



**Universidad Nacional Autónoma De México**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**RASGOS DE PERSONALIDAD EN INDIVIDUOS  
CON INTENTO DE SUICIDIO**

**T E S I S**

Que para obtener el título de  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**ANDREA CATALINA CANO MARTÍNEZ**

**DIRECTORA: DRA. MARÍA TERESA  
MONJARÁS RODRÍGUEZ**

**REVISORA: DRA. EDITH ROMERO GODÍNEZ  
COMITÉ:**

**MTRA. LAURA ANGELA SOMARRIBA ROCHA  
MTRA. LAURA AMADA HERNANDEZ TREJO  
DRA. BLANCA ESTELA BARCELATA EGUIARTE**

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2021





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## **Dedicatorias**

A mi madre, por siempre apoyarme en todos los aspectos de mi vida, por su paciencia y comprensión. Mi más sincero agradecimiento por alentarme y preocuparse por mí cuando lo necesitaba, por siempre ponerme en primer lugar. Ella es mi motor y mi apoyo.

A mi padre, por hacerme la niña más feliz del mundo, por enseñarme a ser una mejor persona, a levantarme de cualquier adversidad y que los malos momentos siempre pasan.

A mi familia por todos los momentos de celebración y apoyo que nos han brindado tanto a mis padres como a mí.

A mis amigas y amigos, por su empatía, regaños y paciencia, por hacer mis días más divertidos y estar en los momentos difíciles.

## **Agradecimientos**

Investigación realizada gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM RN305719. Agradezco a la DGAPA-UNAM la beca recibida.

A la Universidad Autónoma de México, por la gran oportunidad de ser parte de una de las mejores instituciones del país, fue un sueño hecho realidad. A la Facultad de Psicología por los conocimientos otorgados a lo largo de la carrera.

A la Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo le agradezco por permitirme ser parte de su proyecto, por su respaldo y paciencia, por ser un gran ejemplo a seguir y por compartir su conocimiento.

A la Mtra. Consuelo Durán Patiño, le agradezco por el apoyo otorgado en la realización de mi tesis en la elaboración del análisis de datos, así como su disposición y amabilidad.

A la Dra. María Teresa Monjarás Rodríguez le agradezco su dirección, apoyo y paciencia. Gracias por compartirme su conocimiento de forma amable y siempre disponible.

Al Mtro. Alejandro Vázquez García le agradezco por permitirme ser parte de su proyecto y autorizarme el uso de una parte sus datos, para la realización de este trabajo.

A todo mi comité por sus aportaciones durante la realización de la tesis y en especial en la última etapa.

Y a todas y todos mis compañeros del cubículo por su compañía, aportaciones, y retroalimentación.

## Índice

<b>Resumen</b> .....	1
<b>Introducción</b> .....	2
<b>Capítulo 1. Teorías de la Personalidad y Rasgos de la Personalidad Psicopatológica</b> .....	4
1.1 Definición.....	4
1.2 Teorías de Personalidad.....	5
1.2.1. Psicoanálisis.....	6
1.2.2. Teoría Conductista.....	9
1.2.3 Teoría Humanista.....	11
1.2.4 Teoría Cognoscitiva del Aprendizaje Social.....	14
1.2.5 Teoría de los Rasgos.....	17
1.3 Personalidad Patológica.....	20
1.3.1. El Modelo de la Personalidad Psicopatológica de Cinco Factores (PSY-5) de Harkness y McNulty (1994).....	22
<b>Capítulo 2. Suicidio y Tipos de Conductas Suicidas</b> .....	25
2.1 Definición.....	25
2.2 Epidemiología.....	27
2.3 Teoría de la Conducta Suicida.....	30
2.3.1. Modelo Diátesis- Estrés del Suicidio.....	30
2.3.2. Modelo Motivacional Volitivo Integrado (IMV).....	32
2.3.3. Modelo Cognitivo de la Conducta Suicida.....	33
2.3.4. Teoría del Flujo de Vulnerabilidad (FVT, Fluid Vulnerability Theory).....	37
2.3.5. Teoría Interpersonal del Suicidio.....	38
2.4 Tipos de Conducta Suicida.....	42
2.5 Factores de Riesgo.....	46
2.5.1. Factores Sociodemográficos.....	46
2.5.1.1. Sexo.....	46
2.5.1.2. Edad.....	47

2.5.1.3. Distribución Geográfica y Migración.....	48
2.5.1.4. Nivel Socioeconómico/ Ingresos.....	48
2.5.1.5. Nivel Educativo.....	49
2.5.2. Factores Clínicos del Riesgo Suicida.....	49
2.5.2.1. Abuso de Alcohol.....	49
2.5.2.2. Enfermedad Física.....	50
2.5.2.3. Trastornos Anímicos y de Ansiedad.....	50
2.5.2.4. Trastornos de Personalidad.....	51
2.5.2.5. Intentos Previos.....	52
2.6 Factores de Protección.....	53
2.6.1. Apoyo Social.....	53
2.6.2. Estado Civil.....	54
2.6.3. Religión.....	54
<b>Capítulo 3. Intentos de Suicidio y Eventos Precipitantes.....</b>	<b>56</b>
3.1 Epidemiología.....	56
3.2 Personalidad en Población con Intento Suicida.....	58
3.3 Tentativa Única VS Tentativas Múltiples.....	60
3.4 Eventos Precipitantes.....	61
<b>Capítulo 4. Método.....</b>	<b>64</b>
4.1 Planteamiento del Problema y Justificación.....	64
4.2 Preguntas de Investigación.....	65
4.3 Objetivos.....	66
4.3.1 Objetivo General.....	66
4.3.2 Objetivos Específicos.....	66
4.4 Hipótesis.....	66
4.5 Variables.....	67
4.5.1. Intentos Suicidas.....	67
4.5.2. Rasgos de Psicopatología de la Personalidad.....	67
4.5.3 Características Sociodemográficas.....	69

4.5.4 Eventos Precipitantes.....	69
4.6 Tipo de Estudio.....	70
4.7 Diseño.....	70
4.8 Participantes.....	70
4.8.1 Muestreo y muestra.....	70
4.8.2 Criterios de Inclusión.....	71
4.8.3 Criterios de Exclusión.....	71
4.9 Instrumentos.....	72
4.9.1 Entrevista Directiva para la Evaluación del Riesgo Suicida.....	72
4.9.2 Cinco Factores del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (PSY-5).....	72
4.10 Procedimiento.....	73
4.11 Análisis de Datos.....	74
<b>Capítulo 5. Resultados.....</b>	<b>75</b>
5.1 Características Sociodemográficas de la Muestra.....	75
5.2 Distribución de los Rasgos de Personalidad Patológica en la Muestra.....	87
5.3 Distribución de los Eventos Precipitantes en la Muestra.....	91
<b>Capítulo 6. Discusión y Conclusiones.....</b>	<b>93</b>
6.1 Discusión y Conclusiones.....	93
6.2 Limitaciones y Sugerencias.....	98
<b>Referencias.....</b>	<b>99</b>

## Resumen

El objetivo de la presente investigación fue describir las características sociodemográficas, los cinco rasgos de psicopatología de la personalidad y los eventos precipitantes en una muestra de adultos con intento de suicidio; en segundo lugar, conocer las diferencias de los cinco rasgos de psicopatología de la personalidad en personas con una y múltiples tentativas suicidas. Se realizó un estudio de tipo descriptivo comparativo, transversal. Participaron 45 pacientes que solicitaron valoración psiquiátrica en un Hospital Psiquiátrico por haber tenido uno o más intentos de suicidio, con edades entre los 18 y 70 años ( $M= 32.37$ ,  $D.E.= 11.87$ ). Se utilizaron: la Entrevista Directiva para la Evaluación del Riesgo Suicida (Vázquez, en prensa) y los Cinco Factores del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota -2- R (PSY-5) versión en español para México. Los resultados obtenidos indicaron que la muestra, se constituyó en su mayoría por mujeres con un rango de edad entre 21 a 24 años ( $M= 21.92$ ,  $D.E.= 1.38$ ). En cuanto a la distribución de los rasgos de personalidad patológica se encontró que la puntuación T fue alta en la escala de Psicoticismo tanto para hombres ( $T= 72.56$ ) como para mujeres ( $T= 70.78$ ). Sobre la comparación entre los grupos por número de intentos y los rasgos de personalidad patológica resultó que las mujeres con múltiples intentos obtuvieron puntuaciones mayores en la escala de Psicoticismo que aquellas con un intento previo. Por último, los eventos precipitantes encontrados con más frecuencia se relacionaron con la familia y pareja. En conclusión, el intento de suicidio es una problemática multicausal que requiere un análisis multifactorial como: la presencia de rasgos de la personalidad, la familia, estrategias de afrontamiento, entre otros; para así poder contribuir al tratamiento preventivo y a las intervenciones relacionadas con esta problemática.

*Palabras clave:* suicidio, intento de suicidio, rasgos de personalidad patológica, eventos precipitantes.

## Introducción

El suicidio se ha convertido en un problema de salud mundial de acuerdo con las estadísticas de mortalidad, por lo que su estudio, así como su relación con otras variables, como son: la dinámica familiar, antecedentes personales y familiares de psicopatología y suicidalidad, estrés y factores de personalidad (Brezo, Paris & Tureck, 2006) son relevantes en la elaboración de medidas preventivas para contrarrestar el incremento en las estadísticas.

Se ha observado que en el estudio de personas con intentos previos de suicidio es importante tener en cuenta factores como la personalidad, se han encontrado diferencias entre pacientes con una tentativa y pacientes con múltiples intentos, éstos últimos presentan un perfil clínico particularmente severo, caracterizado por un grado sumamente alto de psicopatología, suicidabilidad y una disfunción interpersonal (Monnin, et al., 2012).

Para comprender mejor el tema fue necesario incorporar al marco teórico algunos conceptos, teorías, modelos, factores de riesgo y de protección, datos epidemiológicos y toda aquella información que permita comprender estas conductas y su relación con factores interpersonales e intrapersonales.

En el capítulo uno “Teorías de la personalidad y rasgos de la personalidad psicopatológica” se refieren a las diversas teorías desde las que se ha estudiado la personalidad, así como todos aquellos conceptos importantes del modelo de la personalidad psicopatológica de cinco factores (PSY-5) de Harkness y McNulty (1994).

En el capítulo dos, “Suicidio y tipos de conductas suicidas” se describe cómo se ha ido conceptualizando el suicidio a lo largo de la historia en diversos ámbitos, así como los datos epidemiológicos que ayudan a identificar los alcances y la delicadeza del tema, posteriormente se hace referencia a las diferentes teorías que explican el fenómeno. Por último, se enlistan los factores de riesgo y protección asociados.

En el capítulo tres se aborda específicamente el tema intentos de suicidio haciendo referencia a los datos epidemiológicos, por otra parte, se considera que el intento de suicidio es el factor de riesgo más importante para el suicidio por lo que también se ha encontrado evidencia en diversos estudios sobre rasgos de la personalidad que pueden estar asociados a la tentativa suicida diferenciando entre un intento y múltiples intentos.

En el capítulo cuatro, se encuentra el Método, aquí se describe: el planteamiento del problema, la justificación, las preguntas de investigación, los objetivos, las hipótesis, los instrumentos empleados y el análisis que se llevó a cabo. Finalmente, en el capítulo 5 y 6 se presentan los resultados encontrados y la discusión y conclusiones de la presente investigación.

Este trabajo pretende identificar si existen diferencias en los rasgos de personalidad de pacientes con un intento de suicidio y pacientes con múltiples intentos. Además, será posible observar cuáles son los eventos precipitantes más recurrentes en pacientes con intentos previos de suicidio.

# Capítulo 1. Teorías de la Personalidad y Rasgos de la Personalidad Psicopatológica

## 1.1 Definición

El hablar sobre el concepto de personalidad es complejo, pues como suele ocurrir con otros conceptos psicológicos, como la conciencia, inteligencia y demás, los límites se hacen borrosos. De acuerdo con Polaino-Lorente (2003) el estudio de la personalidad cuenta con algunas dificultades, la primera dificultad surge al considerar los rasgos o características de la personalidad que definen a cada persona, pues si bien es cierto que la personalidad abarca un conjunto de cualidades que definen al ser humano no es un conglomerado ni la suma de procesos inconexos.

Una segunda dificultad surge de la consideración acerca de su variabilidad o permanencia; la personalidad es dinámica y cambiante, pero al mismo tiempo se observa en ella una cierta permanencia que nos permite reconocernos a pesar de los cambios.

La tercera dificultad es la ambigüedad en definir si se trata de un concepto biológico o cultural, ya que, aunque se encuentra condicionada por una herencia biológica, no se determina por ésta, sino que termina por ampliarse debido a las influencias que el medio ambiente ejerce sobre ella y a las que ha de adaptarse, de igual manera la personalidad tampoco se reduce a un mero producto cultural.

Por lo anterior es difícil encontrar una definición que sea aceptada por todos los sectores, por lo que toda definición de personalidad está ligada al marco desde el que el científico la contempla. Polaino-Lorente (2003) siguiendo lo propuesto por Pinillos (1975) sostiene que la personalidad significa:

1. Algo distintivo y propio de cada individuo.
2. La presencia de un modo habitual de responder a situaciones heterogéneas.
3. Que tiende a interpretarse en términos de sistema de rasgos o de organización global de funciones adaptativas.

4. Que está abierto a un conjunto de determinantes biológicos y sociales, que inscriben las funciones cognitivas en una red de relaciones que las condicionan profundamente.
5. El sistema de indicadores que permiten la predicción del comportamiento bajo condiciones específicas.

La personalidad se puede analizar desde diferentes perspectivas siendo las principales las que quedan enmarcadas en las teorías y enfoques que se presentan a continuación.

## **1.2 Teorías de la Personalidad**

Las teorías de la personalidad buscan dar una explicación teórica de los procesos y características psicológicas fundamentales de la conducta de las personas, con el objetivo de poder comprender, aclarar y anticipar la conducta (Lázaro, 2015). En la actualidad no existe ninguna ley que explique los tipos de conducta en su totalidad, por lo que cada teoría sigue desarrollando su propia literatura e investigación.

Según Cloninger (2003) esta fragmentación se debe a tres motivos: el primero, las grandes divisiones de la psicología entre lo que tradicionalmente se ha llamado “las dos disciplinas” o “las dos culturas” de la psicología. Un lado pone énfasis en la experimentación y en estudios con grupos de personas y el otro está más interesado en los individuos y no le importa comprometer el rigor experimental para enfocarse en los aspectos de la persona que no pueden ser estudiados en forma experimental.

Segundo las teorías pueden tener diferentes áreas de aplicación, por ejemplo, algunas teorías ayudan a entender la psicopatología y otras el cómo reaccionan los individuos a un evento estresante; y en tercer lugar las teorías se especializan en las diferentes influencias sobre la personalidad, algunas se enfocan en las experiencias tempranas, otras en el pensamiento o en la influencia biológica, etc.

Es por eso que al revisar diversas teorías se obtienen las herramientas para una mejor comprensión de los fenómenos que cualquier teoría por sí sola pudiera abarcar.

### **1.2.1. Psicoanálisis**

La perspectiva psicoanalítica de la personalidad es uno de los enfoques más conocidos fuera de la psicología, la teoría del psicoanálisis surgió a finales del siglo XIX. El exponente más reconocido dentro de esta corriente es Freud, quien propuso que las fuerzas psicológicas inconscientes afectan en forma poderosa al pensamiento humano y al comportamiento. Estas fuerzas se originan en las emociones de la niñez y continúan su influencia durante toda la vida (Cloninger, 2003).

De acuerdo con Freud los elementos que integran y configuran la personalidad se encuentran en tres niveles de conciencia: el consciente, preconsciente e inconsciente. El consciente se refiere a las experiencias de las cuales la persona se da cuenta, incluyendo los recuerdos y acciones intencionales. El preconsciente se relaciona con aquella información que se encuentra de alguna manera disponible, pero es complicado entender y recuperar. Los contenidos no están presentes en la mente en ese momento y se puede acceder a él mediante sueños, fantasías o recuerdos. El inconsciente alude a aquellos procesos mentales de los cuales la persona no se da cuenta, en este nivel la información es inaccesible para el sujeto, al menos de un modo inmediato y espontáneo, ya que se encuentran los recuerdos traumáticos olvidados y los deseos negados (Lázaro, 2015).

Freud (1923, citado en Lázaro, 2015) desarrolló la estructura de la personalidad como necesidad de establecer con mayor claridad la relación entre el inconsciente y cómo este explica la neurosis y otros procesos, de esa manera describe tres estructuras de la personalidad el Ello, Yo y Superyó.

El Ello es la única estructura de personalidad presente desde el nacimiento, funciona según el principio del placer y representa los impulsos más primitivos del ser humano.

El Yo surge de la necesidad de una estructura que actúe como mediadora entre el Ello y el mundo exterior, la salud mental requiere de un yo fuerte, que pueda responder y adaptarse a las situaciones del exterior, por lo que se dice que es la

estructura del aparato psíquico más vinculada a la conciencia y que mejor representa a la razón y a la cordura.

La tercera estructura de la personalidad es el representante interno de las reglas y restricciones morales y éticas por parte de la familia y la sociedad. Genera culpa, vergüenza y reproche hacia ciertas actitudes no aceptadas éticamente y además surge un ideal del yo, el cual es una imagen de lo que queremos ser, nuestros estándares internos.

Otro gran legado por parte de Freud y su teoría es el desarrollo evolutivo de la personalidad, dentro de este desarrollo la personalidad involucra una serie de conflictos entre el individuo, quien quiere satisfacer sus impulsos instintivos, y el mundo social, por lo que la personalidad estará determinada por la manera en que se abordan las etapas psicosexuales (Morris & Maisto, 2005, citado en Montañó, Palacios & Gantiva, 2009). Freud distingue las siguientes etapas: la oral, la anal, la fálica y latencia.

La etapa oral abarca los primeros 18 meses de vida, en los que el niño obtendrá placer por medio de la boca a través de la succión del pecho de la madre, el conflicto en esta etapa se da al momento de destetar al niño. Los niños que obtienen buena gratificación durante esta etapa tienden a ser adultos optimistas, crédulos y confiables, mientras que los que no son satisfactoriamente gratificados tienden a ser pesimistas, sarcásticos, discutidores y hostiles (Pervin & John, 1998).

La etapa anal comprende de los 18 meses a los 3 años aproximadamente, en esta etapa el niño disfruta el controlar, reteniendo y expulsando las heces fecales de acuerdo con su voluntad; pero el conflicto se da conforme la familia demanda el control de ir al baño. Se cree que los hijos de padres estrictos en el entrenamiento de control de esfínteres tienden a ser autodestructivos, obstinados, mezquinos y excesivamente ordenados durante la edad adulta.

La etapa fálica se da de los 3 a los 6 años y consiste en el interés y atracción que el niño experimenta por sus genitales, esta estimulación no tiene en la mayoría de los niños ninguna significación erótica, sino que se explica mejor apelando a la

conducta auto exploratoria y al deseo de conocer que los niños suelen tener en esta etapa de la vida. El conflicto, de acuerdo con lo que Freud propone, se enfoca en el castigo por la masturbación y la compleja fantasía del niño sobre una unión sexual con el padre del sexo opuesto, un deseo que es frustrado ya que está en conflicto con el tabú universal del incesto, lo que se conoce como el complejo de Edipo. Las personas que no reciben suficiente gratificación durante esta etapa tienden a mostrarse como egoístas, vanidosos, con baja autoestima, tímidos y con sentimientos de minusvalía durante la edad adulta.

La etapa de latencia dura desde los cinco, seis o siete años hasta la pubertad, más o menos a los 12 años. Durante este período, Freud supuso que la pulsión sexual se suprimía al servicio del aprendizaje.

Por último, la etapa genital empieza en la pubertad y es la etapa donde se finaliza, organiza e integra el comportamiento sexual. El carácter genital es el ideal de Freud de un completo desarrollo, ya que, se desarrolla si las fijaciones han sido evitadas. Tal persona no tiene conflictos significativos pre edípicos; disfruta una sexualidad satisfactoria; y le interesa la satisfacción de la pareja de amor, evitando el narcisismo egoísta.

Otro punto importante de la teoría psicoanalítica de Freud son los mecanismos de defensa del Yo, estos mecanismos son estrategias de las que se sirve el Yo ante la angustia suscitada como consecuencia de los impulsos instintivos y de la libido, que se perciben como amenazadores (Polaino-Lorente, 2003). Los mecanismos de defensa varían desde los muy primitivos, primero desarrollados en la infancia, hasta los más maduros, desarrollados más tarde (Kernberg, 1994; Vaillant, 1971, 1992, 1993, citado en Cloninger, 2003).

Estos mecanismos son: la negación, la represión, la proyección, la formación reactiva, desplazamiento, introyección, identificación, aislamiento, regresión racionalización, intelectualización y sublimación (Cloninger, 2003; Boeree, 1998). Todo el mundo necesita de los mecanismos de defensa para enfrentar la vida, sin

embargo, la gente que está mejor adaptada utiliza defensas más maduras, como la sublimación, mientras que el empleo extenso de defensas primitivas es enfermizo.

### **1.2.2. Teoría Conductista**

El conductismo ha sido uno de los enfoques más importantes de la psicología moderna, uno de los principales defensores de esta corriente fue Watson quien definió la personalidad en términos de conducta, es decir, los actos de una persona constituyen su personalidad y la conducta y por lo tanto la personalidad se determinan por factores externos en el ambiente con los reforzamientos y los estímulos (Cloninger, 2003).

Por lo que el enfoque conductual de la personalidad pone énfasis en la especificidad situacional restándole importancia a las manifestaciones internas (Pervin & John, 1998). Skinner consideraba que se debería abandonar la idea de que la conducta es causada por fuerzas dentro del individuo (rasgos, pensamientos, etc.), por lo que en su teoría no presenta un concepto de personalidad en el sentido usual.

Este enfoque se centra en predecir y controlar la conducta manifiesta y observable, dicha conducta puede ser registrada confiablemente por observadores independientes, quienes pueden estimarla o medirla de otra forma. Además, afirma que las causas de la conducta son externas al individuo.

Skinner afirmaba que transitar de las explicaciones internas, como son los rasgos, a las explicaciones externas, refiriéndose a los reforzamientos y los estímulos, era un avance científico. Las variables externas son convenientes para la ciencia. Pueden ser manipuladas por el experimentador de forma que no se tenga duda de su influencia en la conducta.

La teoría de Skinner está basada en el condicionamiento operante, que se refiere a un proceso en el cual la frecuencia con que está ocurriendo una conducta, se modifica o se altera debido a las consecuencias que esa conducta produce (Reynolds, 1968).

Los conceptos básicos del condicionamiento operante son los estímulos y las respuestas, la conducta se considera dividida en unidades llamadas respuestas y al ambiente se le divide en unidades llamadas estímulos, por lo que el aprendizaje se mide por cambios en la tasa de respuestas a lo largo del tiempo (Cloninger, 2003).

De acuerdo con lo planteado por Skinner existen dos maneras de incrementar la frecuencia de una respuesta: el reforzamiento positivo (al que suele llamarse simplemente reforzamiento) y el reforzamiento negativo. De la misma manera existen dos formas de disminuir la frecuencia de una respuesta: el castigo y la extinción.

Otro teórico del conductismo fue Arthur Staats, quien desarrolló el conductismo psicológico, a diferencia de Skinner, Staats no rechazaba simplemente los conceptos de personalidad, sino que los ha traducido a un lenguaje conductual, estudiando la personalidad a través de la biología, el aprendizaje, la interacción social y el desarrollo infantil. Su punto de partida es que la personalidad se construye a través del aprendizaje del ser humano, con reforzamiento, extinción, generalización, discriminación, etc. (Staats, 1997).

La idea central de este enfoque es el aprendizaje acumulativo-jerárquico, considerando que las siguientes agrupaciones de unidades pequeñas de la conducta están formadas por otras configuraciones de mayor complejidad. Todas ellas a la vez están constituidas como un conjunto, sujetas a los principios esenciales del aprendizaje, por lo que cada nivel de conducta tiene su propia configuración, creando una jerarquía con la acumulación de experiencias en los niveles anteriores y dependiendo del potencial del sujeto (Hierro & Palavecino, 1990, citado en Lázaro, 2015).

Según el planteamiento de la teoría de la personalidad del Conductismo psicológico hay tres repertorios básicos de comportamiento (RBC), los lingüístico-cognitivos, los emocionales-motivacionales y los sensoriales-motores (Carrillo, Collado, Rojo, & Staats, 2006). Como repertorios de comportamiento básico, una vez que se aprenden las conductas en esas categorías proporcionan la base para un

aprendizaje posterior más complicado, es decir, son la base para la configuración de la personalidad, de igual manera a Staats le interesó conocer la forma como tales repertorios determinan la experiencia del individuo, su comportamiento y su aprendizaje (Staats, 1979).

Aunque Skinner ignoró las emociones y la psicometría, lo que supuso una seria limitación para el avance de la psicología conductual, Staats ha aportado muchas piezas a la teoría de Skinner para hacerla más precisa como aproximación conductual a la personalidad.

### **1.2.3 Teoría Humanista**

La psicología humanista se considera como la tercera fuerza, después del psicoanálisis y el conductismo, y surge a partir de la convergencia de diversos autores y posturas, como reacción al determinismo o condicionamientos que ofrecían las corrientes operantes antes de los años 60, las nuevas ideas pretenden una visión integral, coherente, lógica y compleja de la personalidad del ser humano (Villegas, 1986, citado en Lázaro, 2015).

Esta teoría considera que el ser humano no debe ser comprendido como resultado de conflictos ocultos e inconscientes, sino que tiene una motivación positiva y que, conforme a cómo evoluciona en la vida, el hombre va logrando obtener niveles superiores de funcionamiento, teniendo en cuenta que la persona es responsable de sus propias actuaciones y por ende de las consecuencias que le sobrevienen (Montaño, Palacios & Gantiva, 2009).

El humanismo se inspira de la fenomenología y el existencialismo, lo primordial en la fenomenología es la descripción de la experiencia vivida en los propios términos, para así tener un mejor conocimiento de sí mismo (Henao, 2013), este enfoque de la personalidad resalta el papel de la elección en la vida humana, ya que todas las decisiones que se tomen afectan a su futuro, por otra parte el existencialismo manifiesta la necesidad humana de crecimiento y la creencia en el potencial humano, siendo que el devenir existencial del hombre es obra del hombre mismo y es él quien debe inventarse (Leep, 1963, citado en Henao, 2013).

Los primeros textos que hablaban del humanismo fueron escritos por los psicólogos Gordon Willard Allport (1897-1967) y Henry Alexander Murray (1893-1988) a finales de la década de los 30 del siglo pasado, mostrando al ser humano con funciones de motivación y necesidades más que con sus patologías o determinaciones (Lázaro, 2015). Entre los teóricos más importantes de esta corriente se encuentran Carl Rogers y Abraham Maslow.

Rogers consideraba la salud como la progresión normal de la vida y entiende la enfermedad mental, la criminalidad y otros problemas humanos, como distorsiones de la tendencia natural (Boeree, 1998), esta tendencia natural se refiere a que él creía que todos los seres humanos los motiva fundamentalmente un proceso dirigido al crecimiento, al que denominó la tendencia a la realización.

Para Rogers el proceso de valoración orgánica es una guía subconsciente que evalúa el potencial de crecimiento de la experiencia. Acerca a la persona a experiencias que producen crecimiento y la aleja de las que lo inhiben (Cloninger, 2003).

Rogers menciona como características de salud mental la: a) apertura a la experiencia, lo que traduce como el ser una persona receptiva a los sucesos subjetivos y objetivos de la vida; b) vivencia existencial, que define como una tendencia creciente a vivir en plenitud cada momento, siendo capaz de adaptarse a las situaciones; c) confianza orgánica, que se da cuando la persona percibe sin distorsión las necesidades internas, las emociones y varios aspectos de la situación social; d) experiencia de libertad, cada uno es libre de elegir al menos una actitud hacia las experiencias de la vida; e) creatividad, una persona funcional encuentra nuevas formas de vivir, en lugar de encerrarse en patrones rígidos pasados que ya no son adaptativos (Cloninger, 2013).

Rogers fue de los primeros en utilizar la empatía en las psicoterapias, fundando un nuevo método de hacer psicología, el Enfoque Centrado en la Persona (ECP). Dicho enfoque sitúa al terapeuta en el lugar del paciente, acompañándolo en el camino

hacia su experiencia interna y así poder atravesar los límites del inconsciente (Lázaro, 2015)

Por su parte Maslow creía que la gente se desarrolla a través de varios niveles hacia su potencial completo. Unos cuantos alcanzan el nivel más alto de desarrollo y se les llama autorrealizados. No obstante, la mayoría se detiene a un nivel inferior a lo largo del camino (Cloninger, 2003).

Maslow (1943) postuló que la gente inicia su desarrollo con necesidades básicas y conforme van madurando y se satisfacen sus necesidades de orden inferior, las personas desarrollan motivaciones más exclusivamente humanas. Esta jerarquía consta de cinco niveles: cuatro niveles de motivación deficitaria y un último nivel altamente desarrollado a los que se denomina motivación del ser o autorrealización.

Las necesidades fisiológicas, este es el nivel más bajo de la jerarquía, entre estas necesidades se encuentran la comida, agua, sueño y sexo, Maslow toma en cuenta el concepto de homeostasis refiriéndose a los esfuerzos automático del cuerpo para mantener un estado normal y constante.

Las necesidades de seguridad, cuando las necesidades fisiológicas se mantienen compensadas, entran en juego estas necesidades. Empezaran a preocuparse en hallar cuestiones que provean seguridad, protección y estabilidad. Incluso podrían desarrollar una necesidad de estructura, de ciertos límites, de orden. Los adultos neuróticos buscan garantizar un sentimiento de seguridad y los neuróticos compulsivos y obsesivos, en especial, tratan de mantener la vida predecible, aunque eso impida su funcionamiento a un nivel superior.

Las necesidades de amor, si las necesidades fisiológicas y de seguridad son satisfechas surgen las necesidades de amor y pertenencia, se entra en la búsqueda de relaciones afectuosas con las personas y encontrar un lugar en el grupo generando una sensación de comunidad. El sexo participa en este nivel en la medida en que es una expresión de afecto; pero también puede funcionar a un nivel puramente fisiológico.

Las necesidades de estima, todas las personas en nuestra sociedad (con algunas excepciones patológicas) tienen la necesidad o el deseo de una evaluación estable, firme y alta de sí mismas, de autoestima, y de la estima de los demás. Por autoestima firme, nos referimos a aquello que se basa sólidamente en la capacidad real, el logro y el respeto de los demás. Estas necesidades pueden clasificarse en dos conjuntos, estos son, primero, el deseo de fortaleza, de logros, de adecuación, de confianza frente al mundo, de independencia y libertad, y el segundo referido al deseo de una reputación o prestigio.

Por último, la necesidad de autorrealización se refiere al deseo de llenar potenciales. Esta tendencia podría expresarse como el deseo de ser mucho más de lo que uno es, de convertirse en todo lo que uno es capaz de convertirse. Como los seres humanos tienen potenciales diferentes las conductas particulares motivadas por las necesidades de autorrealización varían de una persona a otra.

La psicología humanista busca desarrollar su potencial en vez de centrarse en las causas o el origen de las dificultades, busca conducir al hombre hacia sus potencialidades y ayudarlo a descubrir o redescubrir el sentido de su vida (Barragán, 2012). Maslow solicitaba a la psicología que se interesara más en los valores humanos y criticaba a la corriente principal de la psicología por centrarse más en el método que en el problema.

#### **1.2.4 Teoría Cognoscitiva del Aprendizaje Social**

De acuerdo con esta teoría, la personalidad se basa en el principio del aprendizaje social, haciendo hincapié en las variables sociales de los supuestos ya existentes sobre el aprendizaje y su relación con la inteligencia. Cloninger (2003) menciona que la perspectiva cognitivo-conductual tiene énfasis distintivos:

Se incluyen descripciones mucho más detalladas de los procesos mentales que los conductistas, estos teóricos suponen que los individuos difieren entre sí en las formas que piensan de sí mismos y de la gente que los rodea, y que esas cogniciones son variables clave para comprender las diferencias de personalidad,

intentan medir las cogniciones de manera sistemática y se afirma que el cambio cognoscitivo es la clave para el cambio de personalidad.

Uno de los teóricos más importante de la teoría cognoscitiva del aprendizaje social es Albert Bandura para quien la personalidad se define como la interacción entre cognición, aprendizaje y ambiente. Bandura consideró a los humanos como seres complejos, únicos, activos, destacando el pensamiento y la autorregulación. Pues los individuos están en una continua resolución de problemas, partiendo de la experiencia y de la capacidad de procesamiento de información, así como también su conducta está orientada a metas, además de tener un grado de libertad y capacidad de cambiar durante toda la vida (Montaño, Palacios & Gantiva, 2009).

Uno de los conceptos principales de la teoría de Bandura es el aprendizaje por observación, también conocido como modelado, este se basa en la consideración de que la mayor parte del aprendizaje no se basa en el ensayo y el error, sino en la observación de la conducta de otras personas, de acuerdo con Bandura y McClelland (1977) el modelamiento está gobernado por cuatro subprocesos interrelacionados:

Procesos de atención, no se puede aprender por observación sino se le presta atención a las principales características del modelo. Algunas de las cosas que influyen sobre la atención tiene que ver con las propiedades del modelo. Si el modelo es colorido y dramático se prestará más atención, también las características del observador influyen en la atención, incluyendo las capacidades sensoriales, el nivel de excitación, la motivación, la disposición perceptual y el reforzamiento pasado.

Procesos de retención, una persona no puede ser influenciada por la observación de un modelo si no se recuerda, la retención ocurre por medio de las representaciones en la imaginación y mediante la codificación verbal, la cual puede ser mucho más eficiente.

Procesos de reproducción motora, el tercer componente está relacionado con llevar la representación simbólica a la acción, la capacidad para reproducir el

comportamiento modelado depende de las habilidades que el individuo posea. Si se conocen sus elementos componentes será fácil integrarlos para producir nuevos patrones de conducta, sin embargo, si los componentes no existen la reproducción de la conducta será pobre.

Procesos motivacionales y de reforzamiento, a menos que una persona esté motivada, no producirá la conducta aprendida. De acuerdo con Bandura la motivación se puede dar por refuerzo pasado, como el conductismo tradicional; refuerzos prometidos, incentivos que se puedan imaginar y refuerzo vicario, basado en la observación de que los modelos son recompensados.

Bandura también estudió la forma en cómo las personas pretenden controlar los sucesos más relevantes de su vida mediante la regulación de sus propios pensamientos y actos.

Los procesos de autorregulación que propone Bandura son la auto observación, es decir nos vemos a nosotros mismos y nuestro comportamiento; el juicio en el que comparamos lo que vemos con estándares personales, desempeño de referencia, dependiendo de la evaluación nos daremos una auto respuesta positiva o negativa (Cloninger, 2003; Grusec, 1992).

Bandura también propone el concepto de determinismo recíproco, este concepto reconoce que la persona, el ambiente y la conducta se influyen entre sí. Las expectativas, percepciones, metas y estructuras psíquicas dirigen el comportamiento y el resultado de ese comportamiento tiene un impacto en esas cogniciones y las propiedades biológicas. Los eventos en el ambiente en forma de modelamiento, instrucciones y persuasión social afectan a la persona y la persona evoca diferentes reacciones del ambiente dependiendo de la personalidad (Grusec, 1992). Una comprensión completa de la personalidad requiere el reconocimiento de todas esas influencias recíprocas entre la personalidad, la situación y la conducta.

Este enfoque ofrece un mayor potencial para entender las experiencias humanas, actualmente es una de las áreas más activas de teoría e investigación en la teoría de la personalidad.

### **1.2.5 Teoría de los Rasgos**

En la actualidad, la teoría de los rasgos constituye uno de los enfoques más empleados para el estudio de la personalidad (John, Robins & Pervin, 2010). Desde este enfoque los rasgos se definen como la dimensión básica de la personalidad, el enfoque de los rasgos pone énfasis en las diferencias individuales de las características que son relativamente estables a través del tiempo y de las situaciones (Cloninger, 2003).

Esta teoría pone énfasis en su medición por medio de pruebas, a menudo cuestionarios de autoreporte, ya que, el estudio de los rasgos de la personalidad exige emplear procedimientos científicos usando la técnica del análisis factorial, este análisis permite encontrar una estructura lógica de factores de la personalidad que da lugar a la descripción del carácter humano, por medio de correlaciones entre variables.

Allport fue pionero en el uso del concepto de rasgo de personalidad, planteando inicialmente los rasgos individuales, exclusivos de cada individuo y los rasgos comunes, compartidos por grupos de sujetos (Schultz & Schultz, 2002) posteriormente sustituyó los términos de clasificación por disposiciones personales y rasgos.

Allport categorizó los rasgos como cardinales, centrales o secundarios, dependiendo de qué tanto influyen en la personalidad. Los más penetrantes son los rasgos cardinales; los menos penetrantes son los rasgos secundarios. Los términos usuales que empleamos para describir a alguien están al nivel intermedio: los rasgos centrales.

Para Allport la personalidad de los adultos es constante, independientemente de los motivos iniciales por los que aparecieron, sin embargo, Allport sólo pudo inferir los rasgos con base en la experiencia común con el uso de un listado de palabras del diccionario, la conducta y valores.

Otro teórico importante de esta corriente es Cattell quien define los rasgos como aquello que permite hacer una predicción de lo que hará una persona en una situación determinada (Cattell, 1979). Este autor se centra en el estudio de los rasgos causales, temperamentales y dinámicos por considerar que estos rasgos determinan en mayor grado la constitución y consolidación de la propia personalidad (Polaino- Lorente, 2003).

Los *rasgos causales* son características de personalidad que van implícitas en la forma de responder ante diversas situaciones; los *rasgos temperamentales*, por su parte, son los que hacen referencia al estilo y al modo particular de comportarse de cada persona y dan información acerca de la rapidez, energía y cualidad emotiva de las acciones. Por último, los *rasgos dinámicos* son los que se refieren a la motivación de la conducta, es decir, tratan de estudiar el elemento que dirige la conducta hacia metas específicas, en función de los deseos y necesidades de la persona (Cloninger, 2003; Polaino-Lorente, 2003).

Utilizando el análisis factorial, Cattell (1945) desarrolla un modelo de dieciséis atributos de personalidad, con lo que pretende clasificar conductas y determinar una unidad de medida. El trabajo de Cattell ha abierto nuevas perspectivas sobre las que se han asentado posteriores teorías.

Entre estas se encuentra la propuesta por Han Eysenck quién definió la personalidad como una organización estable y perdurable del carácter, del temperamento, del intelecto y del físico de la persona, lo cual permite su adaptación al ambiente (Montaño, Palacios & Gantiva, 2009), la teoría de Eysenck está basada principalmente en la psicología y la genética, aunque considera los hábitos aprendidos como algo de gran importancia, considera que las diferencias en las personalidades surgen de la herencia, por lo que se interesó primordialmente en el temperamento.

Eysenck extrajo tres dimensiones de la personalidad, al utilizar el análisis factorial, las cuales son Extroversión-Introversión, Neuroticismo y Psicoticismo. La primera se refiere a los procesos de excitación e inhibición del sistema nervioso, de acuerdo

con su teoría un individuo extravertido es: sociable, vivaz, activo, asertivo, buscador de sensaciones socializadas, despreocupado, dominante, espontáneo y aventurero (Eysenck, 1990, citado en Schmidt, et al., 2010).

El Neuroticismo es una dimensión relacionada con la disposición a padecer lo que clásicamente se conoce como trastornos neuróticos, trastornos de ansiedad o del estado de ánimo. Un individuo con alto N es: ansioso, deprimido, tenso, irracional, tímido, triste, emotivo, con baja autoestima y sentimientos de culpa (Eysenck, 1990, citado en Schmidt, et. al., 2010).

Por último el Psicoticismo se refiere a la tendencia hacia la no conformidad o desviación social, un individuo con alto P es: agresivo, hostil, frío, egocéntrico, impersonal, impulsivo, antisocial, creativo, rígido y poco empático (Eysenck, 1990, citado en Schmidt, et al., 2010), sin embargo, una alta puntuación en psicoticismo no necesariamente indica patología, simplemente que tienes cualidades que se hallan con frecuencia entre psicóticos, y que probablemente se es más susceptible, en ciertos ambientes, a volverse psicótico (Boeree, 1998).

De este enfoque surgió el modelo de Cinco Factores, también conocido como los Cinco Grandes, que probablemente representa un consenso general sobre la estructura de la personalidad, han sido muchos los investigadores que han estudiado los cinco factores, sin embargo, los dos teóricos que han desarrollado más este modelo han sido Costa y McCrae (Sánchez & Ledesma, 2007).

El modelo provee una descripción dimensional de la estructura de los rasgos de personalidad normales, dividiendo la personalidad en las cinco dimensiones: Neuroticismo, Extraversión, Apertura a Experiencias, Amabilidad y Conciencia o Responsabilidad (Costa & McCrae, 1992, citado en Saulsman & Page, 2004)

Al Neuroticismo se le ha considerado como lo opuesto a la estabilidad emocional incluye aspectos al bienestar o malestar psicológico, al afecto y las emociones negativas. Evalúa inestabilidad emocional, la tendencia a experimentar emociones negativas como miedo, sentimiento de culpa, tristeza o enojo. No necesariamente

implica patología sino la tendencia a sufrir trastornos antiguamente conocidos como “neuróticos”.

La Extroversión evalúa la sociabilidad, como la facilidad para comunicarse con los demás, la asertividad y la facilidad para iniciar y mantener conversaciones. El polo negativo es propio de personas con tendencia al aislamiento o el retraimiento.

Apertura a la Experiencia evalúa la presencia de una imaginación activa, sensibilidad estética, capacidad de introspección y curiosidad intelectual. El polo opuesto se relaciona con el convencionalismo, el dogmatismo y el apego a lo tradicional, por lo que los valores liberales a menudo acompañan a este factor.

Amabilidad o Afabilidad indica una personalidad amistosa y complaciente, que evita la hostilidad y tiende a llevarse bien con los demás, en contraste quienes son poco amables se les describe como suspicaces, insensibles y poco cooperadores. En casos extremos, el polo negativo se asocia a la psicopatía.

Responsabilidad evalúa la capacidad para actuar de acuerdo con propósitos o metas claras, para poder organizar y llevar adelante proyectos e ideas. El polo negativo es propio de personas que andan sin rumbo u objetivo, o resultan indolentes.

Actualmente existe un amplio consenso entre los investigadores respecto al número de factores que componen la personalidad, pero surgen diferencias al momento de la interpretación y de las relaciones entre los factores. Los más replicados son el de Extraversión y el de Neuroticismo, y el menos replicado es el de Apertura a la experiencia (Sánchez & Ledesma, 2007).

### **1.3 Personalidad Patológica**

Las perspectivas más empleadas para el estudio de la personalidad patológica son la categorial y la dimensional.

Las propuestas categoriales avaladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el CIE-10 y por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) con el

DSM- V se basan en el modelo médico tradicional, que considera a los trastornos de personalidad como entidades clínicas basadas en alteraciones patológicas específicas representadas por síntomas clínicos cualitativamente distintos.

El peso de estas propuestas se ha visto ensombrecido en las últimas décadas por las limitaciones que presentan, entre las cuales se citan con más frecuencia la excesiva comorbilidad de diagnósticos; heterogeneidad entre los pacientes diagnosticados de un mismo trastorno; no existe un límite de carácter no arbitrario entre los trastornos de la personalidad y el funcionamiento normal; los trastornos no cubren de forma exhaustiva todos los tipos de personalidad desadaptativa (Widiger & Mullins-Sweatt, 2007; Edo, 2011), estas limitaciones han generado el desarrollo de abundante literatura a favor de los modelos dimensionales.

Los modelos dimensionales se basan en dimensiones estables de la personalidad por medio de un mayor consenso y evidencia empírica de la descripción y análisis de los elementos básicos que configuran la personalidad, los denominados “rasgos”. Cloninger (2003) menciona que un rasgo de la personalidad es una característica que distingue a una persona de otra y hace que se comporte de manera más o menos consecuente a la hora de relacionarse, percibir y pensar sobre el entorno y uno mismo, estos rasgos se encuentran en todos los individuos y es la desviación excesiva a nivel cuantitativo lo que caracteriza a los trastornos de la personalidad. La medición cuantitativa de los rasgos es conveniente, ya que se puede recibir una puntuación que puede ir desde muy bajos hasta muy altos y compararse.

En las últimas décadas se han desarrollado múltiples propuestas dirigidas a superar las limitaciones del sistema diagnóstico categorial y así mejorar la comprensión, clasificación y evaluación de la patología de la personalidad, algunas de estas propuestas son:

El modelo genético conductual de Livesley (inhibición, conducta disocial, compulsividad y desregulación emocional), el modelo tridimensional de Eysenck (neuroticismo, extraversión y psicoticismo), el modelo de Millon de tres polaridades

(sí mismo/otros, placer/dolor, activo/pasivo), el modelo de Zuckerman de cinco dimensiones (sociabilidad, actividad, agresividad, búsqueda impulsiva de sensaciones y neuroticismo) y el modelo de la personalidad psicopatológica de cinco factores (PSY-5) de Harkness y McNulty (extraversión/afectividad positiva, agresividad, restricción/falta de control, neuroticismo/afectividad negativa y psicoticismo) (Widiger & Mullins–Sweatt, 2007).

De estas propuestas se han identificado dieciocho como posibles opciones para sustituir o complementar al actual modelo categorial (Widiger & Simonsen, 2005)

Estas dieciocho propuestas fueron agrupadas en cuatro categorías en función del tipo de estrategia que persiguen; la estrategia A que recoge las propuestas que sugieren realizar representaciones dimensionales de los constructos diagnósticos existentes; la estrategia B que agrupa las propuestas que plantean una reorganización dimensional de los criterios diagnósticos actuales con el fin de obtener dimensiones empíricas más útiles en la práctica clínica; la estrategia C que corresponde a las propuestas de los ejes I y II a partir del espectro clínico común de disfunción y la estrategia D que integra el eje II respecto a la estructura general de la personalidad, estas propuestas se pueden integrar sin dificultad en una estructura jerárquica común (Bouchard & Loehlin, 2001; John & Srivastava, 1999; Krueger & Tackett, 2003; Larstone, Jang, Livesley, Vernon, & Wolf, 2002; Livesley, 2003; Markon, Krueger, & Watson, 2005; Trull & Durrett, in press; Zuckerman, 2002; citados en Widiger & Mullins–Sweatt, 2007).

De acuerdo con los resultados obtenidos en torno a los modelos dimensionales se reconoce la necesidad de seguir con las investigaciones enfocadas en las fortalezas, matices y ventajas particulares de los modelos alternativos

### **1.3.1 El Modelo de la Personalidad Psicopatológica de Cinco Factores (PSY-5) de Harkness y McNulty (1994)**

Harkness & McNulty (1995) elaboraron un modelo de “cinco factores” denominado como “Las Cinco Escalas de la Personalidad Psicopatológica” (PSY-5) con el

objetivo de discriminar entre personalidad normal y trastornos de personalidad (Jiménez, Sánchez & Merino, 2004). Con la colaboración de Ben-Porath (Harkness & McNulty, 1995) se llevó a cabo la adaptación de las dimensiones de esta escala (PSY-5) a las escalas del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPIr-2) y del MMPI-A (Bolinsky, Arnau, Archer, & Andel, 2004; citados en Jiménez, Sánchez & Ampudia, 2009).

De este modelo se desprenden cinco dimensiones, a través de 60 descriptores denotadores y discriminadores de una conducta normal de otra anormal, las cuales son: “Agresividad” (AGGR), “Psicoticismo” (PSYC), “Falta de control” o “Restricción” (DISC), “Neuroticismo” o “Afectividad Negativa” (NEGE) y “Extraversión” o “Baja Emocionalidad Positiva” (PEE). A continuación, se presenta la definición de cada uno:

- La agresividad mide el dominio interpersonal, la insensibilidad, la grandiosidad y la propensión al uso de la agresión instrumental.
- El psicoticismo captura la propensión a desconectarse de la realidad.
- La falta de control mide la desinhibición conductual, la impulsividad y la búsqueda de sensaciones.
- El neuroticismo captura la disposición de uno para experimentar una amplia gama de experiencias emocionales negativas como la ansiedad, depresión entre otras.
- Finalmente, la extraversión captura la sociabilidad, actividad y emocionalidad positiva (Anderson, et al., 2013).

De acuerdo con Widiger y Simonsen (2005), al hacer una comparación entre diversos modelos dimensionales con los dominios del modelo de los cinco factores, la escala de baja emocionalidad positiva se encuentra descrita en la mayoría de los modelos en contraste entre ser hablador, asertivo, activo; o ser replegado, aislado, introvertido y anhedónico.

En cuanto al oposicionismo el PSY-5 tiene descriptores que representan este dominio, sin embargo, en un rango menor al enfocarse en la agresividad al ámbito interpersonal, de igual forma la apertura a experiencias tiene una cobertura estrecha al referirse solo a percepciones aberrantes e ilusiones

Hablando sobre la impulsividad Widiger y Simonsen (2005) mencionan que prácticamente todos los modelos incluyen un dominio relacionado con el control y la regulación de la conducta, así como también un dominio referido a la estabilidad emocional, también descrita como Afectividad negativa y Neuroticismo.

Por otra parte, Costa y McCrae han realizado diversos estudios comparativos llegando a la conclusión de que estos dos instrumentos se solapan en la evaluación de las dimensiones de la personalidad, aunque sin ser idénticos los constructos (Trull, Ueda, Costa y McCrae,1995; citados en Jiménez, Sánchez & Ampudia, 2009).

## Capítulo 2. Suicidio y Tipos de Conductas Suicidas

### 2.1 Definición

La palabra suicidio proviene del latín “sui” que significa de sí mismo y de “cidium” que se refiere a “cadere”, matar, esto quiere decir, el acto del individuo encaminado a la autodestrucción intencional, término creado por Desfontaines (Guyot, 1685-1745), para designar el acto mediante el cual una persona se quita voluntariamente la vida.

El suicidio es un acto presente en todas las épocas en todo el mundo, sin embargo, la actitud hacia la conducta suicida ha variado de acuerdo con los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura (Bobes, González & Sáiz, 1997; citado en Jiménez, et al., 2006), llegando a considerarlo como el último acto de una persona libre, un acto heroico y hasta un pecado.

En la antigüedad en países como Japón, China, gran parte Europa y en la época prehispánica el suicidio no solo era frecuente, sino que en muchos casos era un acto de honor y veneración (Jiménez & Cardiel, 2013). Con la herencia del catolicismo y el cristianismo el suicidio es catalogado como un acto inaceptable, a partir del siglo IV San Agustín adopta una posición intransigente, al sentenciar que cualquier forma de suicidio se sitúa en contra de la ley natural y se considera equivalente al homicidio (MacDonald, 2001; citado en Jiménez, et al., 2006).

Actualmente la mayoría de los investigadores consideran que el suicidio y la tentativa suicida son fenómenos complejos con factores psicológicos, biológicos y sociales asociados (Coronado, Díaz, Vargas, Rosado, Zapata & Díaz, 2004). Sin embargo, sigue siendo un estigma social, debido a que la sociedad asigna atributos a la conducta suicida y trata de mantenerse al margen, de modo que se asume una individualidad que no permite ver más allá de sí mismo ni del contexto del suicida (Manzo, 2005).

Por otro lado, un aspecto importante es el punto de vista legal que la mayoría de los países le han dado, por ejemplo, hasta el año 1961 el suicidio estaba penado en Inglaterra (Castro, 2007; citado en Salinas, 2017).

Freud no habló del suicidio de forma específica, sin embargo, fue el primero en dar explicaciones psicológicas a este fenómeno al postular que los motivos del suicidio eran intrapsíquicos, él plantea una relación entre el suicidio, la melancolía y la agresión introyectada, afirma que en la melancolía los impulsos suicidas se convierten en actos cuando el sujeto dirige contra sí mismo la hostilidad que tiene hacia otro objeto (Jiménez, Sáiz & Bobes, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) considera al suicidio como todo comportamiento de autoagresión con intencionalidad y conocimiento de su letalidad.

Marchiori (1998) conceptualiza el suicidio como “un comportamiento intencional autodestructivo llevado a cabo por una persona en una etapa de su vida altamente sensible, agravado por un contexto familiar vulnerable que no puede impedirlo”.

De acuerdo con Durkheim (1995) el suicidio es “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo; realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado”, es a partir de esta conceptualización que la perspectiva que se tenía sobre el suicidio cambia otorgándole importancia al contexto (Jiménez & González, 2003).

Durkheim brinda una clasificación de acuerdo con la relación entre la intencionalidad y el vínculo social (Jiménez & Cardiel, 2013):

- El suicidio egoísta, caracterizado por un exceso de individualismo y falta de interés en los objetivos comunes de la colectividad; este tipo de suicidio resulta bastante común en la época actual, ya que es resultado de una falta de integración de las personas en la sociedad.
- El suicidio altruista, su rasgo principal es un alto grado de integración a la sociedad, así como a un bajo nivel de individualización. Aquí, el interés del

individuo está centrado en el bien de la sociedad y por ello está dispuesto a dar su vida por el bien común.

- El suicidio anómico se asocia con la falta de orden social y la ausencia de normas a causa de que la sociedad no llega a influir lo suficiente en el sujeto.
- El suicidio fatalista se atribuye a la regulación excesiva de la sociedad, situación que coloca a la muerte como una solución a un estado de control insoportable.

Shneidman considera el suicidio como un acto consciente de aniquilación autoinducida, mejor entendida como un malestar multidimensional en un individuo necesitado que define una cuestión en la que el suicidio es percibido como la mejor solución, por lo tanto, no es un acto al azar. Para las personas que piensan en terminar con su propia vida el suicidio simboliza una respuesta a una complicación intolerable (Leenaars, 2010)

En términos de la Psicología la conducta suicida se compone de factores emocionales y cognitivos que llevan al individuo a buscar en la muerte una solución a las frustraciones, sufrimientos, enojos o miedos que lo agobian (Jiménez & Cardiel, 2013).

Los requerimientos para una definición integral del suicidio son: la responsabilidad, ser un acto consciente del potencial letal del acto a realizar, la intencionalidad de morir en lugar de continuar viviendo en condiciones insoportables (Silverman, Berman, Sanddal, Carroll, & Joiner, 2012).

Por lo tanto, el comportamiento suicida es un fenómeno altamente complejo y multicausal, que involucra varios componentes psiquiátricos, biomédicos, psicosociales, demográficos y culturales (Kumar, 2017).

## **2.2 Epidemiología**

El suicidio es un problema de salud pública mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) en el 2012 se registraron en el mundo unas 804,000

muerter por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, ajustada según la edad, de 11.4 por 100 mil habitantes.

A nivel mundial, los suicidios representan un 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres. Según cifras de la OMS, la tasa de suicidio aumenta con la edad. Las personas de 75 años o mayores consuman el suicidio tres veces más que la población joven. No obstante, en todo el mundo se está dando un aumento alarmante de suicidios entre jóvenes de 15 a 25 años (Gutiérrez, Contreras & Orozco, 2006).

De acuerdo con los datos del 2012 de la OMS la tasa de suicidios es algo mayor en los países de ingresos altos que en los países de bajos y medianos ingresos (LMIC) (12.7 vs 11.2 por cada 100 000 habitantes). Sin embargo, dada la proporción mucho mayor de la población mundial que reside en los LMIC, el 75.5% de todos los suicidios globales ocurren en estos países, en los que los recursos y servicios para la identificación temprana, tratamiento y apoyo a las personas necesitadas son insuficientes (OMS, 2014).

Los países con mayores tasas de suicidio se ubican en Europa, los cuales se encuentran en un rango de 7 a 15 suicidios por cada 100 mil habitantes; seguido por Asia, que para el caso específico de China se calcula entre 16.9 suicidios por 100 mil habitantes, y África, donde se presentan entre 5 y 10 suicidios por 100 mil habitantes (Hernández & Flores, 2011).

En la Región de las Américas ocurren anualmente alrededor de 65 000 defunciones por suicidio (Organización Panamericana de la Salud/OMS, 2016). En comparación con otras regiones América Latina ha tenido tasas de suicidio inferiores con un nivel de 6.1 defunciones por cada 100 mil habitantes (OMS, 2014), sin embargo, en los últimos años se ha presentado un constante incremento de la mortalidad por esta causa, destacando Chile, Venezuela, Colombia, Uruguay y México (Dávila, Ochoa & Casique, 2015)

El impacto del suicidio en nuestro país ha generado que se considere como un problema de salud pública, ya que, según los registros de la Secretaría de Salud,

las tasas de mortalidad por esta causa se han incrementado de manera notoria en los últimos años (Mondragón, Borges, Gutiérrez, 2001). En México, de acuerdo con los datos emitidos por el INEGI (2017), el suicidio representó en 2015 el 9.4% de todas las muertes violentas, registrándose un total de 6,425 suicidios, el mayor número en la historia de México.

En retrospectiva, en México, de acuerdo con un estudio realizado por Borges y colaboradores (2010) de 1970 a 2007 se incrementaron las muertes por suicidio en un 275%; por otra parte durante 1990 la tasa de suicidio era de 2.4 suicidios por cada 100 mil habitantes, para 1999 la tasa de mortalidad por suicidio fue de 3.4, en 2001 se registró una tasa de 3.7, durante el 2010 la tasa fue de 4.6 suicidios, mientras para 2011 fue de 4.9; lo anterior corresponde a un aumento de 399% en la tasa de muertes por suicidio en dicho periodo (Jiménez & Cardiel, 2013).

Según los datos más recientes del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2018), en el año 2016 ocurrieron 6 291 muertes por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), lo que representa una tasa de 5.1 suicidios por cada 100 mil habitantes.

Las ciudades que tuvieron mayores tasas de suicidio fueron Chihuahua y Yucatán con 11.4 y 10.2 suicidios por cada 100 mil habitantes respectivamente; niveles que duplican la tasa nacional. Por otra parte, con las tasas más bajas se encuentran Guerrero, Veracruz y Oaxaca, con 2.1, 2.5 y 2.9 suicidios por cada 100 mil habitantes, respectivamente (INEGI, 2018).

El suicidio consumado es más frecuente en la población masculina, en México de los 6 291 fallecidos por suicidio, 5 116 eran hombres, lo que se traduce en que, de cada diez suicidios, ocho son cometidos por hombres, mientras que dos de cada diez por mujeres.

En relación con la edad, en los jóvenes de 20 a 29 años se presentan las tasas más altas de suicidios, la tasa para el grupo de 20 a 24 años fue de 9.5, por cada 100 mil jóvenes; y de 8.2 en jóvenes de 25 a 29 años. Al analizar la tasa de suicidios por grupo de edad y sexo, la tasa más elevada de suicidio se observa en el grupo de 20

a 24 años en los hombres, mientras que en las mujeres se encuentra en el grupo de 15 a 19 años.

Para 2016 el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación se sigue presentando como la principal práctica para el suicidio, con 80.8% del total de suicidios para este año, seguido del disparo con arma. En ambos sexos, el principal método utilizado es el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación 82.2% en hombres y 74.5% en mujeres, sin embargo, en el segundo lugar se encuentra el disparo con arma de fuego en hombres, mientras que en las mujeres es el envenenamiento (por plaguicidas, químicos, drogas, medicamentos y otras sustancias).

Como mencionan Jiménez y Cardiel (2013) aunque las cifras nos dan una visión sobre la problemática se debe tener en cuenta que el suicidio es considerado como un acto vergonzoso y causante de estigma social, por lo que suele ocultarse afectando así la veracidad de los registros, sumado a esto la recaudación de los datos estadísticos sobre suicidio es un procedimiento complejo, ya que están implicadas cuestiones médicas y legales e incluye a varias autoridades responsables (Dávila, et al., 2015).

El suicidio es una de las muertes prematuras más fáciles de prevenir en situaciones óptimas, pero en la mayoría de los casos, su predicción y prevención es uno de los mayores desafíos, sin embargo, el estigma hacia las conductas suicidas es una barrera importante para la búsqueda de ayuda, puesto que muchas personas se sienten incapaces o no tienen acceso a la atención adecuada (Kumar, 2017).

## **2.3 Teoría de la Conducta Suicida**

Se han propuesto diversas teorías que buscan dar un sentido causal del amplio rango de factores que contribuyen en la conducta suicida, a continuación, se expondrán solo algunos que se consideran los más significativos en la actualidad.

### **2.3.1 Modelo Diátesis-Estrés del Suicidio**

El modelo diátesis-estrés de Mann se basa en el modelo médico de predisposición para un determinado trastorno y que su aparición es precipitada por otros factores,

la diátesis se ha conceptualizado como un factor o un conjunto de factores predisponentes, que hace posible un estado desordenado. Que refleja una vulnerabilidad para desarrollar un desorden (van Heeringen, 2012).

Los factores estresantes típicos asociados con el comportamiento suicida incluyen las experiencias traumáticas y la enfermedad psiquiátrica, principalmente la depresión. Aunque se considera que el agravamiento del trastorno psiquiátrico puede llevar al suicidio, una crisis psicosocial puede convertirse en el factor estresante que desencadene el intento o el acto suicida (Gutiérrez, et. al, 2006).

El modelo se manifiesta a través de dos componentes. El primer componente es el estrés, el cual se puede constituir por crisis psicosociales y desórdenes psiquiátricos, es difícil separar el impacto de la adversidad psicosocial del de la enfermedad psiquiátrica, estos factores claramente no son independientes entre sí o de una enfermedad psiquiátrica. Los trastornos psiquiátricos pueden conducir a la pérdida del trabajo, a la ruptura de matrimonios o relaciones, o al fracaso en la formación de tales relaciones. Además, la enfermedad psiquiátrica y la adversidad psicosocial pueden combinarse para aumentar el estrés en la persona (Mann, 2003).

El segundo componente es el de diátesis que involucra factores genéticos, el abuso infantil y los mecanismos epigenéticos pueden estar involucrados en la etiología de la diátesis del comportamiento suicida. Estos componentes pueden incluir agresión y/o impulsividad, pesimismo y desesperanza, y resolución de problemas o rigidez cognitiva (van Heeringen, 2012).

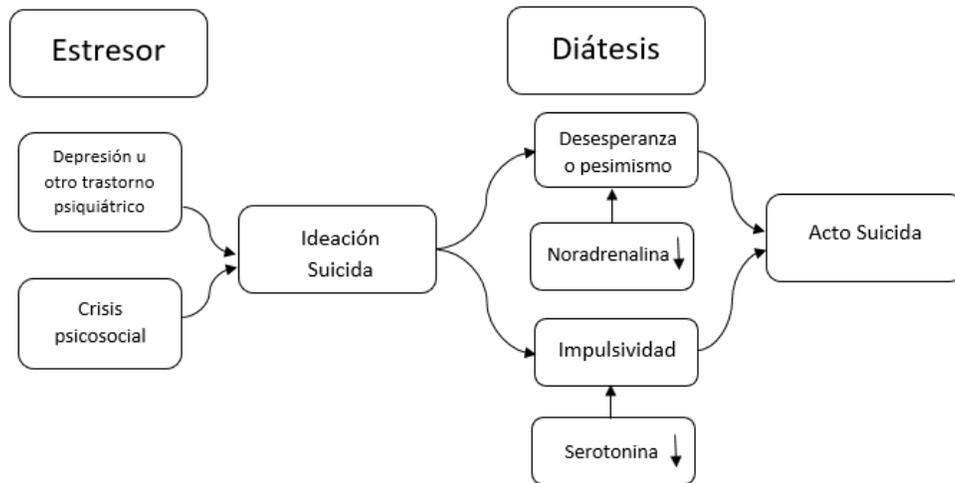


Figura 2.3.1 Modelo diátesis estrés. Por J. J. Mann, 2003, *Nature Reviews Neuroscience*, 4(10), p. 821.

### 2.3.2 Modelo Motivacional-Volitivo Integrado (IMV)

O' Connor (2016) menciona que este modelo mapea la relación entre los antecedentes, los eventos desencadenantes y el desarrollo de la ideación/intento suicida hasta el suicidio. Retoma el modelo diátesis-estrés en la fase pre motivacional, al retomar que la conducta suicida resulta de la presencia de una base biológica tendiente a la diátesis.

El IMV propone que el comportamiento suicida resulta de un complejo interjuego de factores y aborda la intención personal de compromiso con la conducta suicida. La ideación suicida está determinada por sentimientos de acorralamiento, donde la conducta suicida es vista como una solución para los problemas de la vida. Estos sentimientos de estar atrapado son desencadenados por la percepción de fracaso/humillación, que frecuentemente se asocian con estresores crónicos y/o agudos.

Las transiciones de fracaso/humillación a la de acorralamiento; de acorralamiento a ideación/intención de suicidio y de la ideación/intención hacia la conducta suicida son determinadas por moderadores específicos (factores que facilitan/obstruyen el paso de una etapa a otra) llamados moderadores de daño a uno mismo, motivacionales y volitivos (O' Connor, 2016).

Los moderadores de daño a uno mismo (TSM por sus siglas en inglés, Threat to Self Moderators,) aumentan la probabilidad de que el fracaso/humillación lleven al acorralamiento. Los moderadores motivacionales ayudan a desencadenar la ideación e intención suicida y por último los moderadores volitivos llevan a la conducta suicida.

En resumen, los antecedentes y los eventos de vida junto con la diátesis comprenden la fase pre motivacional, es decir antes de empezar la formación de la ideación, esta nos provee de un marco contextual biosocial. La fase motivacional describe el desarrollo de los pensamientos suicidas y la fase volitiva describe cuándo es más probable que ocurran los intentos de suicidio.

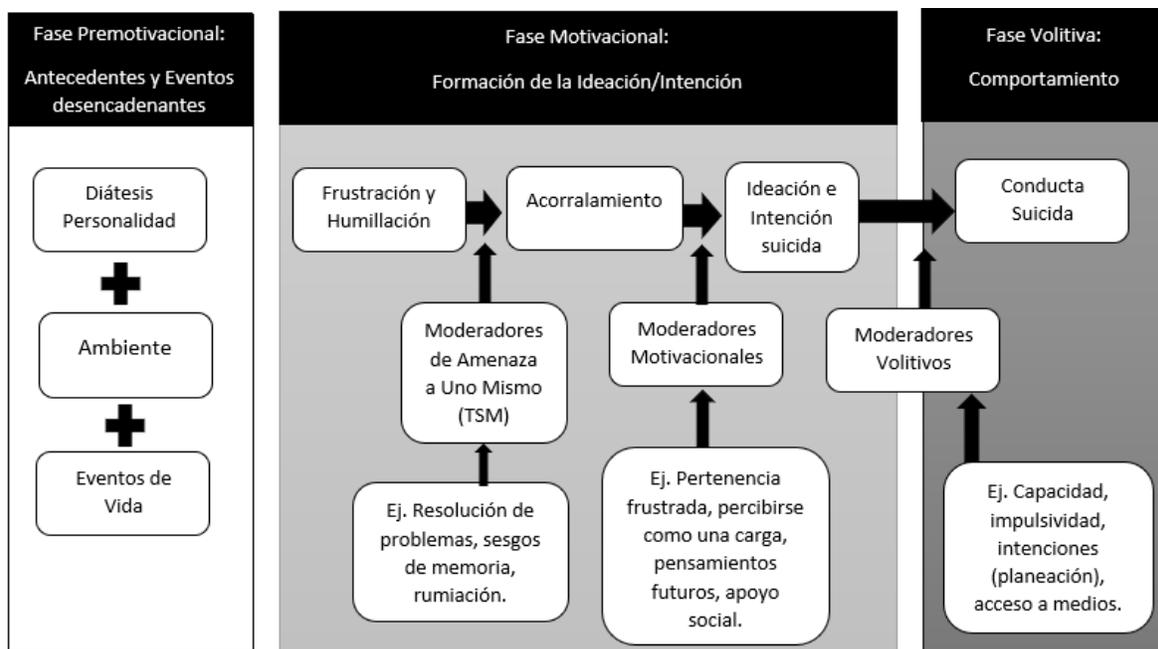


Figura 2.3.2 Modelo Motivacional Volitivo Integrado. Por R. C O' Connor & I. J. Kirtley ,2018, *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373, p. 2.

### 2.3.3 Modelo Cognitivo de la Conducta Suicida

El modelo cognitivo de la conducta suicida de Wenzel y Beck (2008), parte de la teoría cognitiva de Beck en la que, los pensamientos y la manera de interpretar los

eventos de la vida tienen un rol causal en las respuestas emocionales y conductuales a tales eventos (Beck, Rush, Shawn, & Emery, 1983, citados en García & Bahamón, 2017).

Los procesos cognitivos asociados al acto suicida se refieren a los contenidos y procesamientos de la información desadaptados, en estos casos los contenidos con frecuencia van encaminados a una visión negativa de sí mismo, el mundo y el futuro (triada cognitiva), no sólo tienden a magnificar sus problemas, aunado a esto creen que carecen de la habilidad para resolverlos.

Cuando una persona experimenta ideación suicida, es decir, pensamientos, imágenes, creencias, voces u otras “cogniciones” acerca de la intencionalidad de terminar con la propia vida (Wenzel, Brown & Beck, 2008) y/o comienza con comportamientos que indican e intentan terminar con la vida, se dice que está experimentando una crisis suicida. El punto cuando la persona se compromete con la conducta suicida es el momento en el que él o ella no pueden tolerar más las situaciones de angustia.

De acuerdo con el modelo de conducta suicida, las personas tienen algunos factores predisponentes de vulnerabilidad a cometer un acto suicida sin tener un antecedente de psicopatología, así como también hay factores que predisponen al individuo para tener o desarrollar psicopatologías y estas incrementan la probabilidad de cometer actos suicidas, estas dos condiciones mediadas por situaciones de estrés en las que se pueden disparar crisis suicidas (eventos vitales, situaciones que el individuo interpreta como situaciones amenazantes).

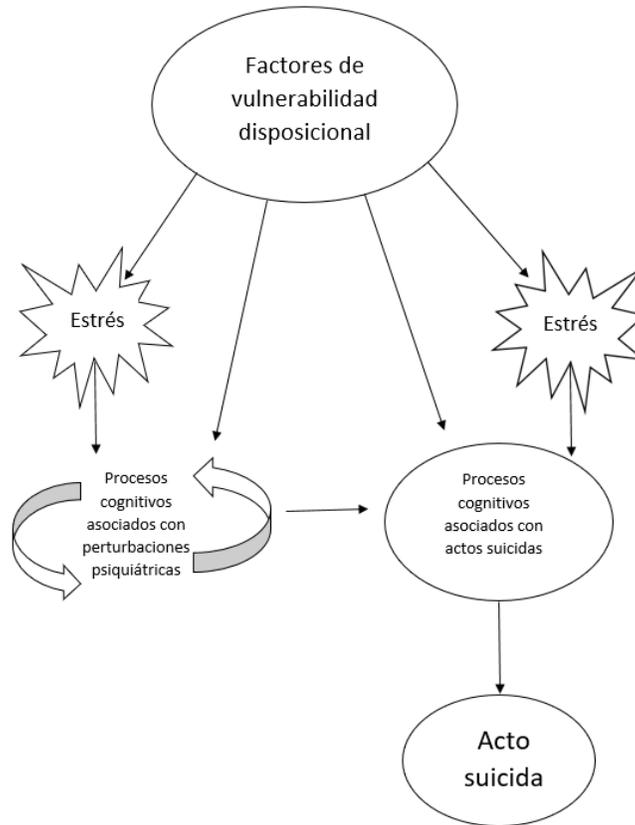


Figura 2.3.3 Modelo cognitivo de la conducta suicida. Por A. Wenzel & A. Beck, 2008, *Applied and Preventive Psychology*, 12, pp. 189-201.

Wenzel y Beck (2008) explican que hay cinco categorías centrales de factores predisponentes de vulnerabilidad, que tienen relación y pueden ser condiciones disposicionales para las crisis suicidas:

**Impulsividad y constructos relacionados:** Se refiere a enfocarse en el presente y carecer de planes, la incapacidad para inhibir una respuesta. La psicopatología relacionada con la desinhibición se encuentra relacionada con las personas con intento de suicidio.

**Déficits en la resolución de problemas:** La falta de habilidad para generar múltiples soluciones y confianza en sí mismo para solucionar problemas. De hecho, se ha encontrado que tener una actitud positiva hacia los problemas amortigua la depresión y la desesperanza que suelen estar presentes en el surgimiento de la ideación suicida, ya que cuanto mayor sea la habilidad de la persona para resolver

problemas, menor será la probabilidad de que la persona piense en la idea de suicidarse como una solución a la percepción de un problema o problemas (García & Bahamón, 2017).

Sobregeneralización en los patrones de memoria: Pacientes suicidas pueden acceder a información general de su memoria para resolver problemas, pero la búsqueda de información específica es truncada antes de llegar a los detalles que necesitan. La problemática de este estilo cognitivo es que evita que la gente acceda adecuadamente su almacenamiento de recuerdos personales, cuando estos necesitan a hacer juicios y tomar decisiones en situaciones (García & Bahamón, 2017).

Estilos cognitivos maladaptativos: Es la tendencia a realizar distorsiones cognitivas (como el pensamiento dicotómico, saltando a conclusiones y magnificaciones) y avalar actitudes disfuncionales. Se utiliza el término estilo porque algunos pacientes vulnerables al suicidio tienen la tendencia a responder con su estilo cognitivo incluso cuando no están bajo el influjo de síntomas psiquiátricos o crisis suicida y porque el contenido del pensamiento es más un acercamiento general de interpretar el mundo, más que alguna distorsión asociada a un trastorno psiquiátrico (García & Bahamón, 2017).

Personalidad: Múltiples estudios han demostrado que tanto la ideación como los intentos de suicidio están asociados con el neuroticismo, psicosis e introversión. El perfeccionismo es el rasgo de personalidad más estudiado relacionado con el riesgo suicida por Wenzel y Beck. Las personas con este rasgo de personalidad incrementan su atención en sus errores dejando de lado sus aciertos para afrontar las situaciones adversas o difíciles que se les puedan presentar (estresores) en la vida cotidiana, incrementando de esta manera la posibilidad de tener un riesgo suicida (Flett, Besser, Davis, Hewitt., 2003; Hewitt, Flet, Sherry & Caelian, 2006; citados en García & Bahamón, 2017).

### **2.3.4 Teoría del Flujo de Vulnerabilidad (FVT, Fluid Vulnerability Theory)**

La teoría del flujo de vulnerabilidad de Rudd se basa en la teoría de psicopatología de Beck, esta plantea que cuando las personas tienen comportamientos suicidas, las conexiones entre los pensamientos, sentimientos y conductas se fortalecen con la memoria, siendo posible desencadenar en el futuro pensamientos e intentos suicidas (Miranda, Gallagher, Bauchner, Vaysman, y Marroquín, 2012, citados en Ordoñez, et al. 2019)

De acuerdo con esta teoría, el riesgo de suicidio se conceptualiza mejor con base en la interacción de dos dimensiones: un proceso crónico y agudo. La vulnerabilidad crónica o de base, proviene de factores genéticos o de experiencias traumáticas que han configurado a la persona a que sea más proclive a la conducta suicida a lo largo de su vida y por lo tanto con riesgo de suicidio permanente o por periodos prolongados de tiempo.

En contraste, la vulnerabilidad aguda se refiere a factores o situaciones en un corto periodo de tiempo, por ejemplo, eventos estresantes, padecimientos psiquiátricos, intención suicida, insomnio (Bryant, Clemans, Leeson & Rudd, 2015).

Como componente cognitivo conductual el modelo se refiere a la modalidad suicida que se integra por cuatro sistemas (Rudd, 2006):

El primero que es de las cogniciones; conocido como el de “creencias suicidas”, pensamientos suicidas automáticos, y asumir pensamientos nucleares de desesperanza, vergüenza, odio a sí mismo y el percibirse como una carga.

El segundo es el de las emociones; como los afectos negativos, culpa y ansiedad,

El componente fisiológico; que abarca las experiencias somáticas asociadas a las crisis suicidas como el insomnio, dolor físico y problemas para concentrarse

Y por último el componente conductual, que se refiere a estrategias de afrontamiento disfuncional como el uso de sustancias, aislamiento social y causarse autolesiones no suicidas.

Es importante mencionar que no en todas las personas se activa la modalidad suicida ni con los mismos estresores, ni con la misma intensidad del evento desencadenante, varía de una persona a otra y de un momento a otro.

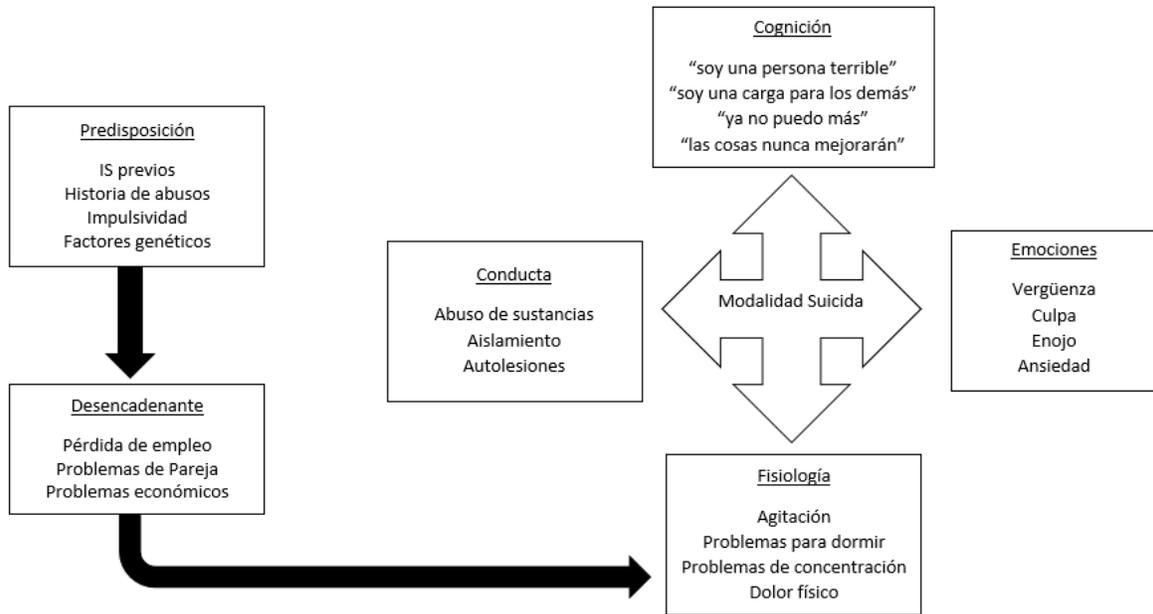


Figura 2.3.4 Teoría del Flujo de Vulnerabilidad. Por M. D. Rudd, 2006, *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy*, pp. 355-368.

### 2.3.5 Teoría Interpersonal del Suicidio

En los últimos años la teoría interpersonal de la conducta suicida propuesta por Thomas Joiner a partir de múltiples trabajos sobre el tema ha tomado relevancia debido a los componentes y procesos que establece, puesto que conjuga factores interpersonales e intrapersonales, reubicando la centralidad del concepto de integración social (Di Rico, Paternain, Portillo & Galarza, 2016).

Esta teoría propone que el deseo suicida surge cuando las personas experimentan sentimientos de carga percibida y pertenencia frustrada durante el tiempo suficiente para que éstos se instalen en la mente del sujeto y que el comportamiento suicida ocurre en presencia de deseo suicida y la capacidad de suicidio (Chu, et al., 2017).

La percepción de ser una carga es considerada como un error de percepción fatal pues el sujeto percibe una sobrecarga personal, social y familiar Así, considera que

su propia existencia se ha convertido en un obstáculo para que los demás tengan mayor bienestar, evaluando que la vida propia cobraría más sentido con su muerte (García & Bahamón, 2016). Las dimensiones de la carga percibida incluyen las percepciones de ser una carga para los demás y el odio a sí mismo (Van Orden, Witte, Cukrowicz, Braithwaite, Selby, & Joiner., 2010)

La pertenencia frustrada hace referencia a la necesidad del ser humano de pertenecer a un grupo (familia, amigos, entre otros), las dimensiones de la pertenencia frustrada incluyen la soledad y la ausencia de atención o cuidado recíproco (Chu et al., 2017), esto no necesariamente quiere decir que la persona se encuentra sola, sino que se siente desconectada de las personas que la rodean o insatisfecha con las interacciones sociales que tiene.

El modelo explica que por sí mismos ninguno de estos dos estados es suficiente para despertar el deseo de la propia muerte y que la desesperanza potencia el riesgo suicida, Chu y colaboradores (2017) mencionan que el desarrollo de una medida sobre la desesperanza ayudará a aclarar el papel de la teoría interpersonal en la predicción del riesgo de suicidio.

La teoría menciona que biológicamente el ser humano no está preparado para cooperar con su propia muerte de manera temprana. La capacidad adquirida para el suicidio se desarrolla después de repetidas exposiciones a eventos dolorosos o terribles (propios o ajenos) generando habituación provocando mayor tolerancia al dolor y baja sensación de miedo frente a la muerte (Hawton, Clements, Sakarovitch, Simkin, y Deeks, 2001, citado en García & Bahamón, 2016).

Sin embargo, al mismo tiempo se ha sugerido que la capacidad de suicidio puede tener un componente genético sustancial, por lo que algunos autores la mencionan como capacidad de suicidio solamente, tomando en cuenta ambos elementos, tanto la adquisición, como el potencial genético (Chu et al., 2017).

Van Orden y colaboradores (2010) enlistaron las siguientes cuatro hipótesis sobre el origen de la conducta suicida de acuerdo con la teoría interpersonal del suicidio:

1. "La pertenencia frustrada y la carga percibida son causas proximales y suficientes de ideación suicida pasiva".

De acuerdo con esta hipótesis las personas que poseen una pertenencia frustrada completa o una carga percibida completa experimentaron una ideación suicida pasiva (vs activa), que puede manifestarse como cogniciones tales como: "Desearía estar muerto" o "Estaría mejor muerto". En contraste, la ideación suicida activa está marcada por un deseo activo de participar en comportamientos para quitar la vida (por ejemplo, "Quiero suicidarme").

2. "La presencia simultánea de pertenencia frustrada, carga percibida, y la desesperanza acerca de las conexiones interpersonales es una causa próxima y suficiente de deseo suicida".

Diversos estudios se han enfocado en la falsificación al examinar esta predicción (Joiner, Van Orden, Witte, Selby, Ribeiro, Lewis & Rudd, 2009, citado en Van Orden, et al., 2010; Van Orden, Witte, Gordon, Bender & Joiner., 2008), los resultados de estos estudios sugieren que cuando las personas tienen dos estados psicológicos en sus mentes simultáneamente (baja pertenencia y carga percibida), el riesgo de desarrollar deseo suicida es elevado (y esto ocurre más allá de los efectos de la depresión).

Sin embargo, para que se desarrolle un deseo suicida activo, las personas deben percibir que sus niveles de pertenencia y carga son estables y permanentes; en otras palabras, deben estar desesperados acerca de su estado interpersonal percibido. Esta hipótesis se basa en la literatura empírica y teórica sobre la asociación entre la desesperanza y el comportamiento suicida letal.

3. "La presencia simultánea de deseo suicida y un menor miedo a la muerte sirve como la condición bajo la cual el deseo suicida se transformará en intento suicida".

Es decir, que, para poseer una intención suicida, los individuos deben haberse habituado al miedo involucrado en el suicidio hasta el punto de poder imaginar, planificar o decidir participar en acciones suicidas.

4. "El resultado de un comportamiento suicida grave es más probable que ocurra en el contexto de la pertenencia frustrada, la carga percibida (y la desesperanza con respecto a ambos), la reducción del miedo al suicidio y la elevada tolerancia al dolor físico. "

De acuerdo con lo que dice Van Orden y sus colaboradores (2010) el camino al acto suicida está moderado por la presencia de una mayor tolerancia al dolor, la intención suicida no da como resultado intentos de suicidio a menos que exista una mayor tolerancia al dolor que permita a las personas soportar el dolor que implica morir por suicidio, siendo esta la última barrera hacia la conducta suicida.

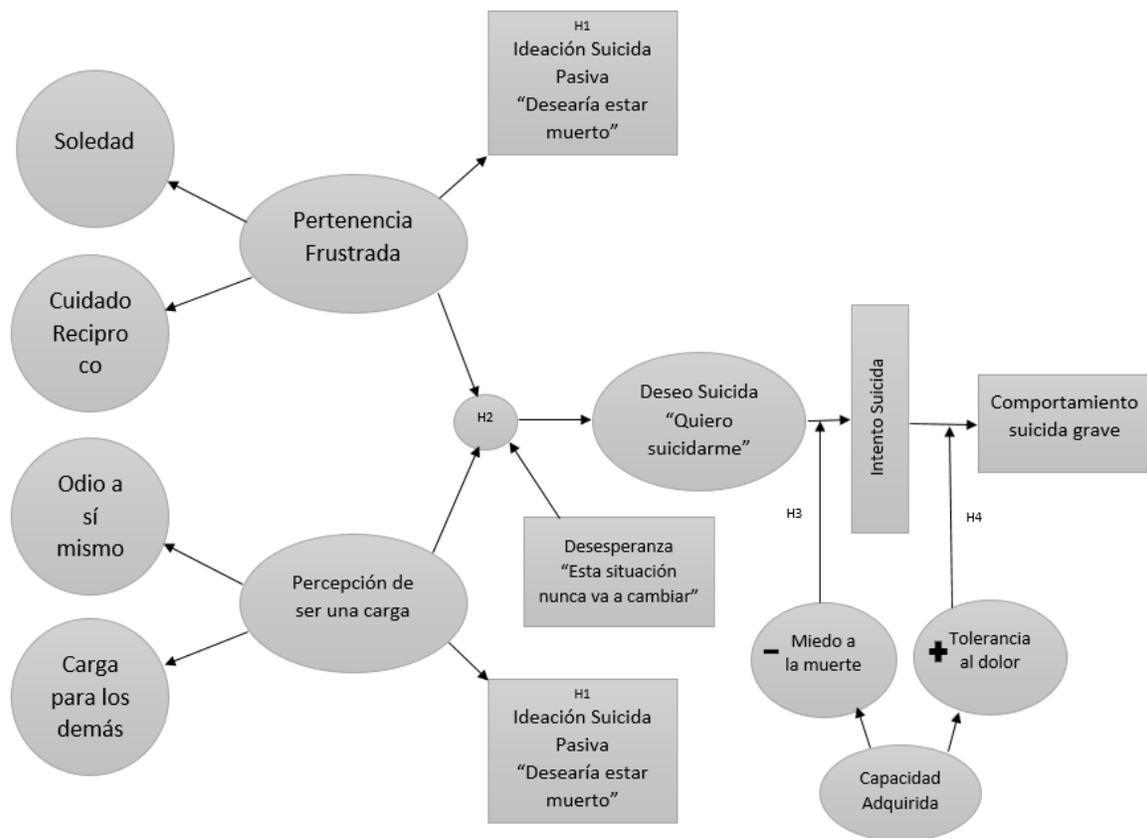


Figura 2.3.5 Teoría Interpersonal del Suicidio. H1= Hipótesis 1, H2= Hipótesis 2, H3= Hipótesis 3, H4= Hipótesis 4. Por K. A. Van Orden, et al., 2010, *Psychological review*, 117(2).

## **2.4 Tipos de Conducta Suicida**

O' Carroll y colaboradores (1996) proponen una nomenclatura para el comportamiento relacionado con el suicidio; con la esperanza de mejorar la claridad y la precisión de las comunicaciones, avanzar en la investigación, conocimiento del suicidio, y mejorar la eficacia de las intervenciones clínicas. A continuación, se revisa la nomenclatura propuesta por O' Carroll y colaboradores en 1996, la cual es considerada como la clasificación operativa más completa (Legido, 2012).

En la Nomenclatura para la ideación, conducta suicida y autolesiva se definen tres grandes grupos los cuales son la ideación suicida, conductas relacionadas con el suicidio y el suicidio consumado. Su estructura permite distinguir las conductas de riesgo de los actos suicidas y, dentro de estos, las acciones con intencionalidad autolítica, diferenciadas de aquellas conductas relacionadas con el suicidio de uso instrumental (Villalobos, 2009).

**Tabla 2.4.1** Esquema que indica las relaciones de la nomenclatura propuesta para el suicidio y la autolesión

---

I.	Pensamientos y conductas de riesgo
a.	Riesgo inmediato (p. ej.: deportes extremos)
b.	Riesgo remoto (p. ej.: fumar, promiscuidad sexual)
II.	Pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio
a.	Ideación suicida: Cualquier pensamiento expresado con relación a la conducta suicida
i.	Causal
ii.	Seria: Persistente o transitoria
b.	Conducta relacionada con el suicidio: Son aquellas conductas potencialmente autolesivas en las que es evidente, explícita o implícitamente, que la persona ha intentado matarse o que la persona desea aparentar que quiere matarse para obtener algún beneficio.
i.	Conducta instrumental Conducta potencialmente autolesiva en la que es evidente explícita o implícitamente, que la persona no ha intentado matarse (no hay intentos previos) y que la persona desea aparentar que quiere matarse para obtener algún beneficio.
1.	Amenaza suicida Cualquier acción que se pueda interpretar como comunicación o sugerencia de que un acto suicida u otra conducta relacionada con el suicidio podría suceder en un futuro cercano.
a.	Pasiva (p. ej.: sentarse en una repisa con altura)
b.	Activa (p. ej.: amenaza verbal, nota)
2.	Otras conductas instrumentales relacionadas con el suicidio
3.	Muerte accidental asociada a conducta instrumental
ii.	Acto suicida Comportamiento potencialmente autolesivo para el cual hay evidencia (implícita o explícita) de que la persona pretendía en algún nivel suicidarse.
1.	Intento suicida Comportamiento potencialmente autolesivo con un resultado no fatal, para el cual hay evidencia (explícita o implícita) de que la persona pretendía en algún nivel suicidarse.
a.	Sin lesión
b.	Con lesiones
2.	Suicidio completo El suicidio es la muerte por lesión, envenenamiento o asfixia cuando hay evidencia (explícita o implícita) de que la lesión fue autoinfligida y que el difunto tenía la intención de suicidarse

---

*Nota:* por P. W. O'Carroll, et al.1996, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3).

Posteriormente se desarrollaron conceptos esenciales por parte de diferentes autores, como el parasuicidio que es introducido por Kreitman (1969) para evitar la confusión con el intento de suicidio, se define como aquellas autolesiones no mortales y producidas voluntaria o independientemente de la intencionalidad, y que tiene por resultado un daño de tejidos, enfermedad o riesgo de muerte.

Silverman y colaboradores (2007) realizaron una revisión de la clasificación operativa de O'Carroll (1996). Estos autores determinaron que se debía tener en cuenta un pequeño número de términos que compilan todos los componentes esenciales del suicidio.

Los términos fundamentales serían: ideaciones relacionadas con suicidio, comunicaciones relacionadas con suicidio (amenazas suicidas y planes suicidas) y las conductas relacionadas con suicidio (autolesiones, intentos de suicidio y suicidio). En lugar de añadir condiciones adicionales a cada uno de los términos para dar cuenta de las diferentes variables clínicas (presencia o ausencia de intención, autolesiones y resultado final), se optó por simplificar la nomenclatura en diferentes subtipos (Tipo I, Tipo II y Tipo III) que explicarían las variaciones dentro de cada categoría.

Tabla 2.4.2 Nomenclatura revisada

---

Pensamientos y comportamientos autolesivos	
<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Pensamientos y comportamientos de riesgo               <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Con riesgo inmediato                   <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Resultado son lesiones</li> <li>b. Resultado con lesiones</li> <li>c. Resultado en muerte</li> </ul> </li> <li>2. Riesgo remoto                   <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Resultado son lesiones</li> <li>b. Resultado con lesiones</li> <li>c. Resultado en muerte</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>B. Pensamientos y conductas relacionadas con suicidio               <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Ideación relacionada con el suicidio                   <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sin intención suicida                       <ul style="list-style-type: none"> <li>1) casual</li> <li>2) transitorio</li> <li>3) pasivo</li> <li>4) activo</li> <li>5) persistente</li> </ul> </li> <li>b. Con determinado grado de intención                       <ul style="list-style-type: none"> <li>1) casual</li> <li>2) transitorio</li> <li>3) pasivo</li> <li>4) activo</li> <li>5) persistente</li> </ul> </li> <li>c. Con algo de intención suicida                       <ul style="list-style-type: none"> <li>1) casual</li> <li>2) transitorio</li> <li>3) pasivo</li> <li>4) activo</li> <li>5) persistente</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2. Comunicaciones relacionadas con el suicidio               <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sin intención suicida                   <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Amenaza suicida, Tipo I</li> <li>2) Plan suicida, Tipo I</li> </ul> </li> <li>b. Con determinado grado de intención                   <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Amenaza suicida, Tipo II</li> <li>2) Plan suicida, Tipo II</li> </ul> </li> <li>c. Con algo de intención suicida                   <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Amenaza suicida, Tipo III</li> <li>2) Plan suicida, Tipo III</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>3. Conductas relacionadas con suicidio               <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sin intención suicida                   <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Auto lesión, Tipo I</li> <li>2) Autolesión, Tipo II</li> <li>3) Muerte auto infligida no intencionada</li> </ul> </li> <li>b. Con determinado grado de intención                   <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Conducta indeterminada relacionada con suicidio, Tipo I</li> <li>2) Conducta indeterminada relacionada con suicidio, Tipo II</li> <li>3) Muerte autoinfligida con intención no determinada</li> </ul> </li> <li>c. Con algo de intención suicida                   <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Intento suicida, Tipo I</li> <li>2) Intento suicida, Tipo III</li> <li>3) Suicidio</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

---

*Nota:* por Silverman, Berman, Sanddal, O' Carroll & Joiner, 2007, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 265-266.

En cuanto a comunicaciones relacionadas con suicidio se refiere a cualquier acto interpersonal de transmitir pensamientos, deseos o intenciones para los que existe evidencia (ya sea explícita o implícita) de un comportamiento autoinfligido o autolesivo. Se incluye en esta categoría aquellas comunicaciones verbales y no verbales que pueden tener intenciones suicidas, pero no tienen un resultado perjudicial.

Amenaza suicida: acción interpersonal, verbal o no verbal, sin que implique directamente autolesión, que se puede interpretar como una comunicación de una conducta suicida en el futuro.

Plan suicida: Método o formulación sistemática propuesta que conducirá a un resultado potencialmente autolesivo.

Las conductas relacionadas con el suicidio se refieren a conductas potencialmente dañinas para las que hay evidencia (ya sea explícita o implícita) de que: (a) la persona desea utilizar el intento de suicidio con el fin de alcanzar alguna otra meta, o (b) la persona tiene una intención no determinada o muestra una clara intención de provocarse la muerte. Distingue entre:

Autolesión: conductas potencialmente autolesivas en las que es evidente, explícita o implícitamente, que la persona no ha intentado matarse y que la persona desea aparentar que quiere matarse para obtener algún beneficio. Dentro de esta categoría se encuentra la muerte autoinfligida no intencionada en la que existen evidencias de que no había intención suicida.

Conducta indeterminada relacionada con suicidio: son conductas potencialmente autolesivas en las que la intención es desconocida. En aquellos casos donde una persona no puede admitir una intención clara de morir (estar bajo la influencia del alcohol u otras drogas, psicosis, demencia, estados disociativos, etc.). La muerte autoinfligida con intención no determinada es aquella donde la intención es dudosa o desconocida.

El intento de suicidio es la conducta potencialmente autolesiva con un resultado no fatal, para la que existen pruebas (explícitas o implícitas) de que la persona tiene intención de matarse, cuando el intento termina en la muerte del sujeto se le denomina suicidio.

La importancia de esta nomenclatura se encuentra en la distinción de los diferentes tipos de conducta suicida, ideación, conductas potencialmente autolesivas con intencionalidad suicida, conducta instrumental o sin intencionalidad suicida, amenaza suicida, plan suicida, intento suicida y suicidio consumado (Daray, Grendas & Rebok, 2016).

## **2.5 Factores de Riesgo**

El término de riesgo constituye una medida de probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento por lo general no deseado o de consecuencias adversas (Fernández, Vila, & Montero, 1997), por lo que nos referiremos a un factor de riesgo como las características individuales o ambientales que está asociada con el aumento de la probabilidad de cometer un acto suicida.

El suicidio es un proceso dinámico de carácter multifactorial por lo que no se le puede atribuir a un solo factor la ocurrencia de este hecho, estos factores de riesgo pueden ser biológicos, ambientales, de comportamiento, socioculturales o económicos.

El hecho de conocer estos factores ha resultado de gran importancia al evaluar el riesgo suicida que podría tener un individuo.

### **2.5.1 Factores Sociodemográficos**

#### **2.5.1.1 Sexo**

En la mayoría de los estudios alrededor del mundo sobre el suicidio se ven mayormente representadas las mujeres en ideación e intentos suicidas que los hombres (Bjornaas, Hovda, Heyerdahl, Skog, Drottning, Opdahl, Jacobsen, Ekeberg, 2010, Echeburúa, 2015) esto se debe a que la determinación y la habilidad

letal son menores en las mujeres, puesto que la tasa de suicidios consumados normalmente es mayor.

Otra hipótesis sobre el porqué los hombres tienen mayor letalidad en sus métodos es la forma en que vive sus dificultades personales, el hombre soporta peor la soledad o la ruptura de pareja, no suele hablar de sus problemas, por lo que no libera su carga de sufrimiento y vive en general con mayor estrés y angustia su actividad laboral (Echeburúa, 2015).

Por otra parte, los intentos de las mujeres responden más a una llamada de atención, especialmente entre las jóvenes, y muestran una propensión a este tipo de conductas cuando están afectadas por problemas interpersonales graves.

#### 2.5.1.2 Edad

El suicidio se produce fundamentalmente en las edades medias de la vida, hay actualmente dos picos crecientes en las cifras obtenidas: la adolescencia/juventud y la vejez. De acuerdo con lo reportado por Rodríguez (2016) en el continente americano el 36.8% de los suicidios se registraron en edades entre los 25 y los 44 años, el 25.6% de los 45 a los 59 años. En las personas de 60 años o más, se registró el 19,9% de los suicidios, mientras que en las personas de 70 años o más se registró una tasa de suicidio de 12,4 por 100.000 habitantes.

Por otra parte, a lo largo de la literatura se ha encontrado que a partir de los 65 años los varones son los que tienen mayores tasas de suicidio consumado (Baca & Aroca, 2014; Borges, Medina, Orozco, Ouéda, Villatoro & Fleiz, 2009; Echeburúa, 2015; Rodríguez, 2016;). Legido (2012) menciona que las causas de la alta letalidad en este grupo de edad pueden ser el aislamiento social, peor salud física, mayor determinación a morir, mayor vulnerabilidad ante ciertos eventos vitales como la viudedad y el que se suelen utilizar métodos más letales.

Actualmente, las tasas de suicidio consumado en jóvenes están aumentando, sobre todo en varones entre 15-24 años, siendo la tercera causa de muerte en Estados Unidos entre jóvenes de esta edad, lo que corresponde a los datos emitidos por el

INEGI (2018) la tasa más alta de suicidio se encuentra en los hombres entre 20 y 24 años.

Echeburúa (2015) menciona que el suicidio en este grupo de edad se relaciona con el consumo de drogas, depresión o un brote psicótico, un entorno familiar y social deteriorado, un problema amoroso, una orientación sexual no asumida, el fracaso escolar y acoso o ciberacoso.

#### 2.5.1.3 Distribución Geográfica y Migración

Mejía y colaboradores (2011) reportan que los intentos de suicidio tienden a ser más frecuentes en zonas urbanas que rurales, sin embargo, la letalidad es mayor en estas últimas por la menor accesibilidad a Servicios de Salud y el uso de métodos más letales. En México se encontró que en las zonas metropolitanas había una mayor ideación suicida, en la región sureste se encontró mayor prevalencia en plan y en la región norte, para intentos de suicidio (Borges, et al., 2009).

De igual manera Borges y colaboradores (2009) encontraron que personas que migraron recientemente de un estado a otro al interior de la República presentaron consistentemente prevalencias más elevadas de conducta suicida, esto debido a que se acompaña de desarraigo y aislamiento social.

#### 2.5.1.4 Nivel Socioeconómico/Ingresos

En general se ha observado que las conductas suicidas son más frecuentes en población desempleada y con bajo nivel socioeconómico

Madroñero y colaboradores (2007) reportaron que el 66% de una muestra de casos con intento de suicidio no percibían ingresos, 16% afirmó tener un ingreso de menos de un salario mínimo y solo el 18% reportó ingresos entre 1 a 2 salarios mínimos, no encontraron casos con ingresos mayores a 3 salarios mínimos.

De igual manera la pérdida de empleo o el desempleo por grandes periodos de tiempo se ha encontrado como un factor de riesgo debido a que la sociedad

interpreta el desempleo como fracasos personales y derivan en problemas de identidad, pérdida de control, desamparo y depresión (Legido, 2012).

Acorde a lo anterior Borges (2009) encontró que los desempleados, los que perciben muy bajos ingresos y los que tienen peores condiciones de vivienda presentan mayores prevalencias de ideación, plan e intento suicida.

#### 2.5.1.5 Nivel Educativo

Se ha encontrado que hay una tendencia inversa entre nivel educativo y la prevalencia de ideación y conducta suicida: los extremos de los niveles educativos presentan los valores más extremos de las prevalencias (Borges, et al., 2012), es decir las personas que tienen menor escolaridad presentan prevalencias más elevadas que las que tienen estudios de licenciatura o mayor.

### **2.5.2 Factores Clínicos del Riesgo Suicida**

#### 2.5.2.1 Abuso de Alcohol

El abuso de sustancias, más concretamente el alcoholismo, está fuertemente asociado con el riesgo de suicidio. Inskip y colaboradores (1998) reportan que la tasa de mortalidad de pacientes con dependencia al alcohol es hasta seis veces mayor que en la población general (Castro-Rueda, Rangel Martínez, Camacho, Rueda & Jaimes, 2010; Mejía, Sanhueza & González, 2011).

El consumo de alcohol, además, puede ir asociado a enfermedades médicas, trastornos del ánimo, trastornos de personalidad, intentos autolíticos previos o trastornos del control de impulsos (Mejía, Sanhueza & González, 2011).

En un estudio realizado en México por Ocampo y colaboradores (2009) se encontró que de acuerdo con el reporte del SEMEFO, la principal sustancia detectada en los casos de suicidio fue el alcohol con 72.9%, seguido por estimulantes (9.6%) y sedantes (6.8%).

Castro y colaboradores (2010) coinciden con otros estudios sobre el hecho de que solo el consumo de alcohol es un factor de riesgo para un intento suicida tanto en

pacientes alcohólicos como no alcohólicos, por sus efectos desinhibidores que facilitan el llevar a cabo el acto suicida (Legido, 2012).

#### 2.5.2.2 Enfermedad Física

En cuanto a las enfermedades médicas se ha examinado cómo este factor es un riesgo potencial, especialmente en la población de edad avanzada (Quesada, 2015) y en enfermedades crónicas (García, Sahagún, Ruíz, Sánchez, Tirado & González, 2010). En un estudio realizado por Crump y colaboradores (2014) encontraron que, entre los trastornos somáticos, el EPOC, el cáncer, los trastornos de la columna vertebral, el asma y el accidente cerebrovascular fueron factores de riesgo significativos para el suicidio entre mujeres y hombres.

Se ha encontrado que la enfermedad física se vuelve un factor de riesgo cuando es incapacitante, deformante o que se asocia a dolor crónico (García, et al., 2010), puesto que el paciente puede experimentar una ansiedad anticipatoria en relación con la posible progresión de la enfermedad a un estado crónico y el miedo a la dependencia familiar y sentirse como una carga (Legido, 2012).

Por otra parte, hay que tener en cuenta el hecho de que existen enfermedades que por sí mismas se asocian a trastornos del ánimo, por ejemplo, cáncer de mama o páncreas, epilepsia, esclerosis múltiple, traumatismos craneoencefálicos, enfermedad cardiovascular, enfermedad de Huntington, VIH, cirrosis o enfermedad renal tratada con hemodiálisis, así también ciertos medicamentos pueden alterar el estado de ánimo (Mejía, Sanhueza & González, 2011).

#### 2.5.2.3 Trastornos Anímicos y de Ansiedad

En múltiples estudios se ha encontrado que el factor de riesgo más importante para la conducta suicida es la presencia de trastornos depresivos (García, et al., 2010; Legido, 2012; López, 2017; Mejía, Sanhueza & González, 2011; Monnin, et al., 2012; Quesada, 2015; Teti, Rebok, Rojas, Grendas, & Daray, 2014), siendo tres veces mayor el riesgo en la población con depresión mayor, que en la población

general y se estima que el 80% de los suicidios consumados presentan un cuadro depresivo (Baca & Aroca, 2014).

Crump y colaboradores (2014) encontraron que la asociación entre depresión y suicidio fue más fuerte entre los adultos mayores (55 a 74 años) en comparación con los adultos más jóvenes, y entre las mujeres en comparación con los hombres.

Aunque la depresión mayor es uno de los factores de riesgo más relevante en el suicidio, sólo una pequeña parte de los pacientes deprimidos realizan intentos de suicidio y posteriormente múltiples conductas suicidas de mayor letalidad hasta llegar a consumarlo (Legido, 2012).

Por otra parte, el papel que juega la ansiedad en la conducta suicida no ha sido esclarecido, existe una controversia sobre si dichos trastornos se asocian independientemente a un mayor riesgo de suicidio. Este debate se debe en gran medida a la comorbilidad entre dichos trastornos y otros trastornos psiquiátricos, especialmente los trastornos del ánimo y abuso de sustancias (Baca & Aroca, 2014; Legido, 2012)

Sin embargo, se ha encontrado que los trastornos de ansiedad son los que confieren mayor riesgo en la conversión de la ideación suicida al plan y de éste al intento de suicidio (Baca & Aroca, 2014; Bomyea, et al., 2015; Mejía, Sanhueza, & González, 2011). Por lo que, a pesar del debate que hay alrededor de los trastornos de ansiedad, por sí mismos no son un factor de riesgo, se puede decir que lo que sí ha sido ampliamente estudiado es el hecho de que la comorbilidad depresión-ansiedad es uno de los factores más importantes para la conducta suicida (Baca & Aroca, 2014, Bomyea et al., 2015; Mejía, et al., 2011; Sareen, et al., 2005; Teti et al., 2014).

#### 2.5.2.4 Trastornos de Personalidad

Se ha reportado que los trastornos de personalidad se encuentran entre el 9% y el 28% de todos los suicidios consumados (Legido, 2012), encontrando mayor riesgo particularmente en el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) (Mejía et al., 2011)

Se tiene registro de que alrededor del 10% de las personas con TLP logran el suicidio consumado, mientras que el otro 90% amenaza con ello o lo intenta, además es la causa más frecuente de hospitalización en esta categoría clínica (Echeburúa, 2015; Espinosa, Blum & Romero, 2009).

Se ha explicado que los factores que aumentan el riesgo de conductas suicidas en sujetos con trastorno límite de personalidad son la presencia de impulsividad, inestabilidad afectiva, apego inseguro y difusión de identidad (Villarroel, Jerez Montenegro, Montes, Igor & Silva, 2013). Así como también la frecuente comorbilidad con trastornos del estado de ánimo, trastornos relacionados con sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, con el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de angustia y el trastorno por déficit de atención (Espinosa et al., 2009; Legido, 2012; Villarroel et al., 2013)

#### 2.5.2.5 Intentos Previos

La presencia de intentos previos de suicidio es de los factores de riesgo más importantes para el suicidio, llegando a ser considerado un predictor de posibles tentativas futuras. En varias investigaciones se reporta que la proporción de pacientes con tentativas previas que mueren por suicidio va de 44% a 59% (Legido, 2012; Sarmiento, Sánchez, Vargas & Álvarez, 2010; Zahl, & Hawton, 2004)

En diversos estudios se ha reportado que del 15% al 25% de los pacientes con intentos previos han vuelto a cometer un intento suicida o consumado el suicidio en un lapso de un año (Oquendo, et al., 2007), siendo los días previos al intento los que tienen mayor riesgo. Perry y colaboradores (2012) en un estudio sobre la incidencia en la repetición de la conducta suicida mencionan que el riesgo de repetición fue mayor en el tiempo inmediatamente después del intento, ocurriendo el 45% en los primeros 3 meses y el 60% en los primeros 6 meses.

Por otra parte, se ha observado que el número de intentos de suicidio previos también tiene una carga en el aumento de riesgo, siendo los sujetos que tienen cuatro episodios previos de tentativas los que tenían un riesgo del 70% de volver a cometerlo en el plazo de un año (Haw, Bergen, Casey, & Hawton, 2010; Zahl &

Hawton, 2004). A su vez, el mayor riesgo en el grupo de repetidores múltiples se produce fundamentalmente en mujeres (Haw, et al., 2010; Monnin, et al., 2011; Oquendo, et al., 2007).

Sin embargo, Isometsä (2001) menciona que este factor tiene limitada sensibilidad ya que una proporción significativa de los suicidios consumados en su estudio, habían muerto en su primer intento, con una proporción mayor en los hombres, de aquellos que realizaron intentos previos y que finalmente consumaron el suicidio, 82% cambió el método a otro más letal (Sarmiento, et al., 2010).

## **2.6 Factores de Protección**

Así como existen los factores de riesgo, también hay factores de protección, que se definen como aquellas características que inhiben, reducen o atenúan la probabilidad de que la persona cometa un acto suicida.

Estudios sobre factores de protección y riesgo, se han encontrado que un gran factor protector en comportamientos suicidas es la presencia de razones para vivir (Castro-Rueda, et.al., 2010; García, Palacio, Vargas, et al., 2009; Legido, 2012), normalmente medidas con las subescalas del Inventario de Razones para Vivir (RFL) la cual cuenta con 6 dominios, que son, “Creencia en la vida y capacidad de afrontamiento”, “Miedo a la muerte y a la desaprobación social”, “Responsabilidad con la familia”, “Preocupación por los hijos”, “Percepción de incapacidad para el suicidio” y “Objeciones morales”(Linehan, Goodstein, Nielsen & Chiles, 1983).

A continuación, se revisarán algunos aspectos de estos dominios que se han encontrado como factores de protección comúnmente en la literatura.

### **2.6.1 Apoyo Social**

Echeburúa (2015) menciona que existen ciertos factores sociales y familiares que desempeñan un papel protector, como el tener relaciones sociales ricas, estar integrado culturalmente, contar con apoyo familiar y tener hijos pequeños (sobre todo, en el caso de las mujeres).

Por otra parte, Madroñero y colaboradores (2007) en un estudio de Colombia encontraron que solo el 38% de las personas que intentaron suicidarse sentían apoyo por parte de amigos y familiares, por el contrario, en los controles el 81% se sentían apoyados cuando lo necesitaban, por lo que tener un sentido de pertenencia y sentir que cuentan con personas a su alrededor podría constituir un factor de protección.

### **2.6.2 Estado Civil**

En referencia al estado civil se ha observado que el matrimonio, reforzado por los hijos, parece disminuir el riesgo de suicidio de forma significativa, por el contrario, el suicidio es más frecuente en divorciados y viudos (Jiménez, Sáiz, & Bobes, 2006; Mejía, Sanhuesa & González, 2011).

Borges y colaboradores (2009) encontraron que en México hay mayor prevalencia tanto en ideación, plan e intento en separados y divorciados, mientras que la prevalencia más baja corresponde a aquellas personas que se encuentran casadas o en unión libre.

Durkheim (1995) explica este factor de protección debido a la subordinación de las personas por someterse a los intereses del núcleo familiar, por lo que disminuyen los impulsos individualistas y suicidas.

### **2.6.3 Religión**

Tradicionalmente la religión se ha considerado un factor importante en el comportamiento suicida, Durkheim pensaba que el suicidio se origina de una falta de identificación con un grupo unitario y sostenía que las tasas de suicidio debían ser inferiores donde existe un alto grado de integración religiosa (Madroñero, Pabón & Cerón, 2007).

Este factor de protección no es igual para todas las religiones, de manera que existe una diferencia notable entre el islamismo y el resto de las religiones. En un estudio reciente se ha destacado que, en los países musulmanes, donde la religión prohíbe terminantemente el suicidio, la tasa total de suicidio es cercana a 0, mientras que los

países predominantemente ateos son los que presentan tasas de suicidio más elevadas (Jiménez, Sáiz, & Bobes, 2006).

En México las personas que manifestaron otra religión o ninguna presentaron las prevalencias más elevadas, y los católicos, las prevalencias más bajas de intento; los protestantes, evangélicos y cristianos, las más bajas de ideación y plan suicida (Borges, et al, 2009).

## Capítulo 3. Intentos de Suicidio y Eventos Precipitantes

### 3.1 Epidemiología

Los intentos de suicidio son mucho más frecuentes que los suicidios consumados, la Organización Mundial de la Salud estima que se producen 20 tentativas por cada suicidio consumado (OMS, 2014), así mismo como se ha mencionado anteriormente se considera que el intento de suicidio es el factor de riesgo más importante para el suicidio.

Como mencionan Jiménez y Cardiel (2013) aunque las cifras nos dan una visión sobre la problemática se debe tener en cuenta que el suicidio es considerado como un acto vergonzoso y causante de estigma social, por lo que suele ocultarse afectando así la veracidad de los registros, sumado a lo anterior hay que considerar que el estudio de las conductas suicidas desde el punto de vista epidemiológico es diferente al suicidio consumado, en el caso del intento de suicidio, no hay organismo que disponga de información sobre este tema, ya que no es obligatorio reportarlo (Borges, Orozco, Benjet, & Medina-Mora, 2010).

Hay dos métodos primarios para obtener datos acerca de las tasas nacionales o regionales sobre los intentos de suicidio. El primero es la auto notificación de comportamiento suicida en encuestas de muestras representativas de residentes de la comunidad, y la segunda son los registros médicos de tratamiento de lesiones autoinfligidas en muestras representativas de instituciones de atención de salud de la comunidad (OMS, 2014).

En México las estadísticas de intentos de suicidio y suicidios se captaron hasta el 2005, a partir del 2006 se publican solo los datos de suicidio consumado los cuales se captan mediante los registros de las estadísticas de mortalidad, particularmente, de las accidentales y violentas. De acuerdo con los datos emitidos por el INEGI (2018), en 2016 ocurrieron 6 291 muertes por lesiones suicidio, lo que representa una tasa de 5.1 suicidios por cada 100 000 habitantes.

Con respecto a cifras sobre intentos de suicidio Borges y colaboradores (2019) utilizaron los datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco del 2016 (ENCODAT, 2016) y reportaron que entre aquellos con una ideación suicida el 35.8% hizo un plan y el 32.4% cometió una tentativa, entre los que informaron una ideación y un plan, el 68.2% llevaron a cabo el intento. Entre los que intentaron suicidarse, el 27.3% fueron intentos que condujeron a algún tipo de tratamiento médico y un gran porcentaje de intentos, el 75% fueron intentos planificados (Borges, Orozco, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz & Díaz-Salazar, 2019)

Sánchez Loyo y colaboradores (2016) en un estudio realizado en Guadalajara reportaron que el porcentaje de las mujeres con intento de suicidio era mayor que el de los hombres, resultados semejantes a otros estudios en diferentes países, como son Cuba (Cordero, Pérez, Zamora, del Risco & González, 2019), Colombia (Arenas, Gómez & Rondón, 2016), Chile (Ceballos-Espinoza, 2013), China (Ying Li, Yafei Li & Jia Cao, 2012), Dinamarca (Fedyszyn, Erlangsen, Hjorthøj, Madsen & Nordentoft, 2016), Turquía (Aichbergera, Heredia, Bromand, Yesil, Temur-Erman, Rapp, Heinz & Schouler-Ocak, 2015), España (Vázquez, Álvarez, López, Cruz & Abella, 2012) entre otros, una explicación para ello es que las mujeres tienden a usar métodos menos letales, como la intoxicación, en cambio los hombres tienden a utilizar métodos más letales como la estrangulación o el uso de armas de fuego, en los que el tiempo de respuesta que se tiene para atenderlos es menor.

De acuerdo con lo reportado por Borges y colaboradores (2019) tanto la prevalencia de ideación, plan e intento suicida es aproximadamente dos veces más común entre las mujeres, por otra parte, el intento de suicidio es más común en zonas urbanas y menos frecuente en personas mayores de 50 años.

Como ya se ha mencionado anteriormente la conducta suicida puede estar relacionada con múltiples factores ambientales e individuales, a continuación, se presentan algunas de las características de la población con tentativa suicida.

### **3.2 Personalidad en Población con Intento Suicida**

Los comportamientos suicidas pueden verse como resultado de interacciones recíprocas entre cogniciones, afectos y comportamientos desadaptativos, que se producen posteriormente a un precipitante ambiental o interno.

O' Connor y Nock (2014) identificaron los siguientes factores cognitivos disfuncionales en pacientes suicidas:

- Rigidez cognitiva, las personas cognitivamente rígidas o inflexibles, llegan a la conclusión de que el suicidio es la única opción.
- Rumiación, se ha descrito como una tendencia a focalizar reiteradamente la atención en las emociones negativas (Cova & Rincón, 2007). Una revisión sobre la asociación entre la rumiación y el comportamiento suicida mostró que los resultados de 10 de 11 estudios que examinaron esta asociación mostraron apoyo para este vínculo (Morrison & O'Connor, 2008; citado en O' Connor & Nock, 2014).
- Sesgos en la memoria autobiográfica, una capacidad disminuida para recordar recuerdos autobiográficos específicos puede afectar la capacidad de imaginar el futuro y participar en la resolución efectiva de problemas, aumentando así la probabilidad de conductas suicidas.
- La percepción de que es una carga para los demás, se ha encontrado asociación entre la carga percibida, el perfeccionismo y la ideación suicida.
- Resolución de problemas y afrontamiento, se ha mostrado consistentemente un vínculo entre el comportamiento suicida y los déficits tanto en la resolución de problemas interpersonales como en el afrontamiento, sin embargo, en vista de la naturaleza transversal de la mayoría de los estudios sobre este tema, la dirección de esta asociación no es clara.

Se ha desarrollado un interés por estudiar la contribución de los factores de personalidad y la cognición en la etiología del comportamiento suicida, sin embargo la asociación entre la conducta suicida y la personalidad no ha sido tan clara como

la reportada entre el suicidio y los trastornos del Eje I (Quintanilla, Valadez, González, Vega, Flores & Valencia, 2004), por lo que aún no es bien conocido si los efectos de un rasgo aislado podría intensificar, debilitar o anular otros rasgos de personalidad (García, 2019).

La desesperanza ha sido citada en numerosos estudios como un factor asociado al desarrollo de la ideación suicida y se describe como una actitud pesimista hacia el futuro (O' Connor & Nock ,2014; O' Connor, Williams & Smyth, 2015; ), otro factor asociado a la ideación suicida, el intento y al suicidio consumado es la impulsividad, así como también se le ha asociado como un predictor para múltiples intentos (Arenas, Lucio & Forns, 2012; Brezo, Paris & Turecki, 2006; O' Connor & Nock, 2014), también se considera que la impulsividad es una característica más propia de los adolescentes y de los hombres que cometen suicidio (Quintanilla, et al., 2004; Ruíz, Riquelme & Buendía, 2000).

Por otra parte, se ha encontrado evidencia que sugiere que el perfeccionismo puede estar asociado con la ideación e intentos de suicidio, en especial el perfeccionismo prescrito socialmente, es decir, la creencia de que otras personas tienen expectativas irreales sobre uno mismo. Investigaciones recientes sugieren que las dimensiones sociales del perfeccionismo aumentan el riesgo de suicidio al promover una sensación de desconexión social, que es consistente con el modelo motivacional-volitivo integrado y la teoría interpersonal del suicidio (Brezó, et al., 2006; Roxborough HM, Hewitt PL, Kaldas J, et al. 2012; citado en O' Connor & Nock, 2014).

En cuanto a las cinco grandes dimensiones de la personalidad se ha encontrado particularmente que altos niveles neuroticismo y los bajos niveles de extroversión están asociados con la ideación suicida, los intentos y el suicidio consumado, lo que sugiere que las personas que son más sensibles a la angustia y están socialmente desconectadas tienen mayor riesgo de suicidio (Batterham & Christensen, 2012; Blüml, et al., 2013; O' Connor & Nock, 2014;).

Estudios han revisado la relación entre los estilos de afrontamiento, el neuroticismo, y algunos aspectos del estrés (Costa, et al, 1996; citado en Quintanilla, et al., 2004) encontrando que pacientes con neuroticismo elevado tienden a un menor uso de estrategias de afrontamiento adaptativas y tienden a un mayor uso de un pensamiento evitativo y fantasioso.

Se ha encontrado que elevados niveles de extraversión se asocian con un bajo riesgo de suicidio, puesto que la extraversión elevada se relaciona con afectividad positiva, sociabilidad e incremento del soporte social, así como con emociones positivas. Por el contrario, los bajos niveles de este rasgo se asocian con timidez, amortiguación de emociones positivas, perspectivas negativas, síntomas depresivos y desesperanza (García, 2019, Quintanilla, et al., 2004).

Por otra parte, también se ha relacionado la agresividad con la conducta suicida (Brezo, et al., 2006; Rujescu y Giegling, 2012), sin embargo, al ser un rasgo presente típicamente en trastornos de conducta, trastornos de la personalidad, trastornos por uso de sustancias y trastornos bipolares, se necesita mayor investigación para definir si influye independientemente a los trastornos del eje I.

### **3.3 Tentativa Única VS Múltiples Tentativas**

A lo largo de la literatura se han logrado identificar diferencias entre pacientes con una tentativa suicida y pacientes con múltiples intentos en cuanto a que presentan un perfil clínico particularmente severo, caracterizado por un grado sumamente alto de psicopatología, suicidabilidad y una disfunción interpersonal (Monnin, Thiemard, Vandell, Nicolier, Tio, Courtet, Bellivier, Sechter & Haffen, 2012).

Se ha asociado la desesperanza con el psicoticismo, el cual resultó ser mayor en los intentos dependientes de sustancias y los intentos múltiples (Lolas, Gómez, Suárez, 1991; citado en Brezo, et al., 2006). En un estudio hecho por Brezo y colaboradores (2008) se compararon las diferencias cualitativas y cuantitativas entre correlaciones de rasgos de personalidad de personas con múltiples intentos y con un solo intento, encontraron que la desregulación emocional es más alta en pacientes con intentos repetidos.

En dicho estudio, la desregulación emocional está relacionada con la autopercepción (narcisismo, problemas de identidad) la interpretación de una situación (desregulación cognitiva perceptiva), la reacción a estresores percibidos (ansiedad, inestabilidad afectiva, agresividad pasiva) e interacción con entorno social (sumisión, apego inseguro, evitación social y sospecha).

Los rasgos de personalidad tienen propiedades que han cobrado importancia en el estudio de su relación con la conducta suicida, al afectar variables que pueden contribuir a la etiología de la conducta suicida, así como identificar patrones de personalidad predisponentes, que se considerarían como fenotipos intermedios entre los genes y el ambiente (Perroud et al., 2013), así mismo también se pueden establecer grupos en función de sus características, como la distinción entre aquellas personas con mayor riesgo suicida.

### **3.4 Eventos Precipitantes**

Los eventos de vida estresantes o adversos pueden funcionar como un disparador que lleva a la persona hacia la conducta suicida, en general, los eventos que se han asociado al acto suicida pueden ser percibidos por la persona como un reflejo de su pérdida, humillación, vergüenza o fracaso (Hernández & Lucio, 2006), a los cuales no ve solución y por lo tanto los percibe como insoportables (Crestuzzo, 2018).

Cabe aclarar que como ya se ha mencionado antes, la conducta suicida es multicausal, por lo tanto, el evento por sí solo no es la causa de la conducta, sino que sólo contribuye, partiendo de una vulnerabilidad dada por los factores de riesgo (Abufhele & Correa, 2016).

Entonces un evento se puede considerar más estresante si es impredecible, inmodificable y tiene baja posibilidad de afrontamiento (Galvis, 2007), por lo que la persona evalúa el evento de acuerdo con la información que llega de su activación emocional, de las atribuciones y creencias que posee y del apoyo social percibido, así como también evalúa la presencia de estrategias de afrontamiento y su efectividad.

Los eventos precipitantes más reportados en la literatura son (García, Palacio, Diago, et al., 2008; Carmona, et al., 2010; Chávez, Pérez, Macías & Páramo, 2004; Morales, Echávarri, Barros, Zuloaga, & Taylor, 2016; Martin, et al., 2013; World Health Organization, 2014):

- Separación de la pareja
- Dificultades económicas
- Pérdida del trabajo/ desempleo
- Pérdida por muerte de un ser querido
- Ser informado de enfermedad grave
- Problemas en la escuela o trabajo
- Conflictos familiares
- Problemas legales
- Acontecimientos negativos (guerras, desastres naturales, desplazamientos)

Como se puede observar estas situaciones se refieren a un quiebre vincular con una persona cercana, principalmente una pareja, o en otros casos un quiebre laboral o académico, lo que produce sentimientos de soledad, percibirse como una carga para otros y fracaso.

Se ha encontrado evidencia de cuáles son los eventos estresantes que pueden precipitar una conducta suicida en ambos sexos, los problemas interpersonales, la presencia de una enfermedad somática, problemas financieros y la separación, parecen ser mejores predictores en los hombres, mientras que los trastornos mentales, los conflictos matrimoniales y la pérdida de personas cercanas podrían ser un mayor predictor en mujeres (Mandelli et al., 2015).

En cuanto a la edad, se ha encontrado que en el grupo de 15 a 24 años se debe en su mayoría a los conflictos interpersonales, mientras que en edades de 45 a 64 años son más las conductas suicidas por pérdidas, dificultades económicas, separación, conflictos legales, desempleo, problemas laborales o cambios de residencia y por último los adultos mayores destacan enfermedades propias o de cercanos,

situaciones de aislamiento y soledad, la jubilación y los acontecimientos ligados al envejecimiento (Foster, 2011; Sáiz, et al, 2016; citados en García, 2019)

## Capítulo 4. Método

### 4.1 Planteamiento del Problema y Justificación

El suicidio en los últimos años ha presentado un incremento en la tasa de mortalidad en México, aunque las cifras nos dan una visión sobre la problemática se debe tener en cuenta que el suicidio es un acto estigmatizado, considerado como vergonzoso, por lo que suele ocultarse afectando así la veracidad de los registros y reduciendo la búsqueda de ayuda de las personas que presentan conductas suicidas (Borges, Orozco, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, & Díaz-Salazar, 2019).

De acuerdo con la evidencia empírica se han considerado diferentes factores predisponentes a la tendencia suicida, entre estos factores se encuentran: genéticos, red social, dinámica familiar, antecedentes personales y familiares de psicopatología, trauma, abuso y estrés; antecedentes familiares y personales de suicidalidad y factores de personalidad (Brezo, Paris & Tureck, 2006).

La investigación sobre los factores de riesgo asociados sigue siendo relevante para la estimación del riesgo suicida (Rudd, Joiner & Rajab, 1996; Forman, Berk, Henriques, Brown & Beck, 2004; citados en Brezo, Paris, Hébert, Vitaro, Tremblay & Turecki, 2008), especialmente cuando se trata de la evidencia de los intentos de suicidio, los rasgos de psicopatología de la personalidad y los eventos precipitantes contribuyen al conocimiento y tratamiento preventivo de la conducta suicida.

De acuerdo con lo reportado por Archer y colaboradores (2006) los instrumentos de la familia del MMPI son las medidas más utilizadas en la práctica clínica en cuanto personalidad y psicopatología, siendo el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 revisado (MMPI-2) el que contiene modificaciones con el fin de ajustarse a los modelos contemporáneos de personalidad y psicopatología, así mismo se ha demostrado un incremento en la validez en la identificación de individuos que informaron intentos de suicidio previos (Gottfried, Bodell, Carbonell y Joiner, 2014; citado en Anestis, Finn, Gottfried, Hames, Bodell, Hagan, Arnau, Anestis, Arbisi & Joiner, 2018).

Harkness & McNulty (1994, 1995) elaboraron un modelo de “cinco factores” denominados como “Cinco de la Personalidad Psicopatológica” (PSY-5) en el MMPI-2 con el objetivo de discriminar entre personalidad normal y trastornos de personalidad (Jiménez, Sánchez & Merino, 2004). De este modelo se desprenden cinco dimensiones las cuales son: “Agresividad” (AGGR), “Psicoticismo” (PSYC), “Falta de control” (DISC), “Emocionalidad negativa/Neuroticismo” (NEGE) y “Baja emocionalidad positiva/Introversión” (INTR), por lo que se considera relevante utilizar dicho instrumento para evaluar a los adultos de la presente investigación con uno o más intentos de suicidio.

Baertschi y colaboradores (2018) en su estudio sobre la relación entre la personalidad de acuerdo al Modelo de los cinco factores, los constructos de la Teoría interpersonal del suicidio y la ideación suicida encontraron que el neuroticismo se relaciona positivamente con la carga percibida y por otra parte la apertura se relaciona negativamente; mientras que el neuroticismo se relaciona positivamente y la extraversión negativamente a la pertenencia frustrada, por lo que la personalidad tiene un papel significativo en el suicidio cuando se considera desde la perspectiva de la Teoría interpersonal del suicidio, por lo que se debe tomar en cuenta como un complemento para la detección y predicción de las conductas suicidas.

#### **4.2 Preguntas de Investigación**

¿Existen diferencias en las características sociodemográficas en personas de un grupo de adultos con un intento de suicidio y múltiples intentos?

¿Existen diferencias en los rasgos de psicopatología de la personalidad en personas de un grupo de adultos con un intento de suicidio y múltiples intentos?

¿Qué eventos precipitantes se presentan en un grupo de pacientes con intentos de suicidio?

### **4.3 Objetivos**

#### **4.3.1 Objetivo General:**

- Analizar las características sociodemográficas y los cinco rasgos de psicopatología de la personalidad en personas con un intento y personas con múltiples intentos de suicidio, así como describir los eventos precipitantes.

#### **4.3.2 Objetivos Específicos:**

- Describir las características sociodemográficas en un grupo de adultos con intento de suicidio.
- Evaluar y describir los cinco rasgos de psicopatología de la personalidad (“Agresividad” (AGGR), “Psicoticismo” (PSYC), “Falta de control” (DISC), “Emocionalidad negativa” (NEGE) y “Baja emocionalidad positiva” (INTR)) de un grupo de pacientes con intento de suicidio.
- Describir los eventos precipitantes en un grupo de adultos con intento de suicidio.
- Analizar las diferencias de las características sociodemográficas en pacientes con un intento y múltiples intentos.
- Analizar las diferencias de los cinco rasgos de psicopatología de la personalidad en pacientes con un intento y múltiples intentos.

### **4.4 Hipótesis**

Hi

Existen diferencias en los cinco rasgos de personalidad psicopatológica al comparar pacientes con un intento de suicidio y pacientes con múltiples intentos.

Existen diferencias en las características sociodemográficas al comparar pacientes con un intento de suicidio y pacientes con múltiples intentos.

Ho

No existen diferencias en los cinco rasgos de personalidad psicopatológica al comparar pacientes con un intento de suicidio y pacientes con múltiples intentos.

No existen diferencias en las características sociodemográficas al comparar pacientes con un intento de suicidio y pacientes con múltiples intentos.

## **4.5 Variables**

### **4.5.1 Intentos Suicidas**

Definición conceptual

Toda acción para terminar con la propia vida que no tienen resultados fatales (WHO, 1999)

Definición operacional

Se obtuvo el número de intentos de suicidio por medio de la Entrevista Directiva para la Evaluación del Riesgo Suicida (Vázquez, 2019), en el apartado de “Capacidad para suicidarse” preguntando

“¿Ya había/ ha intentado quitarse la vida? ¿Cuántas veces?”

Ubicándolos en dos categorías de acuerdo con la literatura (Brezo, Paris, Hébert, Vitaro, Tremblay & Turecki, 2008):

- Un intento.
- Múltiples intentos.

### **4.5.2 Rasgos de Psicopatología de la Personalidad**

Definición conceptual

Los rasgos de personalidad de acuerdo con Feldman (2006) son patrones perdurables de la personalidad, que se diferencian entre los individuos. Estos no suponen que ciertas personas tengan un rasgo y otras no; en cambio proponen que

todas las personas poseen ciertos rasgos, pero el porcentaje en que se aplica un cierto rasgo a una persona en particular cambia y es cuantificable.

El modelo de los rasgos de psicopatología de la personalidad es un sistema descriptivo dimensional de la personalidad y sus trastornos (Harkness, McNulty, & Porath, 1995), el cual fue desarrollado a partir de estudios centrados en los trastornos de personalidad y de personalidad normal y cubre cinco dominios de la personalidad que son relevantes para la planeación, comunicación e intervención clínica (Harkness & Lilienfeld, 1997).

- Agresividad (AGGR) evalúa la agresión instrumental o física, asertividad y grandiosidad e indignación.
- Psicoticismo (PSYC) denota experiencia psicótica, paranoia y una personalidad recelosa y desconfiada.
- Falta de Control (DISC) combina los rasgos de historia antisocial, violación de normas, impulsividad y bajo nivel de percepción del riesgo.
- La Emocionalidad negativa/neuroticismo (NEGE), evalúa una extensa variedad de experiencias emocionales negativas focalizadas fundamentalmente en la ansiedad, disforia, estrés, y fobias.
- La Introversión y/o baja emocionalidad positiva (INTR) hace referencia a una dificultad para expresar una amplia gama de expresiones emocionales y experiencias afectivas (anhedonia, tendencias a la depresión, entre otras) al mismo tiempo que manifiesta una tendencia a evitar el contacto con los demás y las relaciones sociales (baja sociabilidad).

#### Definición operacional

Puntuaciones obtenidas en el Modelo de los Cinco Factores del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota -2 Revisado (PSY-5) (Butcher, Graham, Porath, Tellegen, Dahistrom & Kaemmer, 2015). Consta de 139 reactivos con

respuestas dicotómicas. Obteniendo puntajes T de acuerdo con los criterios del MMPI 2-R.

### **4.5.3 Características sociodemográficas**

Definición conceptual

La demografía es la ciencia que tiene por objeto el estudio de las poblaciones humanas tratando, desde un punto de vista principalmente cuantitativo, su dimensión, su estructura, por lo tanto, las características sociodemográficas son un conjunto de datos de acuerdo con las características biológicas, sociales, y económicas presentes en la población sujeta a estudio (Macció, 1985).

Los datos pueden clasificarse según el valor de ciertos caracteres cuantitativos, por ejemplo: la edad, ingresos económicos o bien, según ciertos caracteres cualitativos, por ejemplo: el sexo, ocupación, configuración familiar (Macció, 1985).

Definición operacional

Dichos datos se obtendrán de la Entrevista Directiva para la Evaluación del Riesgo Suicida (Vázquez, 2019), en el apartado de “Datos Sociodemográficos” (edad, sexo, estado civil, religión, escolaridad, ocupación, ingresos mensuales, hermanos, con quien vive).

### **4.5.4 Eventos Precipitantes**

Definición conceptual

Son eventos vitales estresantes que pueden disparar la conducta suicida. La mayoría de ellos son eventos comunes y, por lo tanto, no son prevenibles ni predecibles, es importante aclarar que no son la causa de la conducta, sino que solo la precipitan ante una base de vulnerabilidad dada por los factores de riesgo (Abufhele &Correa, 2016).

Definición operacional

Se recopilarán los eventos precipitantes de acuerdo con la Entrevista Directiva para la Evaluación del Riesgo Suicida (Vázquez, 2019), en el apartado “Factores

de Riesgo Significativos” con una pregunta abierta en la que se les pregunta por el evento que desencadenó la crisis suicida.

#### **4.6 Tipo de Estudio**

Comparativo

De acuerdo con Aragón y Méndez (2012) los estudios descriptivos son aquellos que permiten conocer la distribución de los datos a partir de la cuantificación de los atributos de una categoría o variable. Además, se considera de tipo comparativo, ya que, su objetivo es determinar la existencia de diferencias en los valores de variables entre distintos grupos.

#### **4.7 Diseño**

El diseño es no experimental, transversal, ya que, se recolectaron datos en un sólo momento con el objetivo de indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables o ubicar, categorizar y proporcionar una visión de una comunidad, un evento, un contexto, un fenómeno o una situación, para así poder proporcionar su descripción (Kerlinger & Lee, 2002).

#### **4.8 Participantes**

##### **4.8.1 Muestreo y muestra**

No probabilístico, intencional y periodo de tiempo (Creswell, 2015)

La muestra inicial fue de 48 participantes los cuales se fueron reclutando conforme se presentaron al servicio de urgencias por intento de suicidio, dentro de un periodo de seis meses. Posteriormente de los 48 casos se descartó el 6.25% ( $n = 3$ ), por presentar una discapacidad mental y no haber llegado a concretar el intento de suicidio, por lo que la muestra final resultó en 45 participantes entre 18 y 70 años ( $M = 32.37$ ,  $D.E. = 11.876$ ), de los cuales 36 son mujeres y 9 hombres.

Todos ellos fueron referidos a valoración psiquiátrica en admisión continua del Hospital Psiquiátrico Morelos de la Ciudad de México por haber tenido uno o más

intentos de suicidio y aceptaron participar en el estudio de manera voluntaria en el momento de ser dados de alta de su periodo de internamiento.

#### **4.8.2 Criterios de Inclusión**

- De 18 en adelante
- Presentarse a solicitar atención por haber cometido uno o múltiples intentos de suicidio
- Aceptar participar en la investigación (firmar el consentimiento informado)
- Saber leer y escribir
- Estar ubicado en tiempo, espacio y persona

#### **4.8.3 Criterios de Exclusión**

- Presentar una discapacidad mental o física que no permita responder las evaluaciones.
- Padecer una enfermedad en fase terminal.
- Demencia de moderada a severa, discapacidad intelectual moderada a severa.
- Participar en otros protocolos de intervención psicológica.
- No hablar español.
- No haber contestado los instrumentos aplicados de forma correcta.

### **4.9 Instrumentos**

#### **4.9.1 Entrevista Directiva para la Evaluación del Riesgo Suicida (Vázquez, 2019)**

Se compone de 42 reactivos con 20 preguntas cerradas, 12 preguntas abiertas y 10 preguntas escalares, que van del 1 al 10, estas exploran: pertenencia frustrada, percibirse como una carga, antecedentes relacionados con la tolerancia al dolor,

pérdida del miedo a morir, planes resueltos y preparativos, acceso a medios y factibilidad, estresores precipitantes, desesperanza, impulsividad y factores agudos de suicidalidad.

Se utilizaron: las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, religión, escolaridad, ocupación, ingresos mensuales, hermanos, con quien vive), antecedentes personales (intentos previos) y eventos precipitantes.

#### **4.9.2 Cinco Factores del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota - 2 (PSY-5) (Butcher et al., 2015).**

La escala del PSY-5 se diseñó para brindar un análisis de los principales rasgos de personalidad de quienes responden el MMPI-2, se utilizó la selección racional replicada para generar escalas basadas en el Inventario Multifásico de Personalidad 2 de Minnesota (MMPI-2; J. N. Butcher et al, 1989; citado en Harkness, McNulty, & Ben-Porath, 1995). Es una escala dicotómica con 139 reactivos correspondiente a 5 factores: agresividad (AGGR), psicoticismo (PSYC), falta de control (DISC), emocionalidad negativa/neuroticismo (NEGE) e introversión/escasa emoción positiva (INTR).

La dimensión Agresividad (AGGR), compuesta por 18 ítems.

Psicoticismo (PSYC), compuesta por 25 ítems.

Falta de Control (DISC), compuesta por 29 ítems.

La Emocionalidad negativa/neuroticismo (NEGE), se compone de 33 ítems.

La Introversión y/o baja emocionalidad positiva (INTR) compuesta por 34 ítems.

Para su interpretación, se utilizan las puntuaciones T, las cuales son puntuaciones uniformes para cada escala calculadas para hombres y para mujeres, se considera como puntuación alta aquella con un puntaje  $\geq 65$  para todas las escalas y sólo se interpretan las puntuaciones  $\leq 40$  en la escala DISC e INTR.

En relación con sus propiedades psicométricas, la confiabilidad obtenida de los valores de  $\alpha$  de Cronbach varia de 0.65 a 0.88. Mientras que para la validez se reportan correlaciones entre las escalas PSY-5 y los superfactores del Cuestionario de Personalidad Multidimensional (MPQ) de A. Tellegen (1982), dichas correlaciones fueron las siguientes (Harkness, McNulty, & Ben-Porath, 1995):

Restricción,  $r = .57$ ,  $p < .01$ ; Emocionalidad negativa / neuroticismo,  $r = .72$ ,  $p < .01$ ; y Emocionalidad Positiva / Extraversión,  $r = .62$ ,  $p < .01$ . La agresividad de PSY-5 correlacionó  $r = .59$ , ( $p < .01$ ) con la agresión de MPQ. Psicoticismo PSY-5 correlacionó  $r = .61$  ( $p < .01$ ) con Alienación del MPQ.

#### **4.10 Procedimiento**

Antes de iniciar con el estudio se presentó el proyecto al comité de ética de la institución para su aprobación. Contando con la aprobación se reclutaron pacientes con intento de suicidio que fueron referidos a valoración psiquiátrica en el Hospital Regional de Psiquiatría "Morelos" de la Ciudad de México, una vez concluido su periodo de internamiento se les dio el consentimiento informado, para que lo firmarán.

Posteriormente se les aplicó la Entrevista Dirigida para la Evaluación del Riesgo Suicida y las Cinco Escalas de Personalidad Psicopatológica (PSY-5) del Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-2-R.

Es necesario señalar el hecho de que todos los participantes contaban con un diagnóstico y tratamiento psiquiátrico dentro del hospital y posteriormente se les brindó un seguimiento telefónico durante 6 meses por un especialista.

En el programa SPSS se capturaron las respuestas de las Cinco Escalas de Personalidad Psicopatológica (PSY-5) y los datos sociodemográficos y en el Atlas Ti los eventos precipitantes.

#### **4.11 Análisis de Datos**

Se obtuvieron, frecuencias y porcentajes para identificar las características sociodemográficas y rasgos de personalidad psicopatológica de la muestra.

Se analizaron las diferencias entre los rasgos de personalidad psicopatológica en personas con un intento y múltiples intentos, utilizando la prueba U de Mann Whitney.

Se utilizó la prueba de chi cuadrada para analizar las diferencias de las características sociodemográficas en personas con un intento y múltiples intentos.

Se realizó un análisis de contenido para identificar los estresores precipitantes, contabilizando la frecuencia de éstos por medio del programa ATLAS TI.

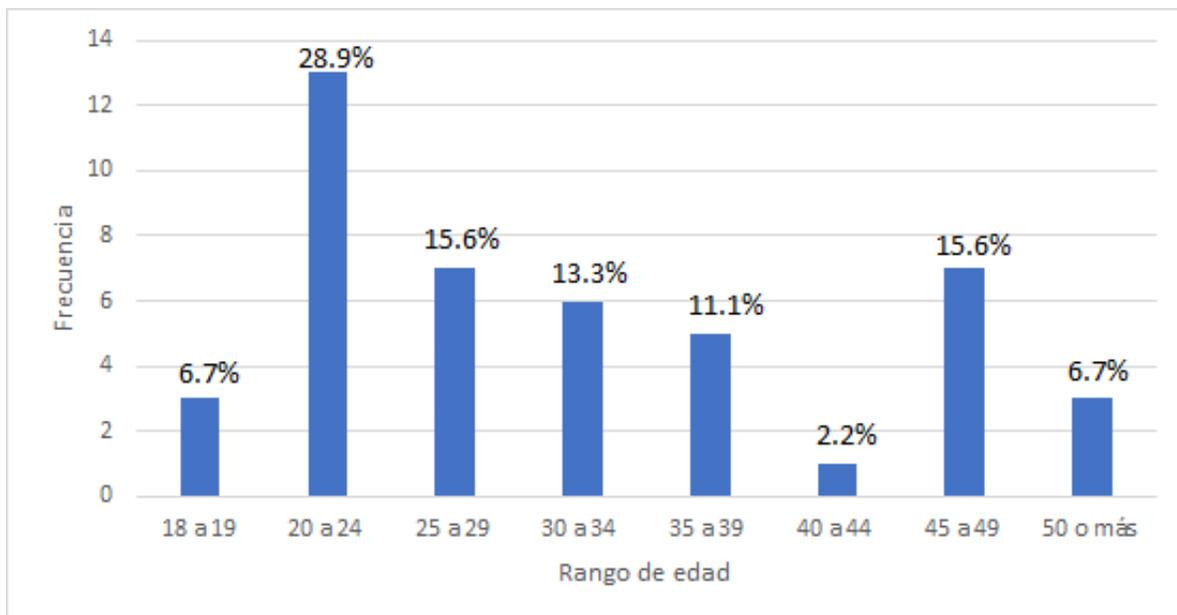
## Capítulo 5. Resultados

A continuación, se muestran los resultados obtenidos, en una muestra de 45 pacientes que solicitaron valoración psiquiátrica en admisión continua del Hospital Regional de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México por haber tenido uno o más intentos de suicidio.

### 5.1 Características Sociodemográficas de la Muestra

La muestra se conformó por 45 pacientes con edades entre los 18 y 70 años ( $M=32.37$ ,  $D.E.=11.876$ ) como se puede observar en la figura 5.1, de los cuales el 80% son mujeres y el 20% hombres.

Figura 5.1 Distribución por edad de la muestra.



En cuanto al lugar de origen el 46.7% pertenecen a la Ciudad de México, 40% son del Estado de México y el porcentaje restante proviene de los estados del sur (2.2%) y centro (11.1%).

Tabla 5.1

Distribución de la muestra de acuerdo con el lugar de origen.

Lugar de Origen	n	%
Ciudad de México	21	46.7
Estado de México	18	40.0
Estados del centro	5	11.1
Estados del sur	1	2.2

*Nota:* N=45

Cuando se les preguntó con quién vivían los mayores porcentajes se obtuvieron en familia nuclear (Ambos padres con o sin hermanos/ Con pareja e hijos) con 42.2%, seguido por el 24.4 que vive con familia extendida (Pareja, hijos y más familia/ Hijos y otros familiares/ Otros familiares).

Tabla 5.2

Distribución de la muestra de acuerdo con su configuración familiar

Configuración Familiar	n	%
Familia nuclear	19	42.2
Familia extensa	11	24.4
Familia monoparental	7	15.6
Solo (a)	6	13.3
Familia reconstruida	2	4.4

*Nota:* N=45

Respecto al número de hermanos el 35.6% reporta tener de dos a tres hermanos, el 31.1% un solo hermano y el 22.2% de cuatro a cinco hermanos.

Tabla 5.3

Distribución de la muestra de acuerdo con su número de hermanos

Número de Hermanos	n	%
Dos o tres	16	35.6
Uno	14	31.1
Cuatro o cinco	10	22.2
Seis o más	3	6.7
Ninguno	2	4.4

*Nota:* N=45

Siguiendo con el contexto en la familia el 37.8% reporta ser de los hermanos de en medio, el 28.9% hermanos mayores, con el mismo porcentaje los menores y el 4.4% son hijos únicos.

Tabla 5.4

Distribución de la muestra de acuerdo con el lugar que ocupa entre los hermanos

Lugar entre los Hermanos	n	%
De en medio	17	37.8
Mayor	13	28.9
Menor	13	28.9
Hijo único	2	4.4

*Nota:* N=45

Respecto al estado civil de la población estudiada el 53.3% se encuentran solteros, seguido de los separados con un 17.8 %.

Tabla 5.5  
Estado civil de los participantes

Estado Civil	n	%
Soltero (a)	24	53.3
Separado (a)	8	17.8
Casado (a)	6	13.3
Unión Libre	5	11.1
Divorciado (a)	1	2.2
Viudo (a)	1	2.2

*Nota:* N=45

En los sistemas de creencias religiosos se encontró que el 53.3% son católicos, el 20% creyentes sin religión, 17.8% ateos y 4.4% cristianos y otros.

Tabla 5.6  
Distribución de acuerdo con la religión

Religión	n	%
Católico	24	53.3
Creyente sin religión	9	20.0
Ateo	8	17.8
Cristiano	2	4.4
Otro (Ásatrú, satanismo)	2	4.4

*Nota:* N=45

En cuanto al nivel de escolaridad los mayores porcentajes se encontraron en pacientes con bachillerato y licenciatura incompleta, con 31.1% en cada caso; seguido del 15.6% en pacientes con secundaria o carrera técnica y el mismo porcentaje con licenciatura concluida.

Tabla 5.7

Distribución de la muestra de acuerdo con la escolaridad de los participantes

Escolaridad	n	%
Bachillerato	14	31.1
Licenciatura incompleta o trunca	14	31.1
Secundario o carrera técnica	7	15.6
Licenciatura	7	15.6
Primaria	2	4.4
Posgrado	1	2.2

*Nota:* N=45

Acerca de la ocupación el 28.9% de los participantes son empleados, el 26.7% estudiantes, el 15.6% se dedica a actividades del hogar, el 11.1% realiza trabajo de oficina, el 8.9% son profesionistas y el menor porcentaje lo tienen los obreros y comerciantes con el 4.4% respectivamente.

Tabla 5.8

Distribución de acuerdo con la ocupación

Ocupación	n	%
Empleado	13	28.9
Estudiante	12	26.7
Actividades del hogar	7	15.6
Trabajo de oficina	5	11.1
Profesionista	4	8.9
Obrero	2	4.4
Comerciante	2	4.4

*Nota:* N=45

Por otra parte, el 40% reporta no tener empleo, el 26.7% tiene de 3 a 11 meses de antigüedad en su empleo, el 20% de 1 a 3 años de antigüedad.

Tabla 5.9  
Antigüedad en el empleo de los participantes

Antigüedad en el empleo	n	%
Sin empleo	18	40
de 3 a 11 meses	12	26.7
de 1 a 3 años	9	2
16 años o más	3	6.7
de 7 a 10 años	2	4.4
de 4 a 6 años	1	2.2

Nota: N=45

Respecto a sus ingresos mensuales el 35.6% percibe de \$4,801 a \$9,600, el 24.4% de \$600 a \$1,800, seguido del 22.2% con un sueldo de \$1,801 a \$4,800.

Tabla 5.10  
Distribución de la muestra de acuerdo con sus ingresos mensuales

Ingresos	n	%
\$4,801 a \$9,600	16	35.6
\$600 a \$1,200	11	24.4
\$1,801 a \$4,800	10	22.2
\$9,601 a \$15,000	6	13.3
\$1,201 a \$1,800	1	2.2
Sin ingresos	1	2.2

Nota: N=45

En cuanto al número de intentos el 33.3% lo ha intentado 3 veces, con el mismo porcentaje lo han intentado una o dos veces con el 24.4% y el 6.7% lo ha intentado cuatro veces.

Tabla 5.11

Distribución de intentos suicidas en la muestra

Intentos de suicidio	n	%
1	11	24.4
2	11	24.4
3	15	33.3
4	3	6.7
5	1	2.2
6	1	2.2
7	1	2.2
8	1	2.2
10	1	2.2

*Nota:* N=45

Se separó la muestra en dos grupos, único intento y múltiples intentos, esto debido a que en la literatura se han encontrado diferencias en las características psicopatológicas. De acuerdo con esta separación se obtuvo un porcentaje de 24.4% en los participantes con un intento y para los múltiples intentos 75.6%.

Tabla 5.12

Distribución de la población en grupos de un intento y múltiples intentos.

Grupo de intentos	n	%
Múltiples intentos	34	75.6
Único intento	11	24.4

*Nota:* N=45

De acuerdo con lo anterior se realizó un análisis comparando ambos grupos y las características sociodemográficas, en dicho análisis no se encontraron diferencias significativas.

Tabla 5.13

Diferencias de frecuencias de las características sociodemográficas: muestra un intento y múltiples intentos.

	Un intento		Múltiples intentos		$\chi^2$	$p$
<b>Edad</b>	n	%	n	%	3.81	0.282
18 a 24	6	54.5	10	29.4		
25 a 34	1	9.1	12	35.3		
35 a 44	2	18.2	4	11.8		
45 o más	2	18.2	8	23.5		
<b>Sexo</b>					0.30	0.862
Femenino	9	81.8	27	79.4		
Masculino	2	18.2	7	20.6		
<b>Lugar de Origen</b>					1.41	0.701
Ciudad de México	4	36.4	17	50.0		
Estado de México	5	45.5	13	38.2		
Estados del Sur	0	0.0	1	2.9		
Estados del Centro	2	18.2	3	8.8		

Nota: N = 45; \*\*p≤0.001; \*p≤0.05

Tabla 5.13

Diferencias de frecuencias de las características sociodemográficas: muestra un intento y múltiples intentos (continuación).

	Un intento		Múltiples intentos		$\chi^2$	<i>p</i>
<b>Escolaridad</b>	n	%	n	%	2.84	0.724
Primaria	1	9.1	1	2.9		
Secundaria o carrera técnica	1	9.1	6	17.6		
Bachillerato	3	27.3	11	32.4		
Licenciatura	6	45.5	9	26.5		
<b>Religión</b>					1.85	0.604
Practicante de religión	8	72.7	18	52.9		
Creyente sin religión	2	18.2	7	20.6		
Ateos	1	9.1	7	20.6		
Otra	0	0.0	2	5.9		
<b>Estado civil</b>					2.40	0.791
Soltero (a)	7	63.6	17	50.0		
Casado (a)	1	9.1	5	14.7		
Unión libre	2	18.2	3	8.8		
Divorciado (a)	0	0.0	1	2.9		
Viudo (a)	0	0.0	1	2.9		
Separado (a)	1	9.1	7	20.6		

Nota: N = 45; \*\* $p \leq 0.001$ ; \* $p \leq 0.05$

Tabla 5.13

Diferencias de frecuencias de las características sociodemográficas: muestra un intento y múltiples intentos (continuación).

	Un intento		Múltiples intentos		$\chi^2$	<i>p</i>
<b>Configuración familiar</b>	n	%	n	%		
Familia nuclear	6	54.5	14	41.2	1.66	0.797
Familia extensa	2	18.2	9	26.5		
Familia monoparental	2	18.2	4	11.8		
Familia reconstruida	0	0.0	2	5.9		
Solo (a)	1	9.1	5	14.7		
<b>Hermanos</b>					3.77	0.583
Uno	5	45.5	9	26.5		
2 o 3	4	36.4	12	35.3		
4 o 5	1	9.1	9	26.5		
6 o 7	1	9.1	1	2.9		
8 o más	0	0.0	1	2.9		
Ninguno	0	0.0	2	5.9		
<b>Lugar entre hermanos</b>					2.46	0.481
Hijo único	0	0.0	2	5.9		
Mayor	5	45.5	8	23.5		
De en medio	3	27.3	14	41.2		
Menor	3	27.3	10	29.4		

Nota: N = 45; \*\*p≤0.001; \*p≤0.05

Tabla 5.13

Diferencias de frecuencias de las características sociodemográficas: muestra un intento y múltiples intentos (continuación).

	Un intento		Múltiples intentos		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Ocupación</b>					7.91	0.244
Obrero	1	9.1	1	2.9		
Empleado	2	18.2	11	32.4		
Profesionista	0	0.0	4	11.8		
Trabajo de oficina	1	9.1	4	11.8		
Comerciante	0	0.0	2	5.9		
Actividades del hogar	1	9.1	6	17.6		
Estudiante	6	54.5	6	17.6		
<b>Antigüedad en el empleo</b>					5.74	0.332
Sin empleo	7	63.6	11	32.4		
de 3 a 11 meses	1	9.1	11	32.4		
de 1 a 3 años	2	18.2	7	20.6		
de 4 a 6 años	0	0.0	1	2.9		
de 7 a 10 años	1	9.1	1	2.9		
16 años o más	0	0.0	3	8.8		
<b>Ingresos</b>					4.61	0.329
\$600 a \$1,200	4	40.0	7	20.6		
\$1,201 a \$1,800	0	0.0	1	2.9		
\$1,801 a \$4,800	3	30.0	7	20.6		
\$4,801 a \$9,600	1	10.0	15	44.1		
\$9,601 a \$15,000	2	20.0	4	11.8		

Nota: N = 45; \*\*p≤0.001; \*p≤0.05

## **5.2 Distribución de los Rasgos de Personalidad Patológica en la Muestra**

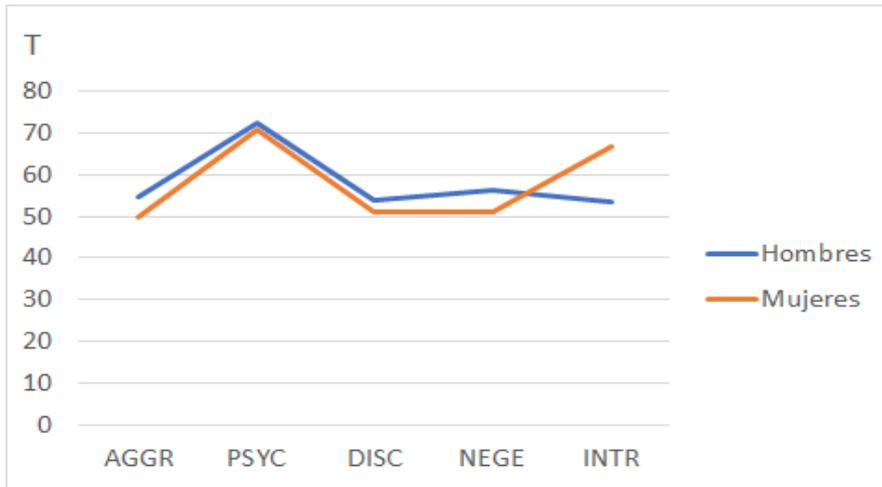
A continuación, se muestran tablas y gráficos que reflejan la parte de los resultados de acuerdo con la distribución de los cinco rasgos de la personalidad patológica y la comparación de medias de los cinco factores entre hombres y mujeres y los pacientes con dos o menos intentos suicidas y tres o más.

La media obtenida de las puntuaciones T en la escala de Agresividad (AGGR) para hombres fue de 54.56 lo que se encuentra en el rango de moderado, en la escala de Psicoticismo (PSYC) se obtuvo un puntaje T de 72.56 considerado como alto, en cuanto a la escala de Falta de Control (DISC) se registró un puntaje T igual a 54, que quiere decir que se encuentran en el rango moderado, en la escala de Neuroticismo (NEGE) se obtuvo un puntaje T 56.44 que también se considera moderado, por último la escala de Introversión (INTR) el puntaje T obtenido fue de 53.67 considerándolo como moderado.

En las mujeres se encontró que la escala AGGR obtuvieron una media en sus puntuaciones T de 49.67 encontrándose en un rango moderado, en la escala PSYC se obtuvo 70.78 lo que se considera alto, en DISC se obtuvo como media 51 y NEGE registró una media de 50.97 ambos se consideran puntajes dentro del rango de moderado y por último INTR obtuvo una media de 66.86 la cual se encuentra en el rango alto.

En la figura 5.2 se muestra la comparación de los perfiles con las puntuaciones T de la muestra entre hombres y mujeres.

Figura 5.2 Perfil de los cinco rasgos de personalidad patológica de la muestra



En la tabla 5.13 se muestran las diferencias según el sexo, encontrando diferencias significativas ( $p \leq 0.05$ ) en Neuroticismo e Introversión. En la escala de Neuroticismo los hombres obtuvieron una mayor puntuación ( $M = 56.44$ , D. E. = 5.52) y en la escala de Introversión las mujeres fueron las que obtuvieron una media mayor ( $M = 66.86$ , D. E. = 16.75).

Tabla 5.14

Diferencia de medias de los puntajes T de los cinco rasgos de personalidad: sexo

	Hombres		Mujeres		U	p
	M	D.E	M	D.E		
AGGR	54.56	15.50	49.67	13.29	-1.01	0.312
PSYC	72.56	11.90	70.78	11.95	-0.48	0.62
DISC	54	7.28	51	11.24	-1.15	0.24
NEGE	56.44	5.52	50.97	6.90	-2.34	0.01*
INTR	53.67	18.20	66.86	16.75	-2.24	0.02*

Nota: N = 45; \*\* $p \leq 0.001$ ; \* $p \leq 0.05$

Posteriormente se realizó una comparación entre los grupos de un intento y múltiples intentos, encontrando diferencias significativas ( $p \leq 0.05$ ) en la escala de psicoticismo, es decir aquellos pacientes con múltiples intentos obtuvieron una mayor puntuación ( $M = 73.38$ , D. E. = 11.81) que aquellos con un intento de suicidio ( $M = 64.17$ , D. E. = 9.20).

Tabla 5.15

Diferencia de medias puntajes T de los cinco rasgos de personalidad: muestra único intento y múltiples intentos.

	Un intento		Múltiples intentos		U	p
	n = 11		n = 34			
	M	D.E	M	D.E		
AGGR	48.82	14.82	51.24	13.66	-0.53	0.61
PSYC	64.18	9.20	73.38	11.81	-2.42	0.01*
DISC	46.64	7.90	53.21	10.90	-1.69	0.09
NEGE	52.00	5.89	52.00	7.34	-0.23	0.82
INTR	57.64	10.98	66.35	18.98	-0.91	0.36

Nota: N = 45; \*\* $p \leq 0.001$ ; \* $p \leq 0.05$

También se realizó una comparación entre los grupos de número de intentos separando ambos sexos, en las mujeres la escala de PSYC mostró diferencias significativas ( $p \leq 0.05$ ), aquellas que tienen más intentos de suicidio obtuvieron calificaciones altas ( $M = 73.26$ , D. E. = 11.72), en cambio las que tenían un solo intento ( $M = 63.33$ , D. E. = 9.76) no se consideran para calificación clínica. Por otra parte, en los hombres no se encontraron diferencias significativas, ya que en ambos casos los hombres puntúan alto en la escala de PSYC y bajo en las demás escalas.

Tabla 5.16

Diferencia de medias puntajes T de los cinco rasgos de personalidad: muestra único intento y múltiples intentos (hombres)

	Un intento		Múltiples intentos		U	p
	n = 2		n = 7			
	M	D.E	M	D.E		
AGGR	47.50	21.92	56.57	14.79	-0.73	0.50
PSYC	68.00	7.07	73.86	13.10	-0.59	0.66
DISC	52.00	2.12	54.43	8.30	-0.29	0.88
NEGE	56.00	0.00	56.57	6.37	-0.29	0.88
INTR	49.50	19.09	54.86	19.33	-0.29	0.88

Nota: N = 45; \*\*p≤0.001; \*p≤0.05

Tabla 5.17

Diferencia de medias puntajes T de los cinco rasgos de personalidad: muestra único intento y múltiples intentos (mujeres)

	Un intento		Múltiples intentos		U	p
	n = 9		n = 27			
	M	D.E	M	D.E		
AGGR	49.11	14.08	49.85	13.30	-0.18	0.85
PSYC	63.33	9.76	73.26	11.72	-2.31	0.01*
DISC	45.33	8.18	52.89	11.60	-1.76	0.07
NEGE	51.11	6.21	50.93	7.23	-0.33	0.74
INTR	59.44	9.22	69.33	18.07	-1.26	0.21

Nota: N = 45; \*\*p≤0.001; \*p≤0.05

### 5.3 Distribución de los Eventos Precipitantes en la Muestra

En la siguiente tabla se muestra la distribución de los eventos precipitantes asociados con diferentes aspectos de la vida de los pacientes con intento de suicidio, se puede observar que el área que reportan los pacientes con más frecuencia es la familiar (n = 25), seguido por el área de pareja (n = 24) y el área personal con 17 pacientes que reportan tener en su mayoría el sentimiento de ser una carga para los demás y estar solos, cabe mencionar que la mayoría de los pacientes reportan más de un evento antes del intento.

Tabla 5.18

Distribución de los eventos precipitantes de la muestra.

Áreas de la vida	n	Eventos precipitantes	n
Familiares	30	Discusiones familiares	10
		Mala relación con sus hijos	8
		Críticas por parte de la familia	5
		Fallecimiento de familiares	2
		Sentir que tiene demasiadas responsabilidades con la familia	2
		Separación de los padres	1
		Sobreprotección	1
		Rechazo de la familia por su orientación sexual	1
Pareja	23	Separación	8
		Peleas constantes	4
		Maltrato por parte de la pareja	4
		Fallecimiento	4
		Infidelidad	2
		Rechazo	1

Tabla 5.18

Distribución de los eventos precipitantes de la muestra (continuación).

Áreas de la vida	n	Eventos precipitantes	n
Personales	17	Sentimiento de ser una carga	8
		Sentimiento de soledad	4
		Baja autoestima	2
		Culpa por aborto	2
		Falta de motivación para vivir	1
Económicos	15	Falta de solvencia económica	10
		Deudas	4
		Poca independencia económica	1
Empleo/escuela	10	Exigencia por mantener buenas calificaciones	4
		Insatisfacción laboral	2
		Abandono de estudios	2
		Sobrecarga de trabajo	2
Salud	4	Alucinaciones	1
		Narcolepsia	1
		Depresión	1
		Insomnio	1
Social	1	Distanciamientos con su mejor amiga	1

## Capítulo 6. Discusión y Conclusiones

### 6.1 Discusión y Conclusiones

El objetivo de este trabajo fue describir las características sociodemográficas y los rasgos de personalidad psicopatológica en pacientes con intento de suicidio, así como también comparar si existe alguna diferencia entre los que han cometido un intento y múltiples.

En cuanto a *datos sociodemográficos* la muestra se constituyó por mujeres en su mayoría con un rango de edad entre 21 a 24 años siendo el rango que obtuvo el mayor número de casos registrados lo cual resulta congruente con lo reportado por Borges (2016).

En relación con la configuración familiar se encontró el porcentaje más elevado en aquellos que vivían con su familia nuclear, por su parte el estado civil de los participantes en su mayoría resultó ser soltero/a seguido por los separados/as, siendo congruente con lo encontrado en la literatura donde las personas que no están casadas ni viven en unión libre tienen riesgos más elevados de presentar conductas suicidas (Borges, Orozco & Medina-Mora, 2012)

Se encontró que los datos socioeconómicos son un factor de riesgo en la población estudiada, puesto que cuentan con bajos ingresos económicos o bien reportan ser desempleados, por lo que no pueden valerse por sí mismos económicamente lo que se deriva en una percepción de ser una carga para los demás, cabe recordar que el desempleo y los bajos ingresos económicos se han reportado como factores de riesgo para la prevalencia de ideación, plan e intento suicida (Borges, Medina, Orozco, et al., 2009; Legido, 2012; Madroñero, et al., 2007).

La mayor parte de la muestra refiere tener más de un intento de suicidio y como se ha observado en la literatura este es un factor de riesgo importante en la predicción de conducta suicida futura, ya que de acuerdo con Van Orden y colaboradores (2010) al haber experimentado ya una vivencia en la que se involucra un intento de suicidio, el miedo a la muerte puede disminuir, además, si se llegan a presentar conductas autolesivas la tolerancia al dolor aumenta y a su vez el riesgo de suicidio.

Sin embargo, respecto a los datos sociodemográficos como se observó en el apartado de resultados se acepta la hipótesis nula, debido a que no existen diferencias en las características sociodemográficas al comparar pacientes con un intento de suicidio y pacientes con múltiples intentos, por lo que se puede decir que son grupos equivalentes en cuanto a dichas características, en la literatura no se suelen reportar diferencias respecto a estos datos, es más frecuente encontrar análisis y comparaciones sobre la repetición de la conducta suicida enfocada en los rasgos de personalidad, antecedentes psiquiátricos, entre otros (Azcárate, López, Goñi, Montes, Portilla, & Elorza, 2019; Beghi, Rosenbaum, Cerri, & Cornaggia, 2013; Polanco, & Rodríguez, 2010; Yen, et al., 2017), es por ello que a continuación analizaremos los perfiles obtenidos en las cinco escalas patológicas de la personalidad del Modelo de Rasgos de Psicopatología de la Personalidad (PSY-5; Harkness & McNulty, 1995).

Ahora bien, en cuanto al análisis de *los rasgos patológicos de la personalidad* la escala que puntuó por encima del punto de corte tanto para hombres como para mujeres fue la de Psicoticismo (PSYC), dicha escala tiene relación con la desconexión con la realidad, por lo que tienen mayor probabilidad de sufrir delirios de referencia, pensamiento desorganizado, bizarro o desorientado, por ello tienden a ser personas paranoides, recelosas y desconfiadas.

Lo anterior tiene congruencia con lo encontrado por Joiner y colaboradores (2009) en la Teoría Interpersonal de Suicidio en la que se conjugan diversas dimensiones que contribuyen a las conductas suicidas, entre estas se encuentra el percibirse como una carga para los demás y la pertenencia frustrada, puesto que al comprender de manera distorsionada la imagen que tienen de sí mismos y de su relación con los demás, pueden llegar a interpretar las intenciones de los demás como malévolas o bien pensar que empeoran las cosas para las personas a su alrededor, este tipo de pensamientos suelen estar cargados de un discurso de odio hacia sí mismos y el sentir que en realidad no pertenecen a un grupo y no cuentan con nadie.

Por otra parte, el puntaje en la escala de Baja emocionalidad positiva (INTR) también obtuvo un puntaje elevado por parte de las mujeres, lo que se interpreta como una escasa capacidad para experimentar sentimientos como la alegría o el gozo, presentando normalmente distimia y depresión, así como también tienden a ser introvertidos. Esto es consistente con diversos estudios en donde la presencia de trastornos del ánimo y la desconexión social actúan como factores de riesgo (López, 2017; Legido, 2012; Monnin, et al., 2012; Quesada, 2015; Teti, Rebok, Rojas, Grendas, & Daray, 2014), de igual manera es consistente con el hecho de que la mayoría de los pacientes fueron diagnosticados con “Trastorno depresivo recurrente”, de leve a grave.

Los resultados encontrados en cuanto a la comparación entre los grupos de intentos suicidas, concuerdan con los factores de riesgo citados por Brezo y colaboradores (2006) al asociar a pacientes con múltiples intentos con una mayor desesperanza y psicoticismo, puesto que al no tener un sentido de la realidad adecuado es probable que no encuentren una manera efectiva de enfrentar las situaciones problemáticas que les suceden, aunado a ello la reducción del miedo al suicidio (debido a los intentos previos) y la elevada tolerancia al dolor físico los pone en una posición de vulnerabilidad en comparación con aquellas personas que no han cometido intentos previos.

Lo anterior tiene congruencia con la Teoría del flujo de vulnerabilidad propuesta por Rudd, al contar con una vulnerabilidad base por los intentos previos, experiencias traumáticas a lo largo de la vida, la predisposición genética y la personalidad y por otra parte una vulnerabilidad aguda, que se refiere a eventos estresantes; si la persona tiene cogniciones y emociones negativas, así como malestares fisiológicos y estrategias de afrontamiento disfuncionales es probable que se desencadenen pensamientos y conductas suicidas (Bryant, Clemans, Leeson & Rudd, 2015).

Por otra parte los *eventos precipitantes* encontrados se relacionan con diversos factores de riesgo citados en la literatura como son los aspectos relacionados con la familia (Pérez, Rivera, Atienzo, Castro, Leyva & Chávez, 2010; Sánchez-Loyo, et al., 2019), puesto que al estar inmersos en un ambiente familiar con discusiones,

poca comunicación y maltratos constantes, los pacientes sienten que los demás en su círculo social los rechazan o que no cuentan con personas a su alrededor en momentos difíciles.

El hecho de que de que sea la familia quienes tienen este tipo de actitudes es remarcable, puesto que se ha observado que cuanto más prolongada sea esta disfuncionalidad y los sentimientos de soledad, es más probable que se produzcan conductas suicidas (Cacioppo, Hawkley, Ernst, Burleson, Berntson & Nouriani, 2006; citados en Van Orden, Witte, Cukrowicz, Braithwaite, Selby, & Joiner., 2010), debido a que no ven una solución a la situación, llegando a percibirlo como insoportable.

Por otra parte, en cuanto a la pareja se observó que aquellos eventos que tienen relación con un quiebre vincular o bien con la necesidad frustrada de tener interacciones constantes positivas o agradables, están asociados con estados emocionales negativos y niveles más bajos de apoyo social (Cacioppo, et al., 2006; citado en Van Orden, et al., 2010), ya que sienten que las personas a su alrededor los rechazan, por lo tanto, tendrán menos probabilidades de participar en conductas afiliativas, al anticiparse a un rechazo.

Lo anterior tiene congruencia con el hecho de que la mayoría de la población del estudio sean solteros o separados, puesto que al no tener a alguien que les demuestre apoyo, afecto y cuidado recíproco, que es lo que se esperaría en una pareja, tienden a reportar sentimientos de soledad (Van Orden, et al., 2010).

La falta de solvencia económica y las deudas fueron eventos mencionados los cuales están relacionados con el hecho de percibirse como una carga para otros esto lo podemos corroborar también con los datos socioeconómicos de los pacientes de este estudio puesto que al ser desempleados y tener bajos ingresos económicos, llegan a tener sentimientos de fracaso y vergüenza al saber que no cumplen con las expectativas o metas que ellos y las personas a su alrededor tenían (Van Orden, et al., 2010). Esto es el reflejo de un problema social provocado por la desigualdad o falta de equidad de oportunidades en los sectores más

desfavorecidos de la sociedad, lo que aumenta la desesperanza, pero también impacta en la dinámica familiar y la autoestima.

Este sentimiento de ser una carga junto con el de soledad fueron reportados textualmente por varios pacientes, es decir estuvieron constantemente expuestos a situaciones en las que sentían que dificultaron las cosas para las personas a su alrededor, que no eran útiles y una soledad constante, de acuerdo con Van Orden y colaboradores (2010), si estos sentimientos se prolongan, es más probable que se produzcan conductas suicidas. Por otra parte, uno de los factores que refieren como causa para sentirse una carga es su padecimiento mental y el hecho de haber realizado el intento de suicidio, debido al estigma que aún en nuestros tiempos existe al hablar tanto de enfermedades mentales y el suicidio, aunado a ello el autoestigma que algunas personas en estas condiciones reportan, lo que causa sentimientos y cogniciones contra sí mismos y pérdida confianza.

De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio y al relacionarlo con la teoría se puede entender el hecho de que el intento de suicidio y el suicidio consumado son una problemática multicausal, debido a que para llegar a presentar las condiciones necesarias de acuerdo con la teoría, se necesita que el paciente sienta un alto grado de desesperanza en diversas áreas de su vida.

Aunque los eventos precipitantes no sean la causa directa del intento de suicidio, nos brindan información valiosa y esclarecen porqué ciertos datos sociodemográficos pueden ser considerados como factores de protección o de riesgo, ayudando así al tratamiento preventivo, al considerar que sin duda el ambiente familiar juega un papel importante en cualquier etapa de la vida.

En el caso de la personalidad es sin duda necesario estudiar cuáles son los factores psicológicos que intervienen en la ocurrencia de la conducta suicida, como se observó en este estudio los pacientes con uno y múltiples intentos presentan diferencias en cuanto a los rasgos patológicos de la personalidad, lo que puede hacer a las personas más propensas a sentir pertenencia frustrada o bien percibirse como una carga.

Por último, como menciona Van Orden y colaboradores (2010) estos dos factores son dinámicos, es decir, que pueden cambiar por medio de tratamiento, es por ello que al entender y evaluar diversos factores como son la presencia de uno o varios rasgos de la personalidad, el contexto, estrategias de afrontamiento y otros, se puede contribuir al tratamiento preventivo y a las intervenciones en contra de esta problemática.

## **6.2 Limitaciones y Sugerencias**

Si bien, en esta investigación se obtuvieron datos sobre los rasgos patológicos de la personalidad que podrían tener relación con el intento de suicidio, así como también sobre los eventos precipitantes que podrían derivar en un intento; también se presentaron algunas limitaciones, como el hecho de que la población con la que se trabajó es una población específica, por ser pacientes que cumplieron criterios para un internamiento psiquiátrico, al haber contado con un periodo de internamiento, con un diagnóstico psiquiátrico y estar en tratamiento psicofarmacológico, dicha población puede presentar mayor vulnerabilidad a las autolesiones, riesgo suicida y sucesos de vida estresantes, por lo que se sugiere realizar investigaciones con otro tipo de poblaciones, como son hospitales de segundo nivel, escuelas, centros culturales, entre otros.

Se sugiere que, para futuros estudios se considere explorar otros aspectos como son la desesperanza y el afrontamiento, ya que esto nos podría brindar una visión más amplia al relacionarlo con los resultados obtenidos sobre la pertenencia frustrada y la percepción de ser una carga, por lo que se sugiere el uso de escalas de afrontamiento en conjunto con otros instrumentos, debido a que el suicidio es un fenómeno multicausal.

## Referencias

- Abufhele, M., & Correa, A. (2016). Manejo de Autoagresión y Conducta Suicida en Adolescentes. *Contacto Científico*, 6(6), 189-194.
- Aichberger, M. C., Montesinos, A. H., Bromand, Z., Yesil, R., Temur-Erman, S., Rapp, M. A., ... & Schouler-Ocak, M. (2015). Suicide attempt rates and intervention effects in women of Turkish origin in Berlin. *European psychiatry*, 30(4), 480-485.
- Anderson, J. L., Sellbom, M., Bagby, R. M., Quilty, L. C., Veltri, C. O. C., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2013). On the Convergence Between PSY-5 Domains and PID-5 Domains and Facets: Implications for Assessment of DSM-5 Personality Traits. *Assessment*, 20(3), 286-294.
- Anestis, J., Finn, J., Gottfried, E., Hames, J., Bodell, L., Hagan, C., ... & Joiner, T. (2018). Burdensomeness, Belongingness, and Capability: Assessing the Interpersonal–Psychological Theory of Suicide With MMPI-2-RF Scales. *Assessment*, 25(4), 415-431.
- Aragón, S. R., & Méndez, M. G. (2012). *Aplicación de la estadística a la psicología*. Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- Archer, R. P., Buffington-Vollum, J. K., Stredny, R. V., & Handel, R. W. (2006). A survey of psychological test use patterns among forensic psychologists. *Journal of personality assessment*, 87(1), 84-94.
- Arenas-Landgrave, P., Lucio-Gómez, E., & Forns, M. (2011). Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(32), 79-104.

- Arenas, A., Gómez-Restrepo, C. & Rondón, M. (2016). Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 68-75.
- Azcárate-Jiménez, L., López-Goñi, J. J., Goñi-Sarriés, A., Montes-Reula, L., Portilla-Fernández, A., & Elorza-Pardo, R. (2019). La repetición del intento de suicidio: un estudio de seguimiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 47 (4), 127-136.
- Baca García, E., & Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud mental*, 37(5), 373-380.
- Baertschi, M., Costanza, A., Canuto, A., & Weber, K. (2018). The function of personality in suicidal ideation from the perspective of the interpersonal-psychological theory of suicide. *International journal of environmental research and public health*, 15(4), 636.
- Bandura, A., & McClelland, D. C. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Prentice Hall: Englewood cliffs.
- Barragán Estrada, A. R. (2012). Psicología positiva y humanismo: premisas básicas y coincidencias en los conceptos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(4), 1512-1531.
- Batterham, P. J. & Christensen, H. (2012). Longitudinal risk profiling for suicidal thoughts and behaviours in a community cohort using decision trees. *Journal of Affective Disorders*, 142, 306-314.
- Beghi, M., Rosenbaum, J. F., Cerri, C., & Cornaggia, C. M. (2013). Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: a literature review. *Neuropsychiatric disease and treatment*.
- Bjornaas, M. A., Hovda, K. E., Heyerdahl, F., Skog, K., Drottning, P., Opdahl, A., ... & Ekeberg, O. (2010). Suicidal intention, psychosocial factors and referral to further treatment: a one-year cross-sectional study of self-poisoning. *BMC psychiatry*, 10(1), 1-11.

- Blüml, V., Kapusta, N. D., Doering, S., Brähler, E., Wagner, B., y Kersting, A. (2013). Personality factors and suicide risks in a representative sample of the german general population. *PloS ONE* 8(10): e76646. doi: 10.1371/journal.pone. 007664
- Boeree, C. C. (1998). *Teorías de la Personalidad*. Universidad de Shippensburg. Pennsylvania
- Bomyea, J., Lang, A. J., Craske, M. G., Chavira, D., & Sherbourne, C. D. (2015). Ideación suicida y factores de riesgo de suicidio en pacientes de atención primaria con trastornos de ansiedad. *RET: revista de toxicomanías*, 74, 13-21.
- Borges, G., García, J. A. & Borsani, L. (2016). Epidemiología de las conductas suicidas en México. Prevención de la conducta suicida. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 48-56.
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Ouéda, C., Villatoro, J., & Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud mental*, 32(5), 413-425.
- Borges, G., Orozco, R., & Medina-Mora, M. (2012). Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud Pública de México*, 54(6), 595-606.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. & Medina-Mora, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Revista Salud Pública de México*, 52, 292-304.
- Borges, G., Orozco, R., Villatoro, J., Medina-Mora, M., Fleiz, C. & Díaz-Salazar, J. (2019). Suicide ideation and behavior in Mexico. *Salud Pública de México*, 61(1), 6-16.
- Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 113(3), 180-206.
- Brezo, J., Paris, J., Hébert, M., Vitaro, F., Tremblay, R., & Turecki, G. (2008). Broad and narrow personality traits as markers of one-time and repeated suicide attempts: a population-based study. *BMC psychiatry*, 8(1), 1-11.

- Bryan, C. J., Clemans, T. A., Leeson, B., & Rudd, M. D. (2015). Acute vs. chronic stressors, multiple suicide attempts, and persistent suicide ideation in US soldiers. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(1), 48-53.
- Carmona, A., Arango, C. A., Castrillón, J. J. C., Escobar, J., García, C. A., Martínez, S. G., ... & Reinoso, C. (2010). Caracterización del intento de suicidio en una población ingresada a un hospital infantil de Manizales (Caldas-Colombia) 2000-2008. *Archivos de Medicina (Col)*, 10(1), 9-18.
- Carrillo, J. M., Collado, S., Rojo, N., & Staats, A. (2006). El papel de las emociones positivas y negativas en la predicción de depresión: el principio de adición de las emociones en el Conductismo Psicológico. *Clínica y salud*, 17(3), 277-295.
- Carroll, R., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2014). Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 9(2), e89944.
- Castro-Rueda, V. A., Martínez-Villalba, A. M. R., Camacho, P. A., & Rueda-Jaimes, G. E. (2010). Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Revista colombiana de psiquiatría*, 39(4), 705-715.
- Cattell, R. B. (1945). The description of personality: Principles and findings in a factor analysis. *The American journal of psychology*, 58(1), 69-90.
- Chávez-Hernández, A. M., Ortega, E. M., Olmos, J. I. Y. B., Román, C. A. M., & Chávez-Pérez, R. (2015). Prevalencia de la Conducta Auto-lesiva en estudiantes de la Universidad de Guanajuato (Primer ingreso Campus León). *Jóvenes en la Ciencia*, 1(2), 117-121.
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., ... & Joiner Jr, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological bulletin*, 143(12), 1313.
- Cloninger, S. C. (2002). *Teorías de la personalidad*. Tercera edición. Pearson Educación.
- Cordero-González, Y., Pérez-Castillo, R., Zamora-Tamayo, L. I., del-Risco-Gamboa, C., & González-Pérez, L. E. (2019). Casos de intento suicida en el área de salud del

policlínico "Aguiles Espinosa Salgado", Las Tunas. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 44(5).

Coronado-Santos, S., Díaz-Cervera, I., Vargas-Ancona, L., Rosado-Franco, A., Zapata-Peraza, A., & Díaz-Talavera, S. (2004). Prevalencia del intento de suicidio en el Servicio de Urgencias del Hospital General Dr. Agustín O Horán, de enero de 1998 a diciembre de 2003. *Revista Biomédica*, 15(4), 207-213.

Crestuzzo, F. (2018). Narrativas en torno a la historia de vida en pacientes hospitalizados por intento suicida. *Psiquiatría y salud mental*, 35(1/2), 17-32.

Creswell (2015) *Educational Research*. Ed. Pearson.

Crossley, A., & Langdrige, D. (2005). Perceived sources of happiness: A network analysis. *Journal of Happiness Studies*, 6(2), 107-135.

Crump, C., Sundquist, K., Sundquist, J., & Winkleby, M. A. (2014). Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychological medicine*, 44(2), 279.

Daray, F. M., Grendas, L., & Rebok, F. (2016). Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 73(3), 205-211.

Dávila Cervantes, C. A., Ochoa Torres, M. D. P., & Casique Rodríguez, I. (2015). Análisis del impacto de la mortalidad por suicidios en México, 2000-2012. *Salud colectiva*, 11, 471-484.

Di Rico, E., Paternain, N., Portillo, N., & Galarza, A. L. (2016). Análisis de la relación entre factores interpersonales y riesgo suicida en adolescentes de la ciudad de Necochea. *Perspectivas en psicología*, 13(2). 95-106.

Durkheim, E. (1995). *El suicidio*. Akal. Madrid.

Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126.

Edo Villamón, S. (2012). *A la búsqueda del continuo de los rasgos adaptativos y desadaptativos en la personalidad normal y la personalidad patológica* (Doctoral

dissertation, Universitat Jaume I). Recuperada de <https://www.tdx.cat/handle/10803/669183>

Espinosa, J. J., Blum Grynberg, B., & Romero Mendoza, M. P. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud mental*, 32(4), 317-325.

Fedyszyn, I. E., Erlangsen, A., Hjorthøj, C., Madsen, T., & Nordentoft, M. (2016). Repeated suicide attempts and suicide among individuals with a first emergency department contact for attempted suicide: a prospective, nationwide, Danish register-based study. *The Journal of clinical psychiatry*, 77(6), 832-840.

Feldman, R. (2006). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana* (6ª. ed.). México. DF, México: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A de C.v.

Galvis, F. H. V. (2007). Aplicación del modelo procesual del estrés a la conducta suicida. *Universidad y Salud*, 1(8), 152-140.

García, C. G., & Bahamón, M. J. (2017). Teoría cognitiva y teoría interpersonal psicológica del comportamiento suicida. *Leonardo Yunda Perlaza Vicerrector de Desarrollo Regional y Proyección Comunitaria Leonardo Evemeleth Sánchez Torres Vicerrector de Servicios a Aspirantes, Estudiantes y Egresados*, 43.

García-Rábago, H., Sahagún-Flores, J. E., Ruiz-Gómez, A., Sánchez-Ureña, G. M., Tirado-Vargas, J. C., & González-Gámez, J. G. (2010). Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Revista de salud pública*, 12, 713-721.

García, Herrero, A. M. (2019). *Neuroticismo y suicidio: un estudio meta-analítico* (Tesis Doctoral, Universidad de Murcia). Recuperada de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=258137>

García-Valencia, J., Palacio-Acosta, C., Diago, J., Zapata, C., López, G., Ortiz, J., & López, M. (2008). Eventos vitales adversos y suicidio: un estudio de autopsia psicológica en Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 37(1), 11-28.

García Valencia, J., Palacio Acosta, C., Vargas, G., Arias, S., Ocampo, M. V., Aguirre, B., ... & García, H. (2009). Validación del "inventario de razones para vivir" (RFL) en

sujetos con conducta suicida de Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1),66-84. [fecha de Consulta 17 de enero de 2020]. ISSN: 0034-7450. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=806/80615419006>.

Grusec, J. E. (2020). Social Learning Theory and Developmental Psychology: The Legacies of Robert Sears and Albert Bandura. *International Journal of Developmental Sciences*, 14(05), 67-88.

Gutiérrez-García, A. G., Contreras, C. M., & Orozco-Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud mental*, 29(5), 66-74.

Guyot, P. F. (1685-1745). *Dictionnaire néologique à l'usage des bex esprits du siècle* Arkste'e y Merkus 1750.

Harkness, A. R., McNulty, J. L., & Ben-Porath, Y. S. (1995). The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Constructs and MMPI-2 scales. *Psychological Assessment*, 7(1), 104-114.

Haw, C., Bergen, H., Casey, D., & Hawton, K. (2007). Repetition of deliberate self-harm: a study of the characteristics and subsequent deaths in patients presenting to a general hospital according to extent of repetition. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(4), 379-396.

Henao, Osorio, M. C. (2013). Del surgimiento de la psicología humanística a la psicología humanista-existencial de hoy. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1), 83-100.

Hernández-Bringas, H. H., & Flores-Arenales, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de población*, 17(68), 69-101.

Hernández-Cervantes, Q., & Gómez-Maqueo, E. L. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 45-52.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2017) Suicidios Registrados, Estadísticas de Mortalidad. Recuperado de: [https://www.inegi.org.mx/temas/salud/default.html#Informacion\\_general](https://www.inegi.org.mx/temas/salud/default.html#Informacion_general)

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). Estadísticas a propósito el día mundial para la prevención del suicidio. Recuperado de: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud (12 de agosto). Recuperado de: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/Juventud2019\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/Juventud2019_Nal.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2017). Defunciones por suicidio por entidad federativa y grupos quinquenales de edad según sexo, 2010 a 2017. Estadísticas de mortalidad.
- Jiménez Gómez, F., Sánchez Crespo, G. & Ampudia Rueda, A. (2009). La contribución de la Escala PSY-5 al MMPI-2. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 2(28), 31-43.
- Jiménez Gómez, F., Sánchez Crespo, G., & Merino Barragán, V. (2004). ¿Existen los "cinco grandes"(PSY-5) en el MMPI-2? Un estudio con población española. VII Congreso Europeo y VI Congreso Nacional de Evaluación Psicológica. Málaga.
- Jiménez, Tapia, A., & González-Forteza, C. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud mental*, 26(6), 35-46.
- Jiménez, Treviño, L., Sáiz, P. A., & Bobes, J. (2006). Suicidio y depresión. *Humánitas*, 9, 1-16.
- Jiménez-Ornelas, R. A., & Cardiel-Téllez, L. (2013). El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. *Papeles de población*, 19(77), 205-229.
- John, O. P., Robins, R. W., & Pervin, L. A. (Eds.). (2010). *Handbook of personality: Theory and research*. Guilford Press.
- Kerlinger, F. N., Lee, H. B., (2002). *Investigación del comportamiento*. Cuarta edición. Mc Graw Hill.
- Kumar, U. (Ed.). (2017). *Handbook of suicidal behaviour*. Springer Singapore.

- Lázaro, Tortosa, F. R. (2015). Relación de aptitudes musicales, intelectuales y rasgos de personalidad e identificación del talento musical en escolares de diez a doce años (Tesis Doctoral, Universidad de Murcia). Recuperado de <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/47390>
- Leenaars, A. A. (2010). Edwin S. Shneidman on suicide. *Suicidology online*, 1(1), 5-18.
- Legido Gil, T. (2012). Clasificación de la conducta suicida utilizando cuestionarios psicométricos. (Tesis Doctoral, Universidad de Alcalá). Recuperado de <https://ebuah.uah.es/xmlui/handle/10017/17103>
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Reasons for Living Inventory. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(2), 276.
- López Steinmetz, L. C. (2017). Factores psicopatológicos de riesgo en intentos de suicidio. *Ciencias Psicológicas*, 11(1), 89-100.
- Macció, G. A., (1985). *Diccionario demográfico multilingüe*. Segunda edición. Centro Latinoamericano de Demografía. Santiago de Chile.
- Madroñero, Hernández, A. P., Cadena, N. A. P., & Souza, C. C. (2007). Factores de riesgo y protección asociados al intento suicida en Mocoa. *Universidad y Salud*, 1(8).
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4(10), 819-828.
- Manzo, Guerrero, G. I. (2005). El suicidio desde una perspectiva socioeconómica cultural. *Cuicuilco*, 12(33), 153-171.
- Marchiori, H. (1998). *El suicidio. Enfoque criminológico*, Porrúa, México.
- Martin, JS., Holloway, MG., Englert, DR., Bakalar, JR., Olsen, C., Nademin, EM., Jobes, DA. & Branlund, S. (2013). Marital status, life stressor precipitants, and communications of distress and suicide intent in a sample of United States Air Force suicide decedents. *Archives of suicide research*, 17(2), 148-160.
- Maslow, A. H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*. 50, 370-396.

- Mejía, Luchinger, M., Sanhueza, Ojeda, P., & González, J. (2011). Factores de riesgo y contexto del suicidio. *Revista Memoriza*, 8, 15-25.
- Mondragón, L., Borges, G., & Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud mental*, 24(6), 4-15.
- Montaño Sinisterra, M. R., Palacios Cruz, J. L., & Gantiva Díaz, C. A. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psicología: avances de la disciplina*, 3(2), 81-107.
- Morales, S., Echávarri, O., Barros, J., Zuloaga, F., & Taylor, T. (2016). Percepción del propio riesgo suicida: estudio cualitativo con pacientes hospitalizados por intento o ideación suicida. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(3), 245-258.
- O'Connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice*, 1, 181-198.
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268.
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85.
- O'Connor, R. C., & Pirkis, J. (Eds.). (2016). *The international handbook of suicide prevention*. John Wiley & Sons.
- O'Connor, R. C., Smyth, R., & Williams, J. M. G. (2015). Intrapersonal positive future thinking predicts repeat suicide attempts in hospital-treated suicide attempters. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(1), 169.
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252.
- Ocampo, R., Bojorquez, I., & Cortés, M. (2009). Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006. *Salud pública de México*, 51(4), 306-313.

- Oquendo, M. A., Bongiovi-Garcia, M. E., Galfalvy, H., Goldberg, P. H., Grunebaum, M. F., Burke, A. K., & Mann, J. J. (2007). Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*, *164*(1), 134-141.
- Ordoñez Yaber, Y., Castilla Hernández, A. B., & Contreras Burgos, M. S. (2019). Conducta suicida en la adolescencia: perspectiva de docentes orientadores. *Atlante Cuadernos de Educación y Desarrollo*, (mayo).
- Pérez-Amezcu, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E. E., Castro, F. D., Leyva-López, A., & Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud pública de México*, *52*, 324-333.
- Perroud, N., Baud, P., Ardu, S., Krejci, I., Mouthon, D., Vessaz, M., ... & Courtet, P. (2013). Temperament personality profiles in suicidal behaviour: an investigation of associated demographic, clinical and genetic factors. *Journal of affective disorders*, *146*(2), 246-253.
- Perry, I. J., Corcoran, P., Fitzgerald, A. P., Keeley, H. S., Reulbach, U., & Arensman, E. (2012). The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self harm: findings from the world's first national registry. *PloS one*, *7*(2), e31663.
- Pervin, L. A., & John, O. P. (1999). Handbook of personality. *Theory and research*, *2*.
- Pita Fernández, S., Vila Alonso, M. T., & Carpena Montero, J. (1997). Determinación de factores de riesgo. *Cad aten primaria*, *4*, 75-78.
- Polaino-Llorente, A. (2003). *Fundamentos de la psicología de la personalidad* Madrid: Ediciones Rialp.
- Polanco, V., & Rodríguez, M. (2010). Conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales. *Medisan*, *14*(8), 1054.
- Quesada Franco, M., & Casas, M. (2016). *Estudio sobre intentos de suicidio graves ingresados en un hospital general: aspectos sociodemográficos y clínicos*. Universidad Autónoma de Barcelona.

- Quintanilla, Montoya, R., Valadez, Figueroa, I., González, de Mendoza, J. M., Vega, Miranda, J. C., Flores, Ramírez, L. E., & Valencia, Abundiz, S. (2004). Tipos de personalidad y conducta suicida. *Investigación en Salud*, 6(2), 108-113.
- Reynolds G. S. (1968). *Compendio de Condicionamiento Operante*. Universidad de California. San Diego.
- Rodríguez, J. J. (2016). Mortalidad por suicidio en las Américas: Informe regional de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. En el *Informe Regional de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial*. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 48-56.
- Rudd, M. D. (2006). Fluid Vulnerability Theory: A Cognitive Approach to Understanding the Process of Acute and Chronic Suicide Risk. En T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 355-368). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Rujescu, D., & Giegling, I. (2012). Intermediate phenotypes in suicidal behavior focus on personality. En *The neurobiological basis of suicide*. CRC Press/Taylor & Francis.
- Salinas; F. A. (2017). Riesgo suicida y estrategias de afrontamiento en la adolescencia temprana. (Tesis de Especialidad, Universidad Nacional Autónoma de México).
- Sánchez-Loyo, LM., García, JE., & Quintanilla, R. (2016). Características sociales y clínicas de personas con intento de suicidio en Guadalajara, México. *Psicología y Salud*, 26(1), 81-80.
- Sánchez, R., & Ledesma, R. (2007). Los cinco grandes factores: cómo entender la personalidad y como evaluarla. *Conocimiento para la transformación*, 131-160.
- Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., de Graaf, R., Asmundson, G. J., Ten Have, M., & Stein, M. B. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Archives of general psychiatry*, 62(11), 1249-1257.

- Sarmiento Falcón, Z., Sánchez Sánchez, S., Vargas Polanco, I., & Álvarez Rodríguez, M. (2010). Suicidal behavior and its relationship to psychosocial risk factors. *MEDISAN*, 14, 1054-1060.
- Saulsman, L. M., & Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 23(8), 1055-1085.
- Sayers, J. (2001). The world health report 2001-Mental health: new understanding, new hope. *Bulletin of the World Health Organization*, 79, 1085-1085.
- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., Oliván, M. D. C., Casella, L., Cuenya, L., Blum, G.D., & Pedrón, V. (2010). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista internacional de psicología*, 11(02), 1-21.
- Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2002). *Teorías de la personalidad*. São Paulo.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner Jr, T. E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277.
- Staats, A. W., & tr Carrillo, J. M. (1997). *Conducta y personalidad: Conductismo psicológico*.
- Staats, A. W. (1979). El conductismo social: un fundamento de la modificación del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 11(1), 9-46.
- Teti, G. L., Rebok, F., Rojas, S. M., Grendas, L., & Daray, F. M. (2014). Systematic review of risk factors for suicide and suicide attempt among psychiatric patients in Latin America and Caribbean. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 36, 124-133.
- van Heeringen, K. (2012). Stress-diathesis model of suicidal behavior. *The neurobiological basis of suicide*, 51, 113.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575-600.

- Vázquez García, A. (2019) *Efectividad de una Intervención de Seguimiento Telefónico para Pacientes Adultos con Intento de Suicidio*. Manuscrito en preparación.
- Vázquez Lima, Mj., Álvarez Rodríguez, C., López-Rivadulla Lamas, M., Cruz Landeira, A. & Abellás Álvarez, A. (2012). Análisis de los aspectos epidemiológicos de las tentativas de suicidio en un área sanitaria desde la perspectiva de un servicio de urgencias. *Emergencias*, 24, 121-125.
- Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, M. A., Montes, C., Igor, M., & Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1), 38-45.
- Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and preventive psychology*, 12(4), 189-201.
- Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications*. American Psychological Association.
- Widiger, T. A., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of personality disorders*, 19(2), 110-130.
- Widiger, T. A., & Mullins-Sweatt, S. N. (2007). Modelos categoriales y dimensionales de los trastornos de la personalidad. *Tratado de los trastornos de la personalidad*, 37-55.
- World Health Organization. (2018). World Health Statistics data visualizations dashboard. Ginebra: World Health Organization. Recuperado de: <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>World Health Organization
- World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A global imperative. Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf?sequence=1)
- Yen, S., Shea, M. T., Sanislow, C. A., Skodol, A. E., & Grilo, C. M. (2015). Rasgos de la personalidad como predictores prospectivos de intentos de suicidio. *RET: revista de toxicomanías*, (74), 3-12.
- Ying Li, Yafei Li & Jia C. (2012). Factors associated with suicidal behaviors in mainland China: a meta-analysis. *BMC public health*, 12(1), 524.

Zahl, D. L., & Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11 583 patients. *The British Journal of Psychiatry*, 185(1), 70-75.