados con una mayor relevancia.

Las correlaciones por área del EBIS con la Subescala de Ideación Suicida del MMPI-A fueron significativas aunque visiblemente más bajas que las comparadas anteriormente. El factor más fuertemente asociado a la Subescala de Ideación Suicida del MMPI-A fue el de "Deseo de vida / muerte". Esto podría explicarse si consideramos que el EBIS aborda la ideación suicida exclusivamente, mientras que la Subescala de Ideación Suicida del MMPI-A está integrada principalmente por reactivos que miden la desesperanza y la depresión.

En los análisis por reactivo encontramos que la desesperanza (el no sentir que la vida vale la pena o que no se es feliz) estuvo fuertemente asociado a la ideación y a la intención suicida. A sí mismo, el deseo de morir y la percepción de la muerte como vía de solución a las problemáticas que vive el adolescente, estuvieron asociados a la baja autoestima, a la tristeza, al enojo y a la frustración. Beck (1986) concluyó que la desesperanza, definida como las expectativas negativas acerca del futuro, es un predictor más poderoso que la depresión misma, tanto de la ideación suicida como de la conducta suicida. En una revisión general de estudios que relacionaban la depresión, la desesperanza, la ideación suicida y la conducta en adultos, Beck (1986) concluyó que la desesperanza, definida como las expectativas negativas acerca del futuro, es un predictor más poderoso que la depresión misma, tanto de la ideación suicida como de la conducta suicida en pacientes internos y externos. En 1993, Steer y cols. concluyeron que la ideación suicida estaba altamente relacionada con la desesperanza en adolescentes de entre 12 y 18 años, aún cuando se controlaban variables tales como el género, la etnia, la edad, el diagnóstico de depresivo y la historia clínica de los intentos suicidios.

Del análisis realizado se deduce que los reactivos críticos del IRIS están funcionando adecuadamente en su detección del riesgo suicida, dada su importante correlación con casi todos los reactivos del EBIS. En cuanto a los reactivos del EBIS, los que más correlaciones obtuvieron fueron los pertenecientes al bloque de "Deseo de vida / muerte" (reactivo del uno al cinco), además del que mide la actitud hacia la ideación (reactivo ocho), el reactivo quince, que aborda las expectativas de realizar el intento real, así como el reactivo diecinueve, que reporta qué tanto el sujeto ha evidenciado u ocultado sus intenciones suicidas.

De los participantes analizados, el 17.61% fue detectado en riesgo. Del grupo en riesgo, el porcentaje de mujeres fue ligeramente mayor. Si bien esta mayor incidencia en mujeres se ha documentado en la literatura, las diferencias de género para la prevalencia de ideación suicida son cada vez menores y así lo confirma el presente estudio en el que los participantes en riesgo fueron casi en igual número hombres y mujeres. La distribución es un poco diferente para el riesgo alto (con intento suicida), en el que la clara mayoría fueron mujeres (65.1%) lo que coincide con la proporción tres a uno documentada (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996; Villatoro, et al., 1999).

En cuanto a la problemática suicida dependiendo de la edad, se encontró que el riesgo se distribuyó homogéneamente entre los doce, los trece, los catorce y los quince años. Aunque según Peterson (1996) el riesgo suicida incrementa con la edad, lo que se ha incrementado es una distinción cualitativa de los descriptores de los adolescentes tempranos y los tardíos. El análisis de la muestra del presente estudio parece estar comportando como los hallazgos de Thompson (1987), que encontró en adolescentes menores de 15 años mayor rabia, nerviosismo y menor depresión que en adolescentes mayores de 15 años. Pudiera ser que en la actualidad los factores que antes protegían a los adolescentes menores, tales como una menor exposición al estrés por ser más dependientes de sus padres –quienes supuestamente deberían brindarles mayor apoyo emocional y social- y presentar una menor maduración cognitiva, esto es, tener menos capacidad para planear y llevar a cabo un acto suicida, estén cambiando vertiginosamente. Los adolescentes de ahora son física y mentalmente más precoces y las familias proveedoras de seguridad y protección emocional son cada vez menores. Los resultados obtenidos en esta tesis coinciden también con los de Steer y cols. (1993) que concluyeron que la ideación suicida es más frecuente en los adolescentes más jóvenes que en los de años posteriores.

Investigaciones comunitarias en poblaciones adolescentes revelan la existencia de una gran variedad de resultados en los datos de prevalencia de riesgo suicida. Las tasas estimadas varían de 3,5% al 52.9% (Harkavy et al., 1987). Los estudios de prevalencia publicados en los continentes europeo y americano informan de grados de riesgo suicida



entre ambos valores. En España, Villardón (1993) encuentra un 10,3% en una muestra de 14 a 17 años procedente de la población vizcaína escolarizada en el curso 1989-1990.

En gran medida, las diferencias en las tasas indicadas pueden ser explicadas por las distinciones en la definición de los componentes del riesgo suicida y las diferencias en el período de referencia. Por ejemplo, tomando en cuenta sólo uno de los factores del riesgo suicida, la ideación, tenemos que en algunos estudios se les pregunta a los participantes sobre pensamientos suicidas recientes (De Wilde y cols., 1993); en otros sobre pensamientos suicidas durante el último año (Dubow y cols., 1989) y en otros por la ideación suicida "alguna vez" o "al menos una vez" (Harkavy y cols., 1987). Cuanto más largo es el período de evaluación (retrospectivamente) más altas tienden a ser las tasas. Los estudios que miden la ideación suicida "alguna vez" o "al menos una vez" obtienen que la ideación suicida es un fenómeno bastante común en la adolescencia y así se encontró en el presente estudio, en el que el 13.3% de los adolescentes haber pensado o planeado su propia muerte alguna o más veces en los últimos seis meses.

#### *Análisis de Personalidad entre las Muestras:*

En ambas muestras existieron diferencias en los tres perfiles del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes con respecto a la muestra sin riesgo; éstas se reflejaron tanto en las puntuaciones T como en las diferencias estadísticas.

La muestra con riesgo demostró un índice de patología superior que la muestra sin riesgo suicida. Las diferencias de género no sólo se observan en cuanto a prevalencia, sino también en las características asociadas con el riesgo suicida, como se puede considerar a través del análisis del perfil de personalidad. En los chicos, el gusto por las emociones fuertes, la vulnerabilidad al estrés, el retraimiento, el aislamiento interpersonal, la desadaptación generalizada, los problemas de conducta y escolares, así como ciertos indicadores de tendencias a problemas con el alcohol y/o drogas fueron relevantes para explicar el perfil de aquellos participantes en riesgo.

Para Revé (1994), es importante considerar que el riesgo suicida tiene un carácter acumulativo y que el incremento de estresores dentro del año anterior al intento suicida es uno de los principales predictores estudiado.

Los resultados coinciden con los encontrados por González Forteza y cols. (1995 y 1998) quienes aseguran que los adolescentes con tendencias suicidas prefieren no buscar ayuda cuando tienen algún problema (se mantienen retraídos o asilados) y se caracterizan por obtener calificaciones bajas y percibir su desempeño escolar entre regular y malo.

Villardón (1993) obtiene que los alumnos con materias reprobadas presentan en general más pensamientos de suicidio que los sujetos con un buen rendimiento. Del mismo modo, encuentra que los sujetos que piensan que la valoración académica que los padres hacen de ellos es negativa presentan un mayor nivel de pensamiento de suicidio que los que piensan que sus padres les consideran normales o buenos estudiantes; y que los sujetos que se consideran a sí mismos negativamente en el ámbito académico tienen más ideación suicida que los sujetos que se valoran de forma neutral o positiva.

Por último, Blumental (1988) argumenta que la incidencia del acto suicida entre consumidores de drogas es alrededor de veinte veces mayor que para la población general. En nuestro país, Terroba y cols. (1987) y Narváez et al. (1991) han encontrado una estrecha relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y el intento suicida.

Las chicas con riesgo presentaron como síntomas más relevantes la depresión, la impulsividad, una estructura frágil y problemas familiares importantes. La depresión está directamente muy relacionada con la ideación suicida (Lester y Gatto, 1989). Algunos estudios asocian los trastornos depresivos con la ideación suicida considerando ésta como síntoma o como consecuencia de dichos trastornos depresivos. Goldberg (1981) en un estudio sobre síntomas depresivos e ideación suicida halla que el 22% de los adolescentes tenía conjuntamente síntomas depresivos e ideación suicida, mientras que sólo el 5% tenía ideación suicida sin síntomas depresivos. En otros estudios, en cambio, la depresión aparece como un factor que influye en la aparición de la ideación suicida, y

que puede ver incrementada o disminuida su acción por la presencia de otros factores. Estos estudios, por tanto, señalan una conexión entre depresión e ideación suicida, pero no una correspondencia exacta. Ni todos los depresivos presentan ideación suicida, ni todos los que presentan ideación suicida son depresivos. Además, debemos considerar que la nuestra es una población normal y no clínica y de ahí que los síntomas depresivos puedan estar atenuados al grado de no aparecer como clínicamente elevados.

A este respecto, en diversos estudios ha sido señalada como causa principal del intento de suicidio a los problemas familiares (Villatoro et. al., 1999) incluyendo las discusiones (Delgado, 1999), las relaciones familiares pobres, falta de comunicación entre los padres, abandono, rechazo familiar y ausencia de figuras paternas (Miranda, 2000). González-Forteza y Andrade (1995) encontraron que la comunicación adecuada entre padres y adolescentes era un factor protector relevante tanto de la depresión como de la ideación suicida. Existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida (Taylor, 1984; Fergusson, 1995); la ausencia de calidez familiar, la falta de comunicación con los padres y la discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión.

Los hallazgos generales para ambos sexos coinciden con los de Shaffer (1974) que concluye que un grupo de adolescentes entre 12 y 14 años eran inteligentes y aislados, mientras que otro grupo era agresivo, presentaba problemas conductuales en el colegio y exhibía una conducta de suspicacia y vulnerabilidad frente a la crítica.

Generalmente, las mujeres suelen presentar perfiles del MMPI-A más elevados que los masculinos, bien sea por la aceptación de su problemática, bien por su tendencia a exagerar su sintomatología. En este estudio no sucedió así. Los hombres con riesgo obtuvieron un perfil más elevado que el de las adolescentes en riesgo. Esto podría estarse debiendo a que la detección del riesgo se dio de una manera más apropiada entre los hombres, es decir que éstos efectivamente tienen una tendencia suicida y por lo tanto su psicopatología asociada, mientras que el grupo de las mujeres fue más heterogéneo en este sentido y un poco menos confiable.

## CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

La búsqueda directa de casos es un modo excelente y con buena relación costo/efectividad para identificar niños y adolescentes en posible riesgo en establecimientos escolares (Reynolds, 1991; Shaffer et al., 1996). Existe evidencia de que los adolescentes –si se les pregunta en forma no amenazante– brindarán información exacta sobre sus pensamientos o comportamiento suicida. Por lo tanto, una aproximación razonable a la prevención del suicidio consiste en rastrear sistemáticamente a los adolescentes de entre 12 y 15 años (un grupo etario con un riesgo suicida importante) en los aspectos abordados por el presente estudio a través del Instrumento de Riesgo Suicida: 1) Intentos de suicidio previos 2) preocupaciones suicidas recientes y serias (ideación y planeación suicida) y 3) Factores protectores contra el riesgo suicida.

El IRIS demostró ser un instrumento válido para medir el riesgo suicida, con una ventaja clara sobre los otros dos instrumentos con los que se abordó la problemática suicida: comprender tanto la ideación, la planeación y el intento suicida, como ciertos signos de depresión y factores protectores, que lo califican como una prueba que se aproxima de manera más adecuada al fenómeno suicida, dado su carácter multifactorial. El IRIS parece estar aportando información valiosa acerca de la tendencia suicida de los adolescentes; en general, los sujetos contestan de manera adecuada el instrumento y se muestran sinceros. El Inventario de Riesgo Suicida resultó apto para ser correlacionado con otros instrumentos como el EBIS y la Subescala de Ideación Suicida del MMPI-A, logrando así una aproximación complementaria del fenómeno del suicidio. El EBIS, a pesar de mostrar una consistencia interna muy buena, necesita aún ser estudiado en diversas investigaciones en México, tanto con muestra normal como clínica, para respaldar su uso y observarlo, sobre todo en población adolescente.

Al término de la investigación se puede concluir que el perfil psicológico de los adolescentes en riesgo suicida corresponde al que han descrito otros investigadores en la literatura psicológica. Los adolescentes con riesgo suicida poseen rasgos más elevados de inadaptación, sensibilidad a la crítica, sentimientos de soledad e incompreensión, así como recursos más reducidos para enfrentar los conflictos. A diferencia de los adolescentes de la muestra sin riesgo suicida que muestra un perfil con escalas no

elevadas y muy cercano al de la muestra normativa mexicana. Los adolescentes de la muestra con riesgo reportaron en el IRIS más ideación, planeación e intentos suicidas que la muestra sin riesgo; también mostraron más depresión y desesperanza y menos factores protectores que el resto.

A través del presente estudio se reafirma la importancia de contar tanto con instrumentos válidos y confiables como con un escenario conveniente para llevar a cabo la aplicación de los instrumentos. Las instituciones educativas ofrecen un espacio apropiado para implementar estrategias orientadas a la atención primaria de la salud y el desarrollo de acciones preventivas primarias. La prevención primaria incluye los esfuerzos que se dirigen hacia la reducción de la incidencia de nuevos casos en sujetos que aún no presentan algún tipo de trastorno, a través de la identificación de aquellos factores o condiciones de riesgo, entendidas como aquellos que aumentan la probabilidad de estructurar una patología, en este caso, el riesgo suicida elevado. Este estudio forma parte de un trabajo más amplio, cuyo objetivo es abordar la prevalencia y las características que distinguen a los adolescentes con problemas emocionales para poder prevenirlos y tratarlos.

Casullo (1992, 1998) afirma que las escuelas son escenarios donde aparecen emociones y conductas que pueden ser observados y compartidos por adultos y pares ajenos al núcleo primario familiar de pertenencia. La tesis presentada se propuso como una primera fase de la prevención del suicidio, que es la detección. Los resultados arrojados permiten de alguna manera identificar algunas condiciones de riesgo a fin de modificarlas en otras fases de la prevención. La evidencia empírica destaca que muchos adolescentes en situación de riesgo no son identificados oportunamente y cuando necesitan asistencia profesional apropiada no la buscan.

Se encontraron verdaderas limitaciones en el servicio de apoyo o atención que en general que la escuela en donde se llevó a cabo este estudio –al igual que muchas otras– puede brindar a sus estudiantes. Como sugerencia podría tenerse en cuenta la implementación de la detección de riesgo en otras escuelas no sólo públicas sino también privadas y considerar en la evaluación de las pruebas, la elevación de las diversas áreas del IRIS, la Subescala de Ideación Suicida del MMPI-A, especialmente los reactivos que

se refieren a ideación y deseo suicida (177. "Algunas veces pienso en matarme" y el 283. "La mayor parte del tiempo desearía estar muerto") por considerarse críticos, además del factor II del Beck, "Deseo de vida / muerte".

Es claro que los programas de rastreo necesitan ir más allá de la identificación de un adolescente con perfil de alto riesgo. Los jóvenes así identificados deberían ser derivados para evaluación y, si es necesario, para tratamiento. Pueden ser necesarios acuerdos de contingencias, para asistir a adolescentes no asegurados. Es importante destacar que de sólo uno de cada ocho intentos suicidas llega al conocimiento del terapeuta, aún cuando una gran cantidad de adolescentes solicita ayuda profesional entre uno y tres meses antes de intentar suicidarse (Gurmendi, 1994). Es por ello que resulta recomendable que en todos aquellos ámbitos donde exista una atención a la salud del adolescentes, se incluya al IRIS como instrumento de apoyo al clínico en sus primeras evaluaciones, lo cual lo guiará en la detección o descarte del riesgo suicida en los adolescentes. Del presente estudio, así como de otras evaluaciones que ya se han hecho como producto del programa de "Detección de factores de riesgo emocionales...." surge la idea del establecimiento de un modelo de intervención para adolescentes estudiantes con riesgo suicida a partir de un tamizaje realizado en su propia escuela. Esto permite una identificación temprana y en el entorno escolar, de aquellos estudiantes con riesgo suicida alto, medio y bajo.

En una posible intervención psicoterapéutica de los adolescentes detectados en riesgo se deberá trabajar con la impulsividad, la agresión, los sentimientos de desesperanza y depresión y los conflictos de interacción familiar y escolar. Sería conveniente promover en el adolescente la proyección de sus propios planes de vida, con metas a corto, mediano y largo plazo de tal forma que éste pueda ir reconociendo sus capacidades, sus logros y su motivación para vivir.

El presente trabajo también arrojó algunas limitaciones importantes. Una de ellas fue la falta de involucramiento y organización por parte del personal directivo y académico de la escuela, que en algunas ocasiones entorpecieron nuestra labor de evaluación. Considero que la investigación generó algunas aportaciones al campo psicológico, pese a que los hallazgos convergen con diversos estudios realizados con anterioridad tanto en

nuestro país como en el extranjero. Algunas de ellas podrían encaminarse a no minimizar el problema del suicidio a meras estadísticas: un alto porcentaje de adolescentes fue detectado en riesgo suicida. Sobra mencionar la complejidad inherente al fenómeno del suicidio del adolescente. Su evaluación y prevención implican esfuerzos conjuntos; todavía hay mucho por hacer para lograr sensibilizar a la población de que el suicidio es un problema que se puede tratar, y que las condiciones de vida actuales amenazan constantemente a los recursos internos y externos del joven individuo. No se trata ya de un movimiento en las tasas de intento de suicidio y suicidio; éste se ha convertido en un problema de salud que tiene repercusiones en el crecimiento de un país, desde su economía hasta en su evolución cultural. Es necesario y urgente desarrollar y mantener los programas que puedan proveer al adolescente de espacios para fomentar los factores protectores contra el suicidio y otros problemas emocionales así como el integrar la evaluación sistemática de tales intervenciones para construir modelos que expliquen mejor lo que le acontece al joven mexicano que presenta dificultades en su transición de la infancia a la adultez.

Finalmente, se advierte la conveniencia de seguir investigando sobre las conductas suicidas y se sugiere para futuras investigaciones algunas interrogantes: ¿Cómo están conceptualizando los adolescentes la idea de pensar o planear su propia muerte?, ¿Qué significa para ellos la afirmación "intenté quitarme la vida"?, ¿Cómo cambia el riesgo suicida a través de las diversas edades?, ¿Cómo enfrentan sus problemas los adolescentes con riesgo suicida y cómo los que no lo tienen?, ¿Qué diferencias existirían entre el presente estudio y uno con sujetos detectados en riesgo luego de un intento suicida comprobado?.

Para concluir sólo quisiera agregar que puesto que la adolescencia es una etapa crucial en la vida, ya que se generan importantes cambios corporales, psicológicos y sociales, es no sólo importante sino vital conocer los factores de riesgo que pueden desencadenar actos perjudiciales para la salud mental y física del adolescente. Recordemos también que la detección es el primer paso para promover la salud integral del adolescente en la comunidad, y que de ahí se deben abrir caminos a otras acciones oportunas. Los adolescentes de hoy son los adultos del mañana.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ajuriaguerra, J. (1998). *Manual de Psicopatología del Adolescente*. Barcelona, España: Masson.
- Alcántara Escalera Isabel. (1996). *La ideación suicida en relación a la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Anastasi, Anne y Urbina Susana. (1998). *Tests psicológicos*. México: Prentice-Hall.
- Artasánchez Franco, Silvia Amalia. (1999). *Factores de riesgo para la ideación suicida: análisis retrospectivo de factores de interacción y crianza*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Aristóteles. (1998). *Retórica*. Madrid: Alianza.
- Asarnow, J.R., Carlson G.A., & Guthrie, D. (1987). Coping strategies, self-perceptions, hopelessness, and perceived family environments in depressed and suicidal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 361-366.
- Ballesteros-Usano M. Suicides in Adolescence (1955). *Proceedings of the Internatal Congress of Mental Health, 282-289*.
- Beautrais, A.L., Joyce, P.R., Mulder, R.T., Fergusson, D.M., Deavoll, B.J. & Nightingale, S.K. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case-control study. *American Journal of Psychiatry, 153*, 1009-1014.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., Trexler, L. (1974). The Measurement of Pessimism: the Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 861-865.
- Beck, A. T., Beck, R., & Kovacs, M. (1975). Classification of suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality. *American Journal of Psychiatry, 132*, 285-287.
- Beck, A. T. & Kovacs, M. (1979). Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47* (2), 343-352.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M. & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry, 142*(5), 559-63.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Ranieri W. F. (1988). Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical Psychology, 44* (4), 499-505.
- Beck, A. T. & Steer R. A. (1991). *Manual for Beck Scale for Suicide Ideation*. New York: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Sanderson, W.C. & Skeie, T.M. (1991). Panic disorder and suicidal ideation and behavior: discrepant findings in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry, 148*(9), 1195-9.



Beck, A., Kovacs, M. & Weisseman, A. (1996). *Hopelessness and suicidal behaviour*. Essential papers on suicide. New York: New York University Press.

Belsasso, G. & Lara Tapia, H. (1974). El suicidio en México. *Revista del Instituto Nacional de Neurología*, 8(3), 5-24.

Blos, P. (1971). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Joaquín Mortiz.

Blos, P. (1980). *Los comienzos de la adolescencia*. Buenos Aires: Amorrurtu.

Blumental SJ. (1988). Suicidio: guía de factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. *Clin Med Norteam*, 4, 1001-1027.

Borowsky, I.W., Ireland, M. & Resnick, M.D. (2001). Adolescent suicide attempts: risks and protectors *Pediatrics*, 107(3), 485-92.

Bollen, K.A. & Philips, D.P. (1982). Imitative studies: a national study of the effects of television news stories. *Am Sociol Rev* 47, 802-809.

Borges, G., Rosovsky, H., Gil, A., Pelcastre, B. & López, J. (1993) Análisis de casos y controles de los intentos de suicidio en una muestra de servicios de urgencia. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 6(7), 37-39.

Borges, G., Rosovsky, H., Caballero, M.A., & Gómez, C. (1994). Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1991. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 5, 15-21.

Borges, G., Anthony, J. & Garrison, C. (1995). Methodological issues relevant to epidemiological investigations of suicidal behaviors of adolescents. *Epidemiological Reviews*, 17(1), 228-239.

Borges, G., Rosovsky, H., Gómez, C. & Gutiérrez, R. (1996). Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1993. *Salud Pública* 38(3), 197-206.

Botheram-Borus, M.J., Piacentini, J., Miller, S., Graae, F., & Castro-Blanco, D. (1994). Brief cognitive-behavioral treatment for adolescent suicide attempters and their Families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(4), 508-517.

Boyd, J.H. & Moscicki, E.K. (1986), Firearms and youth suicide. *American Journal of Public Health* 76,1240-1242.

Brent, D.A., Perper, J.A. & Allman, C.J. (1987). Alcohol, firearms, and suicide among youth: temporal trends in Allegheny County, Pennsylvania, 1960 to 1983. *JAMA* 257, 3369-3372.

Brent, D. A., Perper, J. A., Goldstein, C. E., Kolko, D.J., Allan, M.J., Allman, C.J., & Zeienak, J.P. (1988). Risk factors for adolescent suicide: A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 45, 581-588.

- Brent, D.A., Perper, J.A., Allman, C.J., Moritz, G.M., Wartella, M.E. & Zelenak, J.P. (1991). The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides: a case-control study. *JAMA* 266, 2989-2995.
- Brent, D.A., Perper, J., Moritz, G., Baugher, M. & Allman, C. (1993). Suicide in adolescents with no apparent psychopathology. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35, 494-500.
- Brent, D.A., Perper, J., Moritz, G. et al. (1994). Family risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Acta Psychiatr Scand* 89, 52-58.
- Brent, D.A., Moritz, G., Bridge, J., Perper, J., & Canobbio, R. (1996). The impact of adolescent suicide on siblings and parents: A longitudinal follow-up. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 253-259.
- Brent, D.A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T. & Chiappetta, L. (1999). Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38, 1497-1505.
- Brown J., Cohen P., Johnson J.G. & Smailes E.M. (1999). Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1490-1496.
- Brubeck D. & Beer, J. (1992) Depression, self-esteem suicide ideation, death anxiety and GPA in high school students of divorced and nondivorced parents. *Psychological Reports*. 71(754), 755-763.
- Butcher, J. & Pope, K. (1992). The research base, psychometric properties and clinical uses of the MMPI-2 and MMPI-A. *Canadian Psychology*. 33(1), 61-78.
- Butcher, J. & Williams, C. (1992). *Essential of MMPI-2 and MMPI-A: Interpretacion*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Cabildo, A.H. & Elorriaga, M.H. (1966). El suicidio como problema de Salud Mental. *Salud Publica Mex* (8), 441-451.
- Capuzzi, D. & Golden, L. (1988). *Preventing adolescent suicide*. Accelerated Development, Inc.: Indiana, USA.
- Casullo, M.M. (1998). *Adolescentes en riesgo*. Buenos Aires: Paidós.
- Centers for Disease Control and Prevention (1992). *Youth Suicide Prevention Programs: A Resource Guide*. Atlanta, GA: CDC.
- Clemente, M. & González, A. (1998). *Suicidio: una alternativa Social*. España: Biblioteca Nueva.
- Coleman, J. & Butcher, J. (1980). *Psicología de la anormalidad y vida moderna*. México: Trillas.

Cohen-Sandler, R., Berman, A.L. & King, R.A (1982). Life stress and symptomatology: Determinants of suicidal behavior in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21, 178-186.

Coolican, Hugh. (1994). *Métodos de investigación y estadística en Psicología*. México: Manual Moderno.

Craig, J. (2001). *Desarrollo psicológico*. México: Pearson Educación.

De la Fuente, R., Medina-Mora, M.E. & Caraveo, J. (1997). *Salud Mental en México*. México: F.C.E.

De Wilde, E.J., Kienhorst, I., Diekstra, R., Wolters, W. (1993). The specificity of psychological characteristics of adolescent suicide attempters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, : 51-9.

Delgado, R. (1999). *Perfil del Núcleo Familiar del adolescente con intento de suicidio*. Tesis de Especialidad en Pediatría Médica. UNAM.

Del Val, J. (1994). *El desarrollo humano*. México: Siglo XXI.

Deykin, E.Y., Alpert, J.J.& McNamara, J.J. (1985). A pilot study of the effect of exposure to child abuse or neglect on adolescent suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry* 142, 1299-1303.

Díaz del Guante, M.A., Molina Hernández, M. & Cruz Juárez A. (1994). Motivaciones para el suicidio e instrumentos de diagnóstico. *Psicología y salud, Jul-dic* (4), 90-116.

Díaz-Guerrero, R. (1984). Tristeza y psicopatología en México. *Salud Mental*, 7(2), 3-9.

Díaz Suárez, J., Sáiz Martínez, P.A., Bousoño García, M. & Bobes García, J. (1997). "Concepto y clasificación de las conductas suicidas", en *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Barcelona: Masson, 21-35.

Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud México. (1994) *En Buen Plan. Curso de Atención a la Salud Reproductiva para Adolescentes*. México DF: SSR.

Dubow, E. F.; Kausch, D. F.; Blum, M. C. & Reed, J. (1989). Correlates of suicidal ideation and attempts in a community sample of junior high and high school students. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 158-166.

Durkheim, E. *El suicidio*. México: Premia.

Elkind, D. (1978). *Niños y adolescentes : Ensayos interpretativos sobre Jean Piaget* . Barcelona: Oikos-Tau.

Elorriaga, M. (1972). Breve estudio sobre el problema del suicidio en la década 1960-1969. *Salud Pública de México*. 14, 487-498.

- Fergusson, D.M. & Lynskey, M.T. (1995). Childhood circumstances, adolescent adjustment and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 612-22.
- Fergusson D.M., Horwood, L.J. & Lynskey, M.T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood, II: psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35, 1365-1374.
- Ferrater Mora, J. (1979). *Diccionario de Filosofía*. Madrid: Alianza.
- Forbey, J. D. & Porath, S. B. (1998). *MMPI-2/MMPI-A Test Reports, a series from the University of Minnesota Press 4: A critical item set for the MMPI-A*. USA: University of Minnesota Press.
- Galvis, M.L. & Velasco, J.H. (1960). Epidemiología del suicidio en la República Mexicana. *Anales del Instituto Nacional de Antropología e Historia*, 12, :97-107.
- Garrison, Z.C., Lewinsohn, P., Marsteller, F., Langhinrichsen, J. & Lann, I. (1991). The assessment of suicidal behavior in adolescents. *Suicidal and Life-Threatening Behavior*, 21 (3), 217-231.
- Goldney, R. D.; Winefield, A. H.; Tiggemann, M.; Winefield, H. R. & Smith, S. (1989). Suicidal ideation in a young adult population. *Acta Psychiatr. Scand*, 79, 481-489.
- Gómez, C. & Borges, G. (1996). Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. *Salud Mental*;19, 45-55.
- Gómez Castro, C. (1996). *Relación entre la ideación suicida y el nivel de estrés psicosocial en estudiantes de nivel medio y medio superior del Distrito Federal*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Gómez Castro, I. (2003). *La ideación suicida en adolescentes y su relación con autoestima, locus de control e impulsividad*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- González-Forteza, C. & Rodríguez, E. (1993). Autoestima y sintomatología depresiva en adolescentes mexicanos: un estudio correlacional por género. *Revista ABP-APAL*. 15. 2, 59-64.
- González-Forteza, C. & Andrade Palos, P: (1994). Ideación suicida en adolescentes. *La Psicología Social en México*. (AMEPSO) V, :298-304.
- González-Forteza, C. & Jiménez, A. (1995). Factores socioculturales y suicidio. *Psicopatología*, 17(4), 151-157.
- González-Forteza, C., Jiménez, A. y Gómez, C. (1995). Indicadores psicosociales asociados con la ideación suicida en los adolescentes. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Reseña de la IX Reunión de Investigación*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 5: 135-139.
- González-Forteza C. (1996). *Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes*. Tesis de Doctorado en Psicología, Facultad de Psicología. México: UNAM.

González-Forteza, C.; Andrade Palos, P. & Jiménez, A. (1997) "Recursos psicológicos relacionados con el estrés cotidiano en una muestra de adolescentes mexicanos". *Salud Mental*, 20(1), 27-34.

González-Forteza, C.; Borges, G.; Gómez, C. & Jiménez, A. (1996) Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, 19. 33-38.

González-Forteza, C.; Jiménez, A. & Andrade, P. (1996). "Estrés cotidiano y recursos psicológicos en adolescentes varones de secundaria", en Asociación Mexicana de Psicología Social. *La psicología social en México*, 6. 476-482.

González-Forteza, C. & Jiménez, A. (1997). Factores socioculturales y suicidio. *Revista Psicopatología*, 17 (4).

González-Forteza, C.; Villatoro, J.; Medina-Mora, M. E.; Juárez, F.; Carreño, S.; Berenzon, S. & Rojas, E. (1997). Indicadores sociodemográficos de riesgo de estrés psicosocial de los estudiantes de educación media y media superior en la República Mexicana. *Salud Mental* 20(4), 1-7.

González-Forteza C., et al. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*. 21 (3), 1-9.

González-Forteza C., Berenzon, G.S., Tello, G.A., Facio, F.D. & Medina-Mora M.E.(1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres. *Salud Pública de México*, 40(5) 430-437.

González Forteza, C.; Berenzon, S. & Jiménez, A. (1999). Al borde de la muerte: problemática suicida en adolescentes. *Salud Mental*, Número Especial.

González-Forteza, C., Mariño, Mondragón, B.L. & Medina-Mora, M.E. (2000). Intento suicida y uso del tiempo libre en adolescentes mexicanos. *Revista internacional de Psicología Clínica y Salud*, 8 (1), 45-58.

Gonzalez Macip, S. (1998). *La ideación suicida como indicador para la prevención secundaria del suicidio en población estudiantil*. Tesis de Maestría en Psicología. México: UNAM.

González-Macip, S., Díaz Martínez A., Ortiz León, S., González-Forteza, C. & González-Núñez J., (2000) Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 23 (2). 21-30.

Goldberg, E. L. (1981). Depression and suicide ideation in the young adult. *American Journal of Psychiatry*, 138, 35-40.

Gould, M.S., Fisher, P., Parides, M., Flory, M. & Shaffer, D. (1996), Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 53,1155-1162.

Gould, M.S., Shaffer, D. & Kleinman, M. (1988). The impact of suicide in television movies: replication and commentary. *Suicide Life Threat Behav*, 18, 90-99.

Greenhill, L., Waslick, B., Parides, M., Fan, B., Shaffer, D. & Mann, J. (1995). Biological studies in suicidal adolescent inpatients. *Scientific Proceedings of the Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 124.

Guido, M. & Valadez, T. (2000). *Ser adolescente*. España: Trillas.

Gutiérrez, T. y cols. (1990). Factores de riesgo suicida. Un apoyo para el residente de psiquiatría. *Psiquiatría*, 1: 24-27.

Gutiérrez, T. P. & Solís-Cámara, P. (1989). El suicidio en San Luis Potosí: 1975-1984: Un enfoque epidemiológico psicosocial. *Salud Mental*. 12(4), 9-16.

Halperin, J.M., Sharma, V., Siever, L.J. et al. (1994). Serotonergic function in aggressive and nonaggressive boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 151, 243-248.

Harkavy-Friedman, J.M., Asnis, G., Boeck, M. et al. (1987). Prevalence of specific suicidal behavior in a high school sample. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1203-1206.

Harrington, R., Bredenkamp, D., Groothues, C., Rutter, M., Fudge, H., & Pickles, A. (1994). Adult outcomes of childhood and adolescent depression: III. Links with suicidal behaviors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1309-1319.

Heman, A. (1982). Consideraciones metodológicas de la investigación sobre intento de suicidio. *Revista enseñanza de la investigación en Psicología*, 8(1), 95-106.

Heman, A. Deseo de morir y realidad del acto en sujetos con intento de suicidio. (1984). *Salud Pública de México*, 26 (1), 39-49.

Hergenroeder, A. (1986). The pediatrician's role in adolescent suicide. *Pediatric Annals*, 15 (11), November.

Hewitt P.L., Newton, J., Flett, G.L. & Callander, L. (1997). Perfectionism and suicide ideation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 95 -101.

Hollis, C. (1996). Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 622-630.

Inamdar, S.C., Siomopoulos, G., Osborn, M. & Bianchi, E.C. (1979). Phenomenology associated with depressed moods in adolescents. *Am J Psychiatry*, 136, 156-159 .

INEGI. (1997). *Estadísticas de Suicidios e intentos de Suicidio*. México: Instituto Nacional de Estadística.

Inhelder, B. y Piaget, J. (1958). *The growth of logical thinking; from childhood to adolescence : An essay on the construction of formal operational structures*. New York: Basic Books.

Kaplan, S.J., Pelcovitz, D., Salzinger, S., Mandel, F. & Weiner, M. (1997). Adolescent physical abuse and suicide attempts. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry* 36, 799-808.

- Kreitman, N. (1987). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Crisis*, 8(2),1-13.
- Kruesi, M.J., Swedo, S.E., Hamburger, S.D. & Potter, W.Z.. (1988). Concentration gradient of CSF monoamine metabolites in children and adolescents. *Biological Psychiatry*, 24, 507-514.
- Jiménez, J.A., Mondragón, L. & González-Forteza, C. (2000). Autoestima y Sintomatología Depresiva en la Ideación suicida. *La Psicología Social en México*, 8, 185-191.
- Jiménez, N. R. & Rico, M.G. (1978). El suicidio en México, enfoque epidemiológico. *Salud Pública* 20 (1),: 67-68.
- Ladame, F. (1981) *Tentativas del Suicida Adolescente*. Paris: Masson.
- Lazard, S.P. (1988). *Probabilidad de riesgo suicida en adolescentes masculinos que hayan perdido al padre por muerte o por abandono*. Tesis de Doctorado en Psicología. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Lester, D. & Gatto, J. (1989). Self-destructive tendencies and depression as predictors of suicidal ideation in teenagers. *Journal of Adolescence*, 12, 221-223.
- López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas (1995). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. *Salud Mental*, 18(4), 25-32.
- Loza Canales Georgina Susana. (1998). *Factores de personalidad y sucesos de vida estresantes en adolescentes con intento de suicidio*. Tesis de Maestría. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Lucas, C.P., Shaffer, D., Parides, M. & Wilcox, H. (1995). *Unstable reporting of suicidal behavior and ideation*. Paper presented at XVIIIth Congress of the International Association for Suicide Prevention and Crisis Intervention, Italy.
- Lucio, E., Ampudia, A. y Durán, C. (1998). *Manual para la administración y calificación del Inventario Multifásico de Minnesota Adolescentes (MMPI-A). Versión en español*. México: Manual Moderno.
- Lucio, E. y Durán, C. (2001). *Sucesos de vida. (versión para adolescentes)*. Manual. México: Manual Moderno.
- Marchiori, H. (1998). *El suicidio : enfoque criminológico*. México : Porrúa.
- Mann, J.J., Oquendo, M., Underwood, M.D. & Arango, V. (1999). The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (2), 7-11.
- Mardomingo, M. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente : método, fundamentos y síndromes*. Madrid: Díaz de Santos.
- Martínez Gómez, C. (2001). *Salud Familiar*. La Habana: Científico Técnica.

- Marttunen, M.J., Hillevi, M.A., Henriksson, M.M. & Lonnqvist, J.K. (1991). Mental disorders in adolescent suicide: DSM-III-R Axes I and II diagnoses in suicides among 13-to 19-year-olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 834-839.
- Mata, J. Suicidio e intento de suicidio en el embarazo. (1984). *Revista de Obstetricia y Ginecología de Caracas*, 49(3), 176-182.
- Medina-Mora, M.E., Rascón, M.L., Tapia, R., Marino, M.C., Juárez, F., Villatoro, J. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*. 48-55.
- Medina-Mora, M.E., López, E.K., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzón, S., Rojas, E. (1994). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. *Anales VI. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Reseña de la IX Reunión de Investigación*, 7-14.
- Meninger, K.A. (1972). *El hombre contra sí mismo*. Barcelona: Península.
- Minkoff, K., Bergman, E. & Beck, A. (1973). Hopelessness, depression and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 130, 455-459
- Miranda, S. (2000). *Suicidio e intento de suicidio en la población escolar y adolescente del Hospital Infantil de México de 1990-1999*. Tesis de Especialidad en Pediatría Médica. México: Facultad de Medicina, UNAM.
- Molnar, B.E., Shade, S.B., Kral, A.H., Booth, R.E. & Watters, J.K. (1998). Suicidal behavior and sexual/physical abuse among street youth. *Child Abuse Neglect*, 22, 213-222.
- Mondragón, B.L., Saltijeral, M.T., Bimbela, A. & Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*, 21(5), 20-27.
- Munist, M. & cols.(1998). *Manual de Identificación y Promoción de la Resiliencia en niños y adolescentes*. OPS-OMS-Fundación W.K. Kellog. Fundación sueca para el desarrollo internacional (ASDI).
- Murphy, G.E. & Wetzel, R.D. (1982). Family history of suicidal behavior among suicide attempters. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 170, 86-90.
- Myers, K.M., Burke, P., & McCauley, E. (1982). Family history of suicidal behavior among suicidal attempters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 474-480.
- Narváez, A., Rosovsky H. & López, J. (1991). Evaluación del consumo de alcohol en los intentos de suicidio: un estudio con pacientes atendidos en servicios de urgencias. *Salud Mental*. 14: 6-12.
- Nelson, V. (1995). *Tratado de Pediatría*. España: Salvat Editores S.A..
- Nunnally, C.(1987). *Teoría Psicométrica*. México: Trillas.



O'Carroll, P., Berman, A., Maris, R. & Moscicki, E. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life Threatening Behavior*; 26, 237-252.

Olfson, M., Marcus, S.C., Pincus, H.A. & Zito, J.M. (1998). Antidepressant prescribing practices of outpa-tient psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry*, 55, 310-316.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional*, "Trastornos Mentales y Cerebrales, Departamento de Salud Mental y Toxicomanías." Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud. (1993). *Manual de Salud para la atención del adolescente*. México: Serie Paltex..

Organización Panamericana de la Salud.(1995). *Salud del Adolescente*. Washington: OPS/OMS.

Peterson, B., Zhang, H. & Santa Lucía, R. (1996). Risk factors for presenting problems in child psychiatric emergencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1162-73.

Pteffer, C. R., Plutchik, R., Mizruchi, M. S., & Lipkins, R. (1986). Suicidal behavior in child psychiatric inpatients and outpatients and in nonpatients. *American Journal of Psychiatry*, 143, 733-738.

Pfeffer, C.R., Normandin, L. & Kakuma, T. (1994), Suicidal children grow up: suicidal behavior and psychiatric disorders among relatives. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1087-1097.

Pteffer, C.R., Hurt, S.W., Peskin, J.R. & Siefker, C.A. (1995). Suicidal children grow up: Ego functions associated with suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Pscychiatry*, 34, 1318-1315.

Pfeffer, C.R., McBride, P.A., Anderson, G.M.,& Khait, V. (1998). Peripheral serotonin measures in prepubertal psychiatric inpatients and normal children: associations with suicidal behavior and its risk factors. *Biological Psychiatry*, 44, 568-577.

Pfeffer C.R., Hong Jiang, & Kakuma T. (2000). Child-adolescent Suicidal Potential Index (CASPI): A Screen for Risk for Early Onset Suicidal Behavior. *Psychological Assessment*, 12(3), 304-318.

Robins, E.R., Murphy, G.E., Wilkinson, R.H., Gassner, S. & Kayes, J. (1959). Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *American Journal of Public Health*, 49, 888-899.

Rojas, E. (1986). *Estudio sobre suicidio*. México: Salvat.

Rosenber, M. & Davidson, L. (1988). Operational Criteria for the Determination of Suicide. *Journal of Forensic Sciences*. 33:1445-1456.

Ros Montalbán, S. (1998). La conducta suicida. España: Ela.

Saltijeral, M.T. & Terroba, G. (1987). Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en la década de 1971 a 1980 en México. *Salud Mental*, 29(4), 345-360.

Sarró, B. & cols. (1991). *Los suicidios*. Barcelona : Martinez Roca.

Sauceda, G. & Higuera, F. (1997). Intento de suicidio en la niñez y la adolescencia: ¿síntoma de depresión o de impulsividad agresiva? *Bol Med Hosp Infant Mex*, 54, 169-175.

Seiffge-Krenke, I. (1998). *Adolescents Health: a developmental perspective*. Hillside, NJ, EUA: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Shaffer, D. (1974). Suicide in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 15, 275-91

Shaffer, D. (1987). *Suicide and depression in children and adolescents*. New York: State Psychiatric Institute Press.

Shaffer, D. (1988). The epidemiology of teen suicide: An examination of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49, 36-41.

Shaffer, D., Gould, M.S., Fisher, P. et al.(1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 53, 339-348.

Shaffer, D. & Pfeffer, C. (2001). Parámetros Prácticos para la Evaluación y Tratamiento de Niños y Adolescentes. *Revista Electrónica de Psiquiatría del Uruguay* 65(2).

Schneidman, S. (1981). Suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 11(4), 198-220.

Silva, A. (1992). *Métodos cuantitativos en Psicología; un enfoque metodológico*. México: Trillas.

Silverman, A.B., Reinherz, H.Z. & Giaconia, R.M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse Neglect*, 20, 709-723.

Sociedad Mexicana de Psicología. (2002). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.

Spirito, A., Overholser, J., & Hart, K. (1991). Cognitive characteristics of adolescent suicide attempters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 604-608.

Steer, R., Kumar, G., Beck, A.T. (1993). Self-reported suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61(6): 1096-1099.

Stengel, E. (1965). *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. México: Horme.

Strasburger, V. & D. Greydanus, eds. (1990). The at-risk adolescent. *State of the Reviews 1990* 1(1). Philadelphia: Hanley and Belfus, Inc

Taylor, E.A. & Stansfeld, S.A. (1984). Children who poison themselves: a clinical comparison with psychiatric controls. *British Journal of Psychiatry*, 145, 127-35.

Terroba, G., Heman, C., Saltijeral, M., y Martínez, P. (1986). El intento de suicidio en adolescentes mexicanos: algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos. *Salud Pública de México*, 28: 48-55.

Terroba, G., Saltijeral, M. & Del Corral, R (1987). . El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida. *Salud Mental*. 5, 92-97.

Terroba, G., Saltijeral, T. & Gómez, M. (1988). El suicidio y el intento de suicidio: Una perspectiva general de las investigaciones realizadas durante los últimos años. *IV. Reunión de Investigación. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 310-315.

Thompson, T.R: (1987). Childhood and adolescent suicide in Manitoba. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32, 264-9

Thurber, S., Crow, L.A., Thurber, J.A. y Woffinton, L. M. (1990). Cognitive distortions and depression in psychiatrically disturbed adolescent inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 57-59.

Villardón, G.L. (1993). *El pensamiento de suicidio en el adolescente*. España: Instituto de Ciencias de la Educación.

Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Cardiel, H., Villa, G. & Alcantar, E. (1999). *Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 1997. Reporte global de Escuelas Secundarias*. México: SEP, IMP.

Weller, E. (1989). Pediatric Management of Depression. *Pediatrics Annals*, 18(2), 240-253.

## APÉNDICES