

112396

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

SUBDIVISION ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,  
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL DR. JUAN N.  
NAVARRO**

**TESIS DE PSIQUIATRIA INFANTIL Y DE LA  
ADOLESCENCIA**

**VALIDACIÓN DE LA ESCALA "MULTIACTITUD DE LA  
TENDENCIA SUICIDA EN ADOLESCENTES"**

**ASESOR TEÓRICO: Dr. Luis Méndez Cárdenas**

**ASESOR METODOLÓGICO: Dra. Ma. del Carmen Lara Muñoz**

**ALUMNO: Dra. Claudia Leonor Iñiguez Oliva**  
Residente 2<sup>do</sup> año de paidopsiquiatría

México D.F. Febrero 2003.

m347454

Vo. B.



DR. ALEJANDRO DÍAZ MARTÍNEZ

Jefe del Departamento

2005

2005

IÑIGUEZ OLIVA, CLAUDIA LEONOR



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.

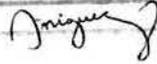
ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA



Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: CLAUDIA LEONOR IZIGUEZ OLIVA.

FECHA: 25 de agosto 2005.

FIRMA: 

## INDICE

1.- ANTECEDENTES.....	2
2.- JUSTIFICACIÓN.....	23
3.- OBJETIVOS.....	23
4.- MATERIAL Y METODOLOGIA.....	23
5.- RESULTADOS.....	25
6.- DISCUSIÓN.....	35
7.- BIBLIOGRAFÍA.....	37
8.- ANEXOS.....	43

## ANTECEDENTES:

El suicidio es, por definición, una muerte que es causada por una acción ó conducta intencionalmente autoinflingida [70]; se trata del extremo final de un continuo entre pensamientos y conductas suicidas [5,42]. Las conductas suicidas son actos que ponen al individuo en gran riesgo de autodestrucción [70].

El incremento del suicidio en los jóvenes ha llegado a cifras aterradoras [1]; y en la actualidad tanto la frecuencia de suicidio como de conductas suicidas entre adolescentes continúan incrementándose [53]. En los países occidentales el suicidio se encuentra entre las tres principales causas de muerte en adolescentes y ésta incidencia continua aumentando [26]. Se estima que cada año aproximadamente 2 millones de adolescentes estadounidenses intentan suicidarse, y sólo alrededor de 700,000 reciben atención médica por el intento [68].

La mayoría de los clínicos pueden tener dificultades para diferenciar entre conductas suicidas benignas y ominosas; en muchas ocasiones los gestos suicidas que denotan una acción autodestructiva no letal, son juzgados como una petición de ayuda ó manipulación sin intento serio, siendo malentendidos al minimizar el potencial de riesgo para futuras conductas suicidas [68]. Al respecto Weissman y Worden encontraron que los factores de riesgo-rescate y la letalidad suicida no representan constructos idénticos, y que una tendencia suicida letal puede ser actuada utilizando métodos no letales y viceversa [75].

Es debido a esto que se necesita tanto conocer como identificar a aquéllos con mayor riesgo suicida, de entre un gran número de pacientes con conductas suicidas que tienen un pronóstico benigno, además de conocer cómo proveer tratamiento a los pacientes suicidas, cómo apoyar a sus familias y cómo dirigir los programas de prevención sobre suicidio [22,68].

Cuando pensamos acerca de prevenir el suicidio debemos distinguir primero entre conductas suicidas (gestos, amenazas, intentos), e ideación suicida ( pensamientos), ya que debemos ser perfectamente claros acerca de cuales serán los blancos de nuestra intervención [70].

La prevención lleva la promesa de proveer mayor bienestar a más personas, así como mayor efectividad y eficiencia; su base es la predicción y actualmente nuestra habilidad para predecir las conductas suicidas futuras es poco alentadora [70], debido a que varios hechos exacerbaban la dificultad para identificar a los pacientes en riesgo; entre estos hechos se encuentran: la baja prevalencia de suicidio en la población general (0.01%); el gran porcentaje de pacientes deprimidos que no cometen suicidio (99.9%); el alto porcentaje de ideación suicida en la población general de adolescentes (27%) [80], ya que aunque se sabe que los pensamientos suicidas son comunes en esta edad eso no significa que siempre se asocien con otras características de psicopatología; y finalmente conocemos que no existen estadísticas fiables sobre la incidencia y prevalencia de las conductas suicidas en general y menos en la infancia y la adolescencia [39,68], ya que las conductas suicidas están sub-reportadas [1,68] y en algunos casos la muerte por accidentes encubre un suicidio [1], siendo los propios padres quienes no lo declaran como tal [41]. Shaffer y cols. (2001) refieren que sólo la mitad de todos los adolescentes que completan el suicidio han dado a conocer intentos suicidas previos a su muerte

[68]; sin embargo Aguila (2000) refiere que de 50 a 120 intentos suicidas uno es consumado[1]; otros investigadores estiman que por cada suicidio llevado a cabo hay aproximadamente 20 a 200 intentos suicidas [20].

La construcción de métodos para diagnosticar las tendencias suicidas es el primer paso para enfrentarse eficientemente con la conducta suicida, y la mayoría de las mediciones existentes presentan defectos metodológicos; se tratan de procedimientos lentos, usan indicadores indirectos ó no son aproximaciones conceptuales que se acercan a los procesos de base de la conducta suicida[53]. Se han propuesto desde escalas estructuradas como la escala de ideación suicida de Beck[7], hasta test de fácil administración como la figura humana de Machover del que se dice puede diferenciar entre pacientes suicidas y no suicidas [79]. En realidad la construcción de métodos diagnósticos debe descansar en las preguntas básicas para el desarrollo de intervenciones preventivas, las cuales se presentan a continuación:

1. ¿Cómo definir el riesgo condición / conducta?.
2. ¿Quién está en riesgo?.
3. ¿Cómo identificar quién está en mayor riesgo?.
4. ¿Por qué un individuo está en riesgo?.
5. ¿Cuándo un individuo está en mayor riesgo?.
6. ¿Qué situaciones, escenarios y conductas ponen a un individuo en mayor riesgo?.
7. ¿Qué intervenciones disminuyen el estado de riesgo?.
8. ¿Qué intervenciones aumentan la protección del riesgo?.
9. ¿Cuándo las intervenciones deben ser aplicadas para disminuir el riesgo?.
10. ¿Dónde las intervenciones son recibidas más efectivamente?.

La importancia de estas preguntas radica en que las conductas suicidas que nosotros observamos son la culminación de una combinación de múltiples ingredientes, donde todos contribuyen al riesgo potencial acumulativo; como resultado la ideación suicida representa sólo un aspecto de la tendencia suicida [70].

### **PREVALENCIA:**

La incidencia de intentos suicidas alcanza un pico durante la adolescencia media, y la mortalidad por suicidio se incrementa a través de los años de adolescencia, siendo más común en mujeres que en hombres, con una proporción de 1.6:1 [68]. Las estimaciones actuales reflejan que uno en diez adolescentes mujeres y uno en veinticinco adolescentes varones van a tener un intento suicida en algún punto de su adolescencia [20].

Los adolescentes con intentos suicidas no son un grupo homogéneo, ya que los adolescentes hospitalizados en psiquiatría son mucho más propensos a morir por suicidio (mortalidad de 10 a 14%) que los adolescentes vistos en sala de urgencias por intento suicida (menos de 1% de mortalidad) [26]. Asimismo, las tasas de intento suicida para jóvenes hispanos son mayores que para los blancos y afroamericanos, por lo que deben considerarse los aspectos culturales [68].

El suicidio consumado en las últimas décadas ha llegado a representar la causa de muerte número uno a número tres entre adolescentes según diversos autores [1,16,35,68] y la tercera causa de muerte en niños de 6 a 16 años [35]. El índice de suicidio en adolescentes se ha cuadruplicado, representando actualmente el 12% de la mortalidad en este grupo de edad [9]. Algunas estadísticas han mostrado comunidades donde el 30% de los adolescentes han intentado ó cometido suicidio [35]. Otras cifras refieren que por grupo de edad 3.2% son menores de 15 años, 31.7% tienen entre 15 y 19 años y el 65.1% tienen entre 20 y 24 años[39].

Algo que resulta interesante es la técnica utilizada de acuerdo a la edad; de 10 a 14 años se cuelgan, de 15 a 19 años usan armas de fuego; y las mujeres de 10 a 19 años lo hacen ahogándose; actualmente es común y va en aumento el uso de tóxicos [1]. Shaffer y cols refieren que el método de suicidio consumado más comúnmente utilizado por adolescentes en EU son las armas de fuego, mientras que la ingestión de medicamentos es el método más común para intentar el suicidio[68].

## **PREDISPONENTES O FACTORES DE RIESGO:**

El suicidio entre adolescentes ha mostrado ser influenciado por un rango de variables incluyendo biológicas, genéticas, psicopatología y factores psicosociales[26]; con principal interés en lo cognitivo [27].

### **PREDISPONENTES BIOLÓGICOS**

#### **Sexo:**

Las mujeres contemplan e intentan suicidarse en tasas mucho mayores que los hombres. Sin embargo, los adolescentes masculinos completan el suicidio 5.5 veces más frecuentemente que las adolescentes; se cree que esto es debido a la tendencia masculina a utilizar métodos más letales [80]. La prevalencia de ideación suicida en adolescentes de 12 a 14 años es de 4% en los varones y de 8.7% en las mujeres [39]. Cotobal (2002) refiere que en la consulta de urgencias por intentos autolíticos se encuentra una relación mujer-hombre próxima al 4:1[15,28], lo que coincide con lo referido por Shaffer y cols.(2001) quienes refieren una proporción hombre-mujer de 3:1 en los suicidios prepuberales, con un aumento de ésta relación a 5.5:1 en el grupo de 15 a 24 años. [68]

#### **Edad:**

La edad es uno de los mejores predictores del riesgo suicida futuro, de tal forma que a medida que ésta aumenta, el riesgo es mayor[39]. El suicidio es raro antes de la pubertad, pero se incrementa a través de la adolescencia, siendo más común en éste grupo de edad y en adultos jóvenes [68]. Zametkin refiere que niños tan pequeños como de 10 años son menos propensos a completar el suicidio, pero el riesgo parece incrementarse gradualmente entre los 10 y 12 años[80].

Enfermedades crónicas:

Las enfermedades crónicas, especialmente si se acompañan de dolor y deterioro físico constituyen un factor de riesgo para la conducta suicida [4,39,55].

## PREDISPONENTES GENÉTICOS

Se ha encontrado que las tasas elevadas de psicopatología parental están asociadas con intento suicida y suicidio completo en adolescentes[12]. Estas incluyen historia familiar de trastornos afectivos y suicidio ó conductas suicidas [9,12,27,80], así como abuso de sustancias y trastorno antisocial de la personalidad[12].

## PREDISPONENTES PSICOPATOLOGICOS

Un factor que ha sido extensamente investigado como predictor de suicidio en adolescentes es el diagnóstico psiquiátrico. La investigación ha revelado que entre el 80 y 90% de los adolescentes con intento suicida tienen un trastorno psiquiátrico diagnosticable, siendo los de mayor prevalencia el trastorno afectivo, trastorno de conducta y trastorno por uso de sustancias [20]. Se ha encontrado que los adolescentes con intento suicida tienen mayores niveles de psicopatología que aquellos con ideación suicida [68]. En un estudio de adolescentes de 13 a 19 años víctimas de suicidio realizado por autopsia psicológica, el 94% habían padecido algún trastorno psiquiátrico [39]. Desafortunadamente sólo a una proporción relativamente baja de víctimas suicidas se le ha dado tratamiento para trastornos mentales (33 a 50%), y una proporción mucho más pequeña (15%) estaba con tratamiento al momento de morir [13].

Trastornos afectivos:

En la mayoría de las teorías psicológicas acerca del suicidio , la depresión ha recibido particular atención; sin embargo, concluir simplemente que la depresión causa suicidio puede ser inadecuado por varias razones: es claro que la mayoría de la gente deprimida no intenta suicidarse y que no todos los que intentan suicidarse están clínicamente deprimidos; en varios estudios en que se realizó un control estadístico de la desesperanza, la depresión deja de ser predictiva de suicidio [5,55].

La depresión en niños y adolescentes se asocia con un incremento en el riesgo de conductas suicidas [4,9,15,50,55,64,68,80]; encontrándose que hasta las dos terceras partes de los niños y adolescentes diagnosticados con depresión mayor tienen ideación suicida ó han intentado suicidarse[41] . Schotte y Clum (1982) encontraron que la depresión parece ser un mejor predictor cuando se encuentran bajos niveles de ideación suicida [67].

Los trastornos afectivos (incluyendo trastorno bipolar) son el tipo de diagnóstico más frecuente en la mayoría de los adolescentes suicidas, encontrando tasas que varían entre 31 y 69% [28,39], mostrando que llegan a ser 17 veces más propensos a intentar suicidarse que aquellos adolescentes sin este diagnóstico[20].

Mazza y Reynolds (2001) encontraron que en hombres con conductas suicidas había niveles significativamente mayores de psicopatología, principalmente en escalas de esquizofrenia, trastornos adaptativos y trastorno de personalidad borderline, mientras que en mujeres la ideación suicida actual se correlacionó con niveles de severidad en la psicopatología, y con mayor número de síntomas internalizantes, pero los intentos suicidas pasados sin ideación actual no se correlacionaron con estas variables [43].

#### Trastornos de conducta:

Los trastornos disruptivos incrementan el riesgo de ideación suicida en niños de 12 años y menores [9,15,39]; se ha encontrado que son 13 veces más propensos al intento suicida que otros adolescentes [20]. Otros estudios basados en muestras epidemiológicas han encontrado que las tasas de trastornos disruptivos varían de 17 a 45% [28,39], con una probabilidad de intento suicida por debajo de 10, mientras que en estudios con muestras de pacientes tomados de urgencias las tasas encontradas son de 20 a 45% [28].

#### Abuso de alcohol y otras sustancias:

El abuso de alcohol u otras sustancias incrementa significativamente el riesgo de suicidio en adolescentes de 16 años o mayores [4,9,50,55,68]; llegando a encontrarse en el 26% de los adolescentes suicidas [39], y puede provocar que los adolescentes con ideación suicida de ambos sexos lo intenten [68]. Se ha encontrado que los adolescentes con este diagnóstico tienen un incremento del riesgo de intento suicida de 12 veces [20].

#### Trastornos de personalidad:

Los trastornos de personalidad se han encontrado en el 32% de los adolescentes suicidas [4,9,39], destacando el trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno límite de la personalidad, el cual se asocia de modo particular a aquellos casos caracterizados por una alta letalidad [40,62]; también se han encontrado rasgos compatibles con criterios para personalidad histriónica [16]. En este sentido un estudio realizado por Apter y cols. encontró que los rasgos narcisistas y esquizoides de personalidad son muy frecuentes en estos pacientes [2], y específicamente en niños y adolescentes se presentan conductas antisociales en el 33% frente al 4.4% del grupo control [39].

#### Trastornos de ansiedad:

La relación entre ansiedad e intento suicida no es claro para algunos autores; para otros es un factor de riesgo que desaparece cuando se controla la depresión [29], mientras que para otros autores es claro que los trastornos de ansiedad incrementan también el riesgo de ideación suicida [9,66,68]. Los ataques de pánico son un factor de riesgo para ideación o intento suicida en mujeres, mientras que la ansiedad de separación puede provocar que los adolescentes con ideación suicida de ambos sexos lo intenten [68]. Este diagnóstico aumenta el riesgo de intento suicida cinco veces [20].

#### Trastornos psicóticos:

La esquizofrenia [4], y los síntomas psicóticos en especial las ideas delirantes de pecado, culpa e hipocondría aumentan el riesgo de suicidio [66].

Conductas suicidas previas:

Los pensamientos e intentos suicidas previos son dos indicadores de letalidad [8], y multiplican el riesgo de suicidio hasta 9 veces [66], siendo de las variables que mejor predicen el riesgo suicida futuro [39].

## PREDISPONENTES PSICOSOCIALES

Pérdidas significativas:

Una de las características distinguibles en los adolescentes suicidas es que el acto suicida se asocia con frecuencia a pérdidas recientes [1,50,80] incluyendo pérdida de relaciones románticas[4,68].

Disfunción familiar:

La conducta suicida adolescente puede ser en algunos casos el resultado final de una dinámica familiar complicada [4,50,55,68] que conduce a la separación y la disociación para enfrentar las circunstancias intolerables de la vida [50], ya que generalmente estos jóvenes se sienten rechazados, no amados, indignos e inadaptados, lo que ocasiona decaimiento permanente e insatisfacción a veces encubierta con reacciones de hiperactividad superficial, resentimiento, vergüenza, desaprobación y culpa [1]. Se ha encontrado elevada correlación con la exposición a inestabilidad, desorganización, maltrato infantil, abuso sexual [4], violencia familiar [9], con una pobre comunicación padres-hijo [4,27,68] y separación, divorcio ó muerte parental [4,27].

Rechazo de pares:

Ha sido reconocido que las relaciones negativas con pares pueden contribuir significativamente a la depresión y hasta la conducta suicida en algunos niños y adolescentes [62,65,80]. Pfeffer (1993) ha encontrado que uno de los factores más críticos en precipitar la ideación suicida es la humillación [59]. Rigby y cols. (1999) encontraron que los estudiantes adolescentes quienes son frecuentemente victimizados por pares en la escuela y se sienten no apoyados son más propensos a experimentar ideación suicida [64].

Eventos negativos de la vida:

Es uno de los factores de riesgo identificados para la conducta suicida ya que lleva a la acumulación de estrés [4,27,50,55,64]; Shotte y Clum (1982) encontraron que los estudiantes con ideación suicida están bajo niveles significativamente mayores de estrés [67]. Los estresores pueden ser resultado de un trastorno mental de base (ej. problemas disciplinarios en la escuela ó con la ley) ó pueden ser consecuencia de eventos incontrolables (ej. abuso sexual o físico) con los cuáles ciertos adolescentes no tienen habilidad para enfrentarse [68]. Sin embargo Fremouw y cols.(1993) realizaron un estudio donde no encontraron correlación entre eventos negativos de la vida y riesgo suicida [22].

#### Religión:

Las normas religiosas pueden ser facilitadores para la conducta suicida [50] y de acuerdo con Maris los suicidas no son gente profundamente religiosa [40], encontrándose disminución del apego de creencias y utopías, y siendo más frecuente en protestantes que en católicos [4].

#### Cultura de la muerte:

El suicidio puede ser entendido desde la relatividad cultural de normas y conceptos de salud mental; para algunas sociedades puede llegar a ser normal, y aún obligatorio bajo ciertas circunstancias, mientras que para otras es un signo de enfermedad mental [5]. Recientemente Orbach ha sugerido que la percepción de la muerte como otra forma de vida no es una causa directa de suicidio, pero puede alentar un estado que lo facilite [50]; otro facilitador de gran importancia es la disponibilidad de armas [9,50]. Actualmente hay análisis de tasas de suicidio por regiones geográficas que indican que la restricción de armas de fuego se asocia con una disminución del suicidio entre 23 y 40% especialmente en adolescentes [12].

#### Apoyo social limitado:

La falta de apoyo social es uno de los factores de riesgo más importantes en la ideación suicida [55,65]. Los adolescentes con intento suicida pueden diferir de los que tienen ideación al tener aislamiento más severo y perdurable, y principalmente desean discutir sus pensamientos suicidas [4,68]. Mazza y Reynolds encontraron que el apoyo social (combinación de apoyo familiar, de pares y escolar) fue un predictor significativo de ideación suicida en mujeres pero no en hombres [43].

En otro estudio Mazza y cols. (2001) encontraron que los adolescentes con riesgo para conductas suicidas, tendían a realizar actividades solitarias; al examinar más cercanamente lo que comprende la categoría de actividades solitarias, se encontró que involucraban estar solo y no tener qué hacer, lo que conduce al aburrimiento, el cual está ligado a grandes sentimientos de depresión y desesperanza [42]. La soledad y el retraimiento son factores de riesgo importantes para la conducta suicida [4].

## PREDISPONENTES COGNITIVOS

La investigación se ha enfocado en los estados que el niño atraviesa hasta alcanzar un entendimiento maduro del concepto de muerte, el cual de acuerdo a Piaget se adquiere hasta los 12 años [41]. Por su parte Gesell e Ilg en 1946 observaron que a la edad de 3 años el niño no tiene un entendimiento de la muerte; de los 4 años a la adolescencia, el niño gradualmente desarrolla una conciencia cognitiva y emocional de la muerte; reconociendo lo irreversible de la muerte (5 años), ansiedad al considerar la muerte de la madre (6 años), entendimiento de la inevitabilidad de su propia muerte (8 años), y eventualmente una actitud abstracta y más filosófica acerca de la muerte (adolescencia) [25].

La investigación psicológica y psiquiátrica del suicidio típicamente estudia muestras de individuos suicidas, y usualmente sólo miden características personales pero raramente investigan los suicidios en forma más holística, por lo que Lester (1994) sugirió un método para estudiar las vidas de personas suicidas basado en el análisis de Leenaars (1988) de 10 teorías de suicidio, encontrando que los paradigmas de la teoría de Beck fueron los más apegados a varios de los pacientes suicidas [37].

Debido a éste y otros estudios de investigación sobre la terapia cognitiva, más notablemente el trabajo de Aaron Beck, se ha contribuido considerablemente a nuestro entendimiento de los factores de riesgo clínicos en el suicidio [74]. Entre los factores de riesgo de tipo cognitivo importantes en el suicidio se encuentran los siguientes:

#### Desesperanza:

La desesperanza, ó visión negativa del futuro, es la característica cognitiva más frecuentemente relacionada a la ideación suicida, intento suicida y suicidio completo en la población clínica de adultos y niños [4,64,65,66,68,74]. Beck y cols (1975) encontraron que fue el mejor indicador de ideación suicida actual, ya que involucra altos niveles de expectativas negativas [6,7]. Fawcett y cols (1987) identificaron a la desesperanza como una de las variables discriminatorias entre sujetos que cometieron suicidio y sujetos no suicidas, además de ser el mejor factor predictor en el curso a largo plazo de trastornos psiquiátricos [21]. Clum y cols (1979) encontraron que la desesperanza es el mejor predictor de intento suicida cuando existen altos niveles de ideación suicida [13,67]. Rich y cols encontraron que tanto la depresión como la desesperanza, junto con el abuso de sustancias y pocas razones para vivir fueron predictivas de ideación suicida en estudiantes de secundaria.[55]

#### Autoconcepto:

El autoconcepto ha sido identificado en adultos como un indicador de riesgo suicida independiente de la desesperanza. Entre niños las expectativas negativas del si mismo y la visión negativa del futuro están relacionadas con la depresión y el intento suicida [74].

#### Distorsiones cognitivas:

Hay evidencias que indican que hay distorsiones cognitivas particulares asociadas con ideación suicida [74]. Prezant y Neimeyer encontraron que entre personas moderadamente deprimidas, una vez que el nivel de depresión fue controlado, la abstracción selectiva y la sobregeneralización emergen como predictores de ideación suicida. La abstracción selectiva es un error perceptual por el cual un individuo atiende sólo a una porción de la información relevante [60]. La sobregeneralización es un error de inferencia en el cuál una persona hace una regla general de un evento singular. La distorsión cognitiva de dicotomizar, también llamada pensamiento de todo ó nada, ha sido encontrada característica de personas suicidas [65,74].

#### Asunciones disfuncionales:

Ellis y Ratliff encontraron que los pacientes suicidas puntuaban más altos que los no suicidas en términos de creencias irracionales, desesperanza, y actitudes depresogénicas [21].

Bonner y Rich encontraron que las asunciones disfuncionales juegan un rol importante como predictores de ideación suicida en estudiantes de colegio, y que la severidad de las asunciones disfuncionales pueden ser correlacionadas positivamente con la ideación suicida en pacientes psiquiátricos, aun después de que la desesperanza y la depresión fueron controladas [10].

Beck, Steer, y Brown encontraron que tanto la severidad de las actitudes disfuncionales como cuatro actitudes específicas – sentirse vulnerable a volverse depresivo (vulnerabilidad), aceptar especulaciones de otras personas (desaprobación), sentir que es importante impresionar a otros (interés en la impresión de otros), y ser sensible a las opiniones de otros – fueron positivamente asociados con la ideación suicida [7].

#### Estilo atribucional:

En el estilo atribucional se ha encontrado que los individuos deprimidos son más propensos a atribuir la causalidad de eventos negativos a factores internos estables y globales, mientras que los eventos positivos son atribuidos a causas externas, inestables y específicas. Es evidente que los eventos de la vida precipitan muchos intentos suicidas, particularmente en adolescentes [65,74].

#### Déficits en la resolución de problemas:

Los déficits en la resolución de problemas se han encontrado como característicos en niños, adolescentes y adultos suicidas, y estas dificultades se vuelven más profundas cuando se incrementan los problemas de contenido interpersonal [65,74]. Los niños, adolescentes y adultos suicidas tienen habilidades limitadas para encontrar soluciones, porque tiene dificultades para producir nuevas ideas, identificar soluciones, y alternativas deliberadas. Los adolescentes suicidas han mostrado una persistencia de soluciones inefectivas aún cuando se les ofrecen estrategias más efectivas; también se han encontrado en adolescentes suicidas evitación ó falta de enganche en la resolución de problemas [75]. Shotte y Clum realizaron un estudio donde encontraron que la pobre resolución de problemas era el mayor factor de riesgo para la conducta suicida [67].

Los niños suicidas han sido encontrados como menos hábiles que los no suicidas para generar estados de auto-comfort en respuesta a eventos estresantes de la vida. Orbach y cols. encontraron evidencia de una visión del suicidio como una solución deseable entre los niños, y que la interacción entre inhabilidad para generar soluciones a los dilemas de vida y muerte y la atracción a la muerte fue única en niños suicidas al compararse con controles sanos y crónicamente enfermos; por lo tanto, el suicidio puede aparecer como una solución cuando una persona no es hábil para generar nuevas estrategias, es incapaz de tolerar la ansiedad de la resolución de problemas ó tiene asunciones falsas acerca de la efectividad del suicidio para la solución de problemas [54].

#### Características de personalidad:

La impulsividad [4,9,39,80] y la agresividad son características de personalidad frecuentemente vistas en personas con intento suicida [39,80], siendo los elementos clave que

explican la frecuente asociación entre intentos de suicidio y personalidad antisocial [39]. Específicamente se ha encontrado que la agresividad aumenta el riesgo de ideación ó intento suicida en varones [68]. Mardomingo (2000) ha encontrado que la irritabilidad y la agresividad son factores que predicen el riesgo suicida [39].

#### Mecanismos de defensa:

Los psicoanalistas han visualizado tradicionalmente la agresión hacia sí mismo como una defensa básica del individuo suicida [2]. Spirito reporta que el aislamiento es un mecanismo básico en una población de adolescentes suicidas [72]. Pfeffer y cols. encontraron que la introyección se correlacionaban con conductas suicidas en niños, y que la regresión y compensación son también factores de riesgo, mientras que la represión es un factor protector [59]. Apter y cols (1997) realizaron un estudio con adolescentes, encontrando que el uso del desplazamiento se correlaciona con un incremento para el riesgo de conductas suicidas y agresivas, mientras que la sublimación parece ser un factor protector [2].

### FACTORES PROTECTORES

Examinar los factores de riesgo es sólo una forma de incrementar nuestro entendimiento de los jóvenes en riesgo [42]. De la misma forma existe la noción de que creencias adaptativas ó expectativas positivas puede servir para mantener a la gente viva ó amortiguar los eventos de la vida [74]. Aunque desgraciadamente la investigación de factores protectores ha recibido menos atención [42], el rol de las actitudes positivas en la prevención del suicidio ha sido explorada por muchos investigadores, tomado el punto de vista de que las personas suicidas tienen una falta de expectativas positivas más que, ó en adición a tener expectativas negativas [4,74].

Linenham y cols. (1983) realizaron un estudio utilizando el inventario de razones para vivir, encontrando que la puntuación de esta escala fue inversamente relacionada con conductas suicidas previas, ya que los sujetos suicidas mostraron menos razones para vivir. Entre las principales razones para vivir se encontraron: Supervivencia y creencias de afrontamiento, responsabilidad con la familia, temor al suicidio, temor a la desaprobación social y objeciones morales. [38]

El apoyo social, aunque es citado frecuentemente en la literatura como un sólo constructo, comprende diversos componentes como: apoyo familiar, apoyo de pares y actividades diarias [42]. Las fuentes de apoyo para adolescentes son principalmente su familia y la escuela, pero las investigaciones previas han sugerido que el apoyo de los Padres es el más crucial para contrarrestar los efectos del estrés, incluyendo ideación suicida [59].

### MODELOS DE SUICIDIO.

En los pasados 100 años han sido propuestas varias teorías del suicidio. Estas incluyen teorías psicoanalíticas, del desarrollo, conductuales, y cognitivas [32]. Pero en el momento actual no existe un modelo explicativo universalmente aceptado, admitiéndose que el suicidio en los jóvenes es un fenómeno complejo y multicausal [6].

Desde una perspectiva empírica, una gran variedad de motivaciones psicológicas para la conducta suicida han sido estudiadas, entre éstas se encuentran: escape, venganza, el deseo de morir ó el deseo de ser asesinado [32]. Algunas de las motivaciones inmediatas que provocan el suicidio infantil pueden ser intentos de venganza, dejar de ser una molestia, abuso ó maltrato y cualquier forma de perturbación familiar [41].

Al respecto Ringel distingue 3 tipos de suicidas:

- 1.-El suicida impulsivo: sin factores inhibidores, es incapaz de soportar una frustración y de prever las consecuencias de su acción.
- 2.-El suicida neurótico: es resultado de una larga historia de neurosis.
- 3.-El suicida psicopático: amenaza ó intenta suicidarse como una reacción contra quienes lo rodean [73].

Marsellach (2000) refiere que la conducta suicida pasa por cuatro fases:

- 1.-Ideación suicida
- 2 -Amenazas.
- 3.-Intentos suicidas (de muy leves a severos)
- 4.-Suicidio consumado [41].

Tradicionalmente los investigadores de suicidio han usado 2 modelos teóricos:

- 1.-El modelo ambiental.  
Que ve al suicidio como resultado de determinantes ambientales.
- 2.-El modelo de diferencias individuales (personológico).  
Que ve al suicidio como resultado de determinantes personales [10].

#### MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL DEL SUICIDIO DE ALFORD Y BECK.

Este modelo acepta un determinismo reciproco entre el ambiente y la persona. Los axiomas de la teoría cognitivo conductual se convirtieron en asunciones fundamentales para aplicarse al suicidio:

1.-La vía central del suicidio es la cognición. El suicidio es secundario a un sentido de maladaptación construido y asignado de acuerdo a sí mismo, el contexto ambiental y el futuro.

2.-La relación entre el sistema de creencias suicidas y otros sistemas psicológicos y/o biológicos es interactivo e interdependiente.

3.-El sistema de creencias suicidas puede variar de individuo en individuo, dependiendo del contenido y contexto de varios sistemas psicológicos. Sin embargo hay alguna uniformidad en términos de categorías identificadas (validez, pobre tolerancia al estrés, etc.) los cuales son matizados por una sensación de desesperanza.

4.-Los individuos están predispuestos al suicidio en función de vulnerabilidades cognitivas, o defectos en las construcciones cognitivas, las cuales están cubiertas con síndromes específicos.

5.-El suicidio y el sistema de creencias suicidas reside en tres distintos niveles; el nivel preconsciente o automático, el nivel consciente y el nivel metacognitivo o inconsciente [2,65].

#### MODELO DE SUICIDIO DE AARON BECK

Propone que durante estrés psicológico el pensamiento de la persona se vuelve más rígido y parcial, sus juicios se vuelven absolutos, y las creencias individuales acerca del sí mismo, del mundo personal y del futuro se vuelven fijos; aparecen errores en la lógica llamados distorsiones cognitivas y percepciones e inferencias negativas que los llevan a conclusiones defectuosas [74].

Para este autor, el suicidio esta asociado con la depresión y la liga crítica entre depresión e intento suicida es la desesperanza, la cual es definida operacionalmente en términos de expectativas negativas, siendo aparentemente el factor crítico en el suicidio ya que las personas suicidas visualizan el suicidio como la única solución posible para su desesperada e imposible situación; las personas suicida visualizan el futuro como negativo y anticipan más sufrimiento, más penas, más frustración y más deprivación, también tienen una visión negativa de sí mismos donde se visualizan como incurables, incompetentes, incapaces, frecuentemente con autocritisismo, auto culpándose y auto reprochándose, con pensamientos de estar solos, no queridos, no amados y quizá con deprivaciones materiales; aunque los pensamientos de las personas suicidas (interpretaciones) son arbitrarios, considera que no tiene alternativa, aceptando la validez (exactitud) de sus cogniciones; éstos son pensamientos frecuentemente automáticos e involuntarios caracterizados por varios errores, algunos de los cuales llegan a ser tan grandes que constituyen una distorsión; por ejemplo perseveración, sobre generalización, magnificación/minimización, etiquetas inexactas, abstracción selectiva y prejuicios negativos. Sus reacciones afectivas son proporcionales a como etiquetan la situación traumática, a pesar de la intensidad actual del evento, es por esto que las personas suicidas se sienten desesperanzadas y no esperan poder tolerar el sufrimiento deseando escapar, siendo más deseables los pensamientos de muerte que la vida [35].

#### MODELO DE SUICIDIO DE HENRY Y SHORT

La persona suicida no está sujeta a restricciones externas sobre su conducta, no tiene control y modifica sus conductas impulsivas conforme a las demandas y expectativas de otros; además, forma lazos interpersonales débiles; es probable que éstas personas puedan haber tenido ó tengan padres que impusieron fuertes demandas y expectativas en ellos; es más común que hayan experimentado técnicas de castigo orientadas al afecto de niños, y es más probable que sus padres castigaran externando expresiones de enojo y frustración; es frecuente que hayan sido criados por un sólo padre, por lo que pueden tener internalizadas demandas del súper yo muy severas, siendo menos probable que tengan alguna circunstancia (trabajo, matrimonio ó incapacidad) a la cual culpar de su infelicidad o depresión [31].

## MODELO DE SUICIDIO DE LEENAARS

Las personas suicidas pueden experimentar lo que perciben como dolor psicológico intolerable; sienten desesperanza e invalidez para encarar su trauma, tienen dificultades para establecer y mantener relaciones satisfactorias, lo que le lleva a necesidades de vínculo frustradas, volcando hacia sí mismo los impulsos de enojo que siente hacia otros (aun impulsos homicidas); presentan una disminución en la habilidad para ajustarse a las dificultades, e importantes dificultades para comunicarse en una forma directa, utilizando una comunicación confusa y contradictoria con elementos subjetivos e inconcientes. Tienden a identificarse cercanamente con otros que no cubren sus necesidades emocionales, con una historia crónica de pérdidas y fallas que los conduce a sufrimiento, que aunado a una pobre capacidad para desarrollar tendencias constructivas y maduras en su personalidad y a un pensamiento rígido, los hace inhábiles para desarrollar soluciones alternativas al suicidio[37].

## MODELO DE SUICIDIO DE LESTER

El suicidio es una conducta aprendida, por lo que las experiencias infantiles y las fuerzas ambientales forman a la persona suicida y precipitan el acto; las prácticas en la crianza infantil son críticas, especialmente las experiencias infantiles de castigo. Específicamente la persona suicida ha aprendido a inhibir las expresiones de agresión externa y simultáneamente ha aprendido a volcarlas en sí mismo. Ya que el suicidio es una conducta formada que es reforzada por el ambiente, los pensamientos de la persona suicida proveen el estímulo, siendo la respuesta el suicidio el cual es reforzado a través de las cogniciones; también las expectativas de la persona suicida juegan un rol crítico en el suicidio, por lo que la depresión, especialmente el componente cognitivo, está fuertemente asociado con el suicidio; pero por sí sola es una aproximación lejana para explicar el suicidio, ya que éste también puede ser un acto manipulatorio que no es eliminado a través del castigo. Las personas suicidas no han sido suficientemente formadas en la cultura tradicional y han fallado en aprender los valores culturales normales especialmente acerca de la vida y la muerte. Entre los factores ambientales que pueden reforzar el suicidio se encuentran normas subculturales, sugestión de programas televisivos, suicidio en personas significativas, red de apoyo familiar y de amigos y patrones culturales[36].

## MODELO DE SUICIDIO DE MARIS

El suicidio es resultado de insatisfacción y depresión/desesperanza en el manejo de la condición humana; la desesperanza está relacionada con depresión recurrente, fallas recurrentes, interacción negativa prolongada y aislamiento social, por lo que son personas que tienen adaptaciones probadas de que son a sí mismas parcialmente auto destructivas (abuso de alcohol y drogas, promiscuidad sexual, intento suicida); son personas que tienden a tener traumas tempranos y a venir de familias multiproblemáticas, especialmente centradas alrededor de los padres; es más probable que tengan fallas para dominar las pruebas de las etapas de la vida, para experimentar transiciones negativas y que tengan estancamientos en el desarrollo, lo que los lleva a experimentar problemas severos de trabajo, y es probable que sufran de enfermedades físicas; son ambivalentes acerca de la muerte ya que su pensamiento los inclina hacia el deseo

de morir, pero su conducta puede no ser necesariamente intencional. El suicidio es generalmente racional con la meta de escapar de dolor, infelicidad, desesperanza, etc. ó es un acto agresivo contra otro ó con menor frecuencia una situación para cambiar ó sacrificarse a sí mismo en un esfuerzo por aumentar su valor. Generalmente tiene acceso y conocimiento de métodos letales con los cuales puede cometer suicidio y no son profundamente religiosos. [40]

#### MODELO INTEGRATIVO DEL INTENTO SUICIDA DE GUDRUN Y COLS.

Estos autores refieren un modelo de intento suicida con 2 caminos:

1.-El primer camino empieza con baja autoestima, soledad, separación o divorcio, avanzando hacia la depresión y mediado por la desesperanza a la ideación suicida.

2.-El segundo camino se desarrolla por la baja autoestima y la pobre sensación de auto-eficacia, avanzando al intento suicida a través de las evaluaciones negativas de la propia capacidad para resolver el problema y la falta de estrategias para resolver problemas interpersonales[17].

#### MODELO INTERACCIONAL DE LA CONDUCTA SUICIDA DE CLUM Y COLS.

Este modelo sugiere que los estresantes de la vida interactúan con la rigidez cognitiva y/o habilidades deficientes en la resolución de problemas, resultando en un aumento en la depresión y desesperanza llevándolos finalmente a conductas suicidas. El punto crítico propuesto por este modelo es que el estrés ambiental por sí mismo es insuficiente para producir conductas suicidas excepto en aquellos individuos que perciben pocas opciones viables para enfrentar tal estrés[13].

#### MODELO CONDUCTUAL DE LA CONDUCTA SUICIDA DE BONNER Y RICH.

Estos autores desarrollaron una hipótesis que sostiene que la conducta suicida es mejor conceptualizada como un proceso conductual que ocurre como parte de interacciones/transacciones actuales de una variedad de variables cognitivas, sociales, emocionales y ambientales, sugiriendo que la interacción de estrés ambiental y distorsiones cognitivas resultan en depresión; siendo los individuos solos y aislados más propensos a desarrollar sensación de desesperanza, la cual es predictiva de altos niveles de ideación y conductas suicidas; sin embargo no todos los individuos que experimentan desesperanza e ideación suicida intentan suicidio, encontrando que la combinación de depresión, pocas razones para vivir, soledad y estresores ambientales son el mejor predictor de ideación suicida actual[10].

#### MODELO DE LA IRRESOLUCION DE PROBLEMAS Y LA CONDUCTA SUICIDA.

El modelo de la irresolución de problemas postula que la dinámica familiar de los jóvenes suicidas incluye demandas excesivas, presiones y conflictos familiares; la experiencia subjetiva de la irresolución de problemas puede también ser descrita desde la perspectiva de sensación de pérdida de control sobre la propia vida. Los jóvenes que se enfrentan con una

prolongada irresolución de problemas gradualmente comienzan a creer que las consecuencias de su conducta y esfuerzo están controladas por fuerzas más allá de su control y comprensión. Este modelo sugiere que al ser confrontados con situaciones de la vida caracterizadas por problemas irresolubles que están en contradicción directa con el cuidado parental protector y la tibieza emocional, la atmósfera emocional creada en tales familias es de opresión y rechazo, hiriendo la sensibilidad del joven en la competencia y autoestima; ya que tanto la autoestima baja como la sensación de ser rechazado caracteriza a los jóvenes suicidas[52].

Wilson y cols. (1995) han examinado la relación entre estrategias de resolución de problemas, estrés y enfrentamiento, y una aproximación al grado de control de los participantes. Los investigadores han encontrado que el grupo suicida no muestra más déficits en la capacidad de la resolución de problemas que los controles, pero reportan más estrés severo en la vida y pérdida de control sobre eventos estresantes que los controles[77].

Orbach y cols (1999) realizaron un estudio construyendo una Escala de Experiencias Subjetivas de Irresolución de Problemas y encontraron que la atracción a la vida muestra una correlación inversa con los factores de la Escala; esto es, a mayor atracción a la vida menor experiencia subjetiva de irresolución de problemas, y en contraste, la atracción a la muerte y la repulsión a la vida fueron correlacionadas significativamente en forma positiva con los factores de esta Escala, encontrando también que la depresión y la ansiedad fueron asociadas significativamente con los factores de la Escala, mientras que la desesperanza se asoció significativamente con 3 de los factores (factor 1: metas inalcanzables, 3: necesidad de ser problemático y 4: no individualidad) [52].

## MODELO DEL ESCAPE DE SI MISMO

La teoría del escape de si mismo a recibido atención debido a que, en varios estudios en que se a realizado una tabulación de las frecuencias relativas de los diferentes motivos para cometer suicidio, el escape a resultado con mucho el más común, se menciona también que la prevalencia del escape parece también ser predictiva de formas de autodestrucción menos drásticas en estudios mas recientes.

La teoría del escape tiene 6 pasos:

1. Una experiencia severa con consecuencias muy por debajo del estándar que se produce por altas expectativas hacia problemas recientes y/o un revés dado por eventos estresantes o aversivos. En los adolescentes se ha encontrado que un deterioro reciente y mayor en las relaciones intimas (amor o familia) puede asociarse con intento de suicidio[5], por su parte Ringel (1976) argumenta que hay un síndrome presuicida en los adolescentes que frecuentemente involucra aislamiento social y abandono de todas las relaciones excepto una, pero cuando esta relación falla ocurre el intento suicida[63].

2. Se realizan atribuciones internas de que estas consecuencias son culpa de uno mismo, creando implicaciones negativas acerca de si mismo, como baja autoestima. En adolescentes suicidas los investigadores frecuentemente encuentran que los sentimientos de desprecio y rechazo a si mismos son factores centrales.

3. Aparece un estado de autoconciencia donde se compara a si mismo (involucrando actualmente con culpa y desaprobación) con estándares relevantes, el individuo crea una conciencia de que el mismo es inadecuado, incompetente, sin atractivo o culpable.

4. Aumentan los afectos negativos debido a la poco favorable comparación de si mismo con otros estándares. Los principales afectos negativos que se han encontrado en las investigaciones son depresión y ansiedad; la ansiedad puede tomar varias formas y la culpa puede ser considerada una forma de ansiedad, mientras que en la depresión se tienen “emociones depresivas” tales como sentimientos de soledad, sentimientos de falla, tristeza, sentimientos de preocupación y falta de emociones.

5. La persona responde a este estado de infelicidad tratando de escapar a través del rechazo y evitación de ideas significativas, siendo esto una deconstrucción cognitiva, la cual consta de 3 signos:

- **Perspectiva del tiempo:** Hay pruebas de acuerdo a diferentes estudios de que las personas suicidas tienen una conciencia aversiva o ansiosa del pasado reciente, Hendin (1982) a concluido que muchas personas suicidas tratan de “detener el tiempo”, esto es, detener sus vidas y fijarse en un punto, el refiere que el alcohol y la depresión son frecuentemente intentos iniciales para escapar de las perspectivas del tiempo y que el suicidio es simplemente una escala en este esfuerzo por detener el tiempo[29]. Neuringen y Harris (1974) encontraron que en comparación con varios grupos control los sujetos suicidas son más propensos a sobrestimar la duración de intervalos controlados experimentalmente[48]. Yufit (1973)concluye que los pacientes con alto riesgo suicida son menos hábiles para proyectarse en el futuro, y menos hábiles para elaborar cualquier proyección de lo que van a hacer, y que muestran una visión elaborada pero negativa del pasado que genera culpa, vergüenza e insatisfacción[78]. En numerosos estudios los pacientes suicidas se han caracterizado por una sentir o expresar desesperanza, estos estudios enfatizan que estas personas tienen una falta de conciencia hacia el futuro debido a un problema en la habilidad para concebir un futuro placentero y aceptable. Es necesario distinguir entre la falta de futuro o la falta de felicidad deseable en el futuro. De acuerdo a la teoría de la incapacidad aprendida las fallas pasadas frecuentemente llevan a la persona a la expectación de fallas futuras.

- **Concretud:** De acuerdo a las observaciones de estudios de caso realizadas por Hendin (1982) se confirma que la concretud es parte del estado presuicida, el refiere que varios estudiantes universitarios suicidas mostraron un patrón de inmersión en proyectos que involucraban tareas rutinarias más que creativas[29], otros investigadores como Schneidman (1981) y Ogilvie (1983) han estudiado las notas suicidas encontrando un contenido banal, con falta de términos abstractos y pocas referencias a procesos cognitivos de alto nivel[69,49].

- **Ausencia de metas a futuro:** en las observaciones de Breed (1972) se refiere que mucha gente suicida es inusualmente meticulosa, fastidiosa y detallista, y que eso es consistente con un enfoque de las cosas a corto plazo, además hay evidencia consistente con una falta de planeación a largo plazo[11].

6. Las consecuencias de este estado mental de deconstrucción incluyen :

- Desinhibición:

Ciertas inhibiciones dejan de operar y la conducta puede volverse irracional y contraria a los estándares normales y valores de esa persona. Muchos investigadores han caracterizado a las personas suicidas como impulsivas, lo cual puede indicar una falta de inhibición; mientras que otros como Patsiokas (1979) han encontrado que un gran porcentaje de estos sujetos describen el intento suicida en términos que reflejan claramente un mero impulso, por lo tanto la impulsividad puede ser solo un reflejo de la desinhibición más que una característica estable de la personalidad del individuo[57].

- Pasividad:

La pasividad lleva a la persona a evadir responsabilidades y a evitar las implicaciones de la autoevaluación del self, de la evaluación de metas y valores. Ringel (1976) citó específicamente la pasividad como una característica del síndrome presuicida[63]. Gerber (1981) mostró que los pacientes suicidas hospitalizados tienden a negar la responsabilidad de sus acciones[24]. Simon y Lumry (1968) encontraron que los médicos suicidas, tendían a ser más pasivos[71]. Henken (1976) encontró que el lenguaje de las notas suicidas mostraba patrones que expresan sumisión pasiva y aceptación[30]. Mehrabian y Weinstein (1985) encontraron que los sujetos suicidas tenían temperamentos más pasivos que los no suicidas[44]. Melges y Weisz (1971) encontraron que la ideación suicida se correlaciona con una disminución en la sensación de control sobre circunstancias externas[45]. Spirito y cols (1987) encontraron que los adolescentes suicidas tienden a usar estrategias más pasivas para la resolución de problemas tales como el aislamiento social[72].

- Falta de emoción:

La evidencia a cerca del estado afectivo de los individuos suicidas es difícil de evaluar. Un estudio reciente que provee evidencia importante es el de Williams y Broadbent (1986) quienes presentaron a varios sujetos una palabra que describe una emoción (felicidad, soledad, etc.) pidiéndoles que describieran una experiencia específica en la que hallan sentido esta emoción, no encontraron diferencias entre los suicidas y los sujetos control en la velocidad de respuesta al afecto negativo, pero los suicidas fueron más lentos en responder al afecto positivo, se encontró que también tenían un número significativamente menor de memorias afectivas[76].

- Pensamientos fantasiosos o irracionales:

La fantasía puede ser una solución parcial ya que se pueden imaginar eventos pasados y futuros que son aceptables y aun placenteros. Neuringer (1972) encontró que los sujetos suicidas tienen más fantasías interpersonales que los sujetos control y concluyó que el uso de la fantasía refleja una función compensatoria[47]. El intento suicida por sí mismo puede ser contemplado como una fantasía, Ringel hizo notar la importancia de fantasías suicidas tales como imaginar que otros pueden sentirse tristes después de su muerte. Douglas (1967) observó que muchas personas suicidas parecen pensar que van a continuar viviendo de alguna manera después de la muerte, y también enfatizó que imaginan los efectos de su propio suicidio en otros[18].

## MODELO DE DISOCIACION, DOLOR FISICO Y SUICIDIO

La disociación puede ser definida como un estado mental caracterizado por un rompimiento en la continuidad de la experiencia consciente. Hay dos procesos esenciales en este estado : división ó separación y pérdida de control (no en términos de impulsividad sino en términos de habilidad para monitorizar conducta); la división ó separación se refiere a la compresión ó estrechamiento de la experiencia de uno mismo, a través de la separación, distanciamiento, barrera amnésica, pérdida de tangibilidad, extrema rigidez cognitiva y franqueza emocional. Esto puede tomar la forma de despersonalización, sentimientos de irrealidad de si mismo ó del mundo, analgesia, distorsión de la percepción corporal, etc. La pérdida de control en la disociación se expresa en automatismos, conductas compulsivas, pensamientos obsesivos, reacciones conversivas y escenas retrospectivas[50].

Casi todos los reportes de la literatura refieren que la mayoría de los que se autoinfligen daño no sienten ningún dolor durante su acto autoagresivo. En algunos casos los auto-mutiladores describen sentimientos de alivio posterior al acto de lesión autoinfligida[50]. Cabe mencionar que algunos autores como Walsh y Rosen (1988) creen que la conducta suicida y la automutilación representa dos fenómenos separados, ya que mientras la conducta suicida representa el deseo de morir, la automutilación representa un deseo de escapar del dolor mental; sin embargo otros estudios muestran gran superposición entre suicidio y automutilación[73].

Varias teorías han sido propuestas para describir la relación entre suicidio y disociación. Shneidman (1980) propone que la disociación es parte de del proceso suicida y una parte esencial del acto suicida; refiere que el individuo suicida sufre de una especie de “visión en túnel” donde sus pensamientos ordinarios, emociones y responsabilidades no están disponibles para la mente consciente, y el individuo bloquea el pasado[69]. Baumeister (1990) cree que algún proceso disociativo es una parte integral del desarrollo de la tendencia suicida, y no sólo del acto suicida en sí mismo[5].

El dolor es usualmente considerado una experiencia no placentera que está asociada con daño tisular. Al mismo tiempo es una experiencia subjetiva compleja, afectada por la interacción entre sensación y un estado de sentimientos aversivos, y no puede únicamente ser explicado en términos de lesión tisular[50]. Melzac (1986) presenta un puente con la teoría del control del dolor, en la cuál, más que ningún otro, enfatiza el enorme rol de las variables psicológicas; de acuerdo a esta teoría las áreas corticales más altas están involucradas en los sistemas perceptuales y motivacionales que influyen el dolor; entonces los procesos cognitivos, motivacionales y emocionales, y aún la memoria del dolor pasado puede afectar la experiencia del dolor[46].

Como continuación del estrés traumático la tendencia general a la disociación puede tomar formas específicas de distanciamiento del cuerpo (ej. analgesia al dolor) y rechazo al cuerpo; y si en la secuencia del desarrollo el niño y el adolescente experimentan desesperanza, pueden desarrollar tendencias suicidas[51].

## MODELO DE EXPERIENCIAS CORPORALES DISTORSIONADAS Y SUICIDIO.

En años recientes a habido un interés creciente en un posible factor de riesgo que puede facilitar las conductas auto-destructivas: Experiencias Corporales Distorsionadas.

Se teoriza que la auto-preservación requiere una actitud activa acerca de la protección corporal, cuidado corporal y amor corporal. El cuerpo es una fuente de satisfacción y placer que aumenta la tendencia para la preservación y atracción a la vida, mientras que la insatisfacción corporal puede incrementar el sufrimiento e intensificar las actitudes auto-destructivas.

Los eventos de la vida extremadamente negativos, tales como traumas mentales, pueden resultar en grandes alteraciones de la percepción, actitudes, sentimientos y experiencias del cuerpo, en forma de rechazo corporal, odio al cuerpo, insensibilidad, indiferencia a las sensaciones, falta de control y pérdida de límites corporales. Tales cambios pueden facilitar la conducta auto-destructiva cuando están bajo estrés; además, las alteraciones en la percepción y experiencia corporal pueden ser por sí mismas muy poco placenteras y llevarlos a deseos suicidas[55]. Furman (1984) sitúa el origen de las distorsiones del amor corporal hacia sí mismo y la auto-protección, en experiencias muy tempranas en la infancia, siendo así como la negligencia, el rechazo y el castigo corporal pueden culminar en una percepción distorsionada del cuerpo, con rechazo hacia uno mismo y desvinculación posterior[23].

Las actitudes y sentimientos negativos acerca del cuerpo en pacientes con intento suicida han sido reportados por Orbach y cols.[51]. En otro estudio realizado por Orbach y cols (2001) encontraron que un grupo de pacientes suicidas difiere de los no suicidas en sus sentimientos acerca del cuerpo, en la protección y disociación corporal[55].

## MODELO DEL DEBATE INTERNO DEL SUICIDIO.

La investigación sobre el suicidio en su mayoría se ha enfocado ó en las razones para morir ó en las razones para vivir, pero éstas dos perspectivas raramente han sido integradas[32]. Uno de los intentos iniciales de integración fue ofrecido por Kovacs y Beck (1977) en su estudio de "hipótesis de la lucha interna" en la conducta suicida, donde encontraron que los mayores niveles de ambivalencia entre deseos de vivir versus deseos de morir tenían el potencial de menor intento suicida, a pesar de la magnitud de los deseos[33]. Claramente los deseos ó pensamientos latentes son importantes, pero los deseos pueden potencialmente existir fuera de la conciencia del paciente. Se puede argumentar que preguntar específicamente al paciente que articule tales deseos ó pensamientos en razones conscientes y concretas para vivir ó morir llevan a una evaluación más útil del riesgo. Quizá examinando ambas razones (para vivir y para morir) podamos capacitarnos mejor para entender el significado de ambos lados de la ecuación suicida "el debate suicida interno".

El estudio de Jobes y Mann(1999) representa un esfuerzo preliminar para explorar ésta aproximación conceptual; estos autores obtuvieron las siguientes frecuencias en las respuestas para cada categoría; Razones para vivir: familiares (34%), futuro (30%), planes y metas específicas (28%), cosas agradables (26%), amistades (20%), ellos mismos (13%), responsabilidad con otros (13%), religión (9%). Razones para morir: Escape en gral. (37%),

descripciones generales. de sí mismos (31%), relaciones con otros (23%), sentimientos de desesperanza (17%), Escape del dolor (14%), sentimientos de soledad (11%), escape de responsabilidades (7%), escape del pasado (3%), religión (2%). Estos datos nos confirman que puede existir un debate interno en la mente de una persona suicida[32].

## MODELO DE MULTIACTITUD DE LA TENDENCIA SUICIDA.

La mayoría de los modelos propuestos son esencialmente variaciones de la diátesis del paradigma estrés-desesperanza [65]. Sin embargo, aunque estos modelos incorporan algunas contribuciones a la teoría del suicidio, no explican de manera satisfactoria el intento suicida llevado a cabo por personas que no están clínicamente deprimidas. Por esta razón parecer ser necesario desarrollar un modelo del proceso causal que lleva al suicidio, esta teoría debe de ser compatible con el funcionamiento depresivo y el no depresivo, y no debe descansar en la asunción de psicopatología crónica[5]. A sí mismo a pesar de conocer los numerosos factores que intervienen en la conducta suicida, ningún factor por sí solo puede proveer una explicación única para esta conducta[50]. Existen pruebas que confirman una hipótesis de que la conducta suicida puede ser descrita multidimensionalmente de acuerdo a actitudes positivas y negativas relacionadas con la vida y la muerte.

Gothelf y cols (1998) realizaron un estudio para investigar la relación entre concepto de muerte y conducta suicida en adolescentes, encontrando que los adolescentes suicidas percibían la muerte como más placentera que los no suicidas, y que esta percepción no estaba relacionada con su estado afectivo al momento de la entrevista[26]. Orbach y cols (2001) realizaron un estudio para examinar la liga entre percepción del dolor y la conducta suicida bajo la premisa de que la analgesia al dolor puede estar relacionada con una imagen corporal negativa y sentimientos negativos acerca del cuerpo, para ello utilizaron un grupo de pacientes suicidas, un grupo de pacientes accidentados y un grupo control, encontrando que el grupo suicida percibía menos el dolor, pero tenía la menor resistencia psicológica y el menor grado de sentimientos positivos acerca de su cuerpo, lo que se interpretó como el reflejo de 2 diferentes actitudes acerca de la vida bajo circunstancias estresantes: una tendencia a destruir la vida en los sujetos suicidas, utilizando como defensas la desvinculación o indiferencia, versus una tendencia a preservar la vida en las víctimas de accidentes, utilizando como defensa la evitación al estrés[55]. Linenhan y cols utilizando el inventario de razones para vivir, encontraron que una de las razones que distingue a los individuos no suicidas de los suicidas es el temor al suicidio[38].

El temor es una emoción natural, pero las personas nacen con solo dos temores inherentes: caerse de lugares elevados y temor a ruidos fuertes, estos son temores dados para preservar la vida, sin embargo a lo largo de la vida hay muchos temores adquiridos, y se sabe que muchas personas basan sus decisiones en tales temores, incluyendo el temor al dolor y a la muerte[34].

El modelo que da pie a este estudio esta basado en la premisa de que la conducta suicida involucra un conflicto básico entre actitudes acerca de la vida y la muerte. Actitud es un contexto que se refiere a una red de ideas, percepciones, creencias y motivos que juntos crean un estado mental único con respecto a la vida y a la muerte. Se asume que a través de la vida el

balance entre estas actitudes es un flujo constante, y que existen cuatro tipos de actitudes conflictivas que involucran repulsión y atracción acerca de la vida y acerca de la muerte. Las cuatro actitudes pueden ser descritas concisamente de la siguiente manera:

1. La atracción a la vida esta influenciada por los sentimientos individuales de relación interpersonal, relaciones amorosas, satisfacción de necesidades y autoestima; esta también determinada por ventajas propias, fuerza del ego y maneras de enfrentar y adaptarse, y eso previene la autodestrucción.

2. Los sentimientos de repulsión a la vida reflejan el dolor y sufrimiento de las experiencias individuales: confrontación con problemas no resueltos, la muerte de quien amamos, divorcio de los padres, abuso físico y emocional, rechazo, recibir mensajes destructivos, aislamiento, desorganización familiar, internalización de auto-destrucción, o identificación con un familiar deprimido y suicida. En general esta repulsión puede ser vista como una fuerza motivacional del individuo hacia la auto-destrucción.

3. La atracción hacia la muerte incorpora la creencia de que la muerte es un modo de existencia física y emocional que es superior o preferente a la vida. Esta actitud incluye creencias de que la muerte es deseable y satisfactoria, o e que es un estado reversible, sereno, pacífico y de descanso. Los adolescentes frecuentemente le dan una visión romántica a la muerte y la ven como un estado de unión mística con una entidad universal que da proyección y fuerza. Tales fantasías facilitan la conducta suicida incrementando la atracción hacia la muerte y convirtiéndose en una fuerza motivacional de auto-destrucción.

4. La repulsión hacia la muerte puede darse aún en personas con fuertes tendencias hacia la autodestrucción, se percibe con temor a la muerte, como un cese irreversible y la aniquilación de la vida, pero esto también coloreado por el mundo interior del individuo.. Este sentimiento extremo de culpa puede ser expresado como la espera de un cruel castigo después de la muerte. Esta es una fuerza que impide la auto-destrucción.

La repulsión por la vida refleja experiencias de dolor y estrés, mientras que la atracción por la muerte representa convicciones religiosas o la percepción de que la muerte es un sentido superior. En forma similar ,la atracción por la vida y la repulsión por la muerte difieren una de otra. La atracción por la vida deriva del grado de satisfacción personal y sensación de bienestar, mientras la repulsión por la muerte refleja varios temores a la muerte arraigados en la persona.

A partir de este modelo se elaboró una escala que, de acuerdo a Orbach durante su validación fue capaz de diferenciar el grupo suicida del no suicida, el grupo de ideación suicida del grupo con intento suicida, y los pacientes suicidas hospitalizados y de manejo externo. Las pruebas de este estudio proveen apoyo para la validez del la escala en adolescentes suicidas y para el modelo en el cual fue basada la escala.

El análisis estadístico mostró que los tres grupos de investigación exhibieron diferentes perfiles de actitudes acerca de la vida y la muerte. El grupo suicida mostró poca atracción por la vida, alta repulsión por la vida y alta atracción por la muerte y menos repulsión por la muerte (relativo a los otros), el grupo de sujetos normales mostró el perfil opuesto y el grupo

psiquiátrico mostró un perfil intermedio entre los grupos anteriores con baja atracción a la vida y baja atracción a la muerte. La atracción a la muerte representa una forma de resolución de problemas y una mejor vida, y la repulsión por la muerte refleja una indiferencia a la auto-actualización en el futuro.

Los individuos suicidas pueden experimentar las mismas presiones, confrontar el mismo estrés y sufrir las mismas angustias como personas con otros diagnósticos psiquiátricos, pero difieren en la predisposición a desarrollar un estado mental que ve a la muerte como una forma de resolución de problemas y satisfacción[53,56].

## **JUSTIFICACION:**

La importancia de realizar este estudio radica en que la frecuencia de suicidio y conductas suicidas entre adolescentes se incrementa día con día. La construcción de métodos para diagnosticar las tendencias suicidas es el primer paso para enfrentar este problema, sin embargo la mayoría de las mediciones existentes presentan problemas metodológicos tales como validación insuficiente, estar basadas en juicios subjetivos, hacer uso de indicadores indirectos de suicidio o ser procedimientos largos y complejos que aunados a las propias características de esta población resultan inadecuados.

## **OBJETIVOS:**

- Determinar la consistencia interna.
- Determinar la validez convergente.
- Determinar la validez de construcción.

## **MATERIAL Y METODOS:**

### **Diseño del Estudio.**

Se realizó un estudio de proceso, prolectivo y transversal.

## **Sujetos.**

El estudio se realizó con un grupo de pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” con diferentes trastornos psiquiátricos, incluyendo intento suicida, que se encontraban en las áreas de hospitalización y/o que acudieron a la consulta externa, así mismo se incluyó un grupo de sujetos sin patología aparente tomados de dos escuelas secundarias y dos escuelas preparatorias.

## **GRUPO DE PACIENTES.**

### **Criterios de Selección.**

#### 1.- Criterios de inclusión:

Se incluyeron adolescentes de cualquier sexo, con edades entre once y diecisiete años, con intento suicida y sin intento suicida que aceptaron participar en el estudio.

#### 2.- Criterios de exclusión:

Se excluyeron los sujetos que presentaban un estado mental que no permitió la entrevista al dificultar la comprensión de las preguntas que se realizaron.

## **GRUPO COMPARATIVO.**

### **Criterios de Selección.**

#### 1.-Criterios de inclusión:

Se incluyeron adolescentes hombres y mujeres, con edades entre once y veinte años, sin patología aparente, que aceptaron participar en el estudio.

#### 2.-Criterios de exclusión:

Se excluyeron los sujetos que no llenaron completamente las preguntas de cada Instrumento y a aquellos que se detectaron con conducta suicida.

## **Instrumentos.**

Los instrumentos que se utilizaron son los siguientes:

(1) Escala de Multiactitud de la Tendencia Suicida (MAST), se trata de un autoreporte de 30 reactivos, diseñada por Orbach, que explora cuatro tipos de actitudes: atracción y repulsión por la vida y la muerte, se realizó su validación en población Israelí en 1991 por el mismo Orbach encontrando diferentes perfiles de actitud en diferentes grupos (suicidas, pacientes psiquiátricos y sujetos normales), se realizó su validación en población estadounidense por Osman y cols en el 2000 con resultados similares[53,56].

(2) Escala de Depresión de Birlson, la cual fue diseñada para cuantificar la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes, se trata de una escala autoaplicable tipo Lickert, que consta de 18 reactivos que puntúan de 0 a 2, siendo la máxima calificación treinta y seis, fue traducida y validada al español por la división de investigación clínica del Instituto Nacional de Psiquiatría.

### **Procedimiento.**

Se realizó la traducción de la escala, y posteriormente se realizó otra traducción del inglés al español por un traductor independiente y finalmente esta versión fue traducida nuevamente al inglés por otro traductor independiente, discutiéndose y corrigiéndose las discrepancias surgidas durante el proceso de traducción.

Se reclutó la muestra de pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" que se presentaron a consulta externa o se encontraban hospitalizados, estos se dividieron en dos grupos: uno con intento o ideación suicida y otro con trastornos psiquiátricos que no involucre suicidio. Y se realizó un grupo control tomado de dos escuelas secundarias y dos preparatorias, a todos los sujetos se les solicitó su autorización escrita para participar en el estudio, y a continuación se les entrevistó y les fueron aplicados los instrumentos en una sola sesión frente al entrevistador quien revisó cada escala para confirmar el llenado correcto. Para la aplicación se esperó un período de por lo menos 72 horas a partir de su ingreso en aquellos que se encontraban hospitalizados.

### **Análisis de datos.**

La construcción interna se determinó con el alfa de Cronbach, se determinó el coeficiente de correlación intraclase de las dos aplicaciones, se determinó la correlación de la Escala con las evaluaciones de los constructos relacionados y se realizó un análisis factorial para la validez de construcción.

## **RESULTADOS.**

### **Demográficos:**

Se obtuvo una muestra total de 373 pacientes; de los cuales 265 (71%) pertenecen al Grupo Control; 65 (17.5%) al Grupo de Pacientes Suicidas y 43 (11.5%) al Grupo de Pacientes Psiquiátricos. El Grupo Control estuvo constituido por 145 (54.7%) hombres, y 120 (45.3%) mujeres; el rango de edad para este Grupo fue de 11 a 20 años, con un promedio de edad de 14.3 años; su escolaridad fue de 0.4% en algún grado de primaria, 72.6% en algún grado de secundaria y 27% en algún grado de preparatoria; en cuanto a ocupación, el 100% fueron estudiantes; el 70% pertenecía a una familia integrada y el 30% a una familia

desintegrada. El Grupo de Pacientes Psiquiátricos estuvo constituido por 23 ( 53.5%) hombres y 20 (46.5%) mujeres; el rango de edad para este Grupo fue de 11 a 17 años, con un promedio de edad de 14.7 años; su escolaridad fue de 13.9% en algún grado de primaria, 51.2% en algún grado de secundaria, y 34.9% en algún grado de preparatoria; en cuanto a su ocupación, el 69.7% fueron estudiantes, el 4.7% empleados, el 4.7% estudia y trabaja, el 2.3% se dedica al hogar y el 18.6% no tiene ocupación actual; el 64.7% pertenecía a una familia integrada y el 35.3% a una familia desintegrada. El Grupo de Pacientes Suicidas estuvo constituido por 9 ( 13.8% ) hombres, y 56 (86.1% ) mujeres; su rango de edad fue de 12 a 17 años, con un promedio de edad de 15.0 años; en cuanto a escolaridad, fue de 13.8% en algún grado de primaria, 69.2% en algún grado de secundaria y 16.9% en algún grado de preparatoria; con respecto a su ocupación, el 81.5% fueron estudiantes, el 7.6% empleados, el 1.5% se dedica al hogar y 9.2% sin ocupación actual; el 43.1% pertenecieron a una familia integrada y el 56.9% a una familia desintegrada. Los resultados se describen en las Tablas 1 y 2.

	Controles N= 265 (71%)	Pacientes Psiquiátricos N= 43 (11.5%)	Pacientes Suicidas N= 65 (17.5%)
Hombres	145 ( 54.7% )	23 ( 53.5% )	9 ( 13.8% )
Mujeres	120 ( 45.3% )	20 ( 46.5% )	56 ( 86.1% )
Edad (años)			
Rango	11-20	11-17	12-17
Promedio	14.3	14.7	15.0

**TABLA 1.-** Distribución de género y edad promedio.

	Controles (n = 265)	Pacientes Psiquiátricos (n = 43)	Pacientes Suicidas (n = 65)
Escolaridad (actual)			
Primaria	0.4%	13.9%	13.8%
Secundaria	72.6%	51.2%	69.2%
Preparatoria	27.0%	34.9%	16.9%
Ocupación			
Estudiante	100%	69.7%	81.5%
Empleado	0	4.7%	7.6%
Estudia y trabaja	0	4.7%	0
Hogar	0	2.3%	1.5%
Ninguna	0	18.6%	9.2%
Desintegración familiar			
Familia integrada	70%	64.7%	43.1%
Ruptura familiar	30%	35.3%	56.9%

**TABLA 2.-** Porcentajes de Escolaridad, Ocupación y Desintegración familiar.

### Diagnósticos de acuerdo a la unidad ó servicio de consulta externa.

El Grupo de Pacientes Psiquiátricos contaban con diagnóstico clínico de acuerdo a la CIE-10. 25 de estos pacientes contaban con un solo diagnóstico, 15 contaban con dos diagnósticos, y 3 tenían un tercer diagnóstico. De estos los de mayor frecuencia fueron los siguientes: Trastorno mixto ansioso depresivo 7 (11.9%), trastorno por déficit de atención con hiperactividad 7 (11.9%), trastorno depresivo moderado 7 (11.9%), trastorno antisocial de la personalidad 5 (8.6%), trastorno depresivo recurrente episodio actual moderado 4 (6.7%), distimia 4 (6.7%), dependencia a cocaína 3 (5%), trastorno de ansiedad generalizada 2 (3.4%), y trastorno psicótico no especificado 2 (3.4%). En la tabla 3 se detallan todos los diagnósticos.

DIAGNÓSTICOS	n = ( % )
Ts. Mixto Ansioso Depresivo	7 (11.9)
Ts. Por Déficit de Atención c/Hiperactividad	7 ( 11.9)
Ts. Depresivo Moderado	7 ( 11.9)
Ts. Antisocial de la Personalidad	5 ( 8.6)
Ts. Dep. Rec./Episodio Moderado	4 ( 6.7)
Distimia	4 ( 6.7)
Dependencia a Cocaína	3 ( 5.0)
Ts. de Ansiedad Generalizada	2 ( 3.4)
Ts. Psicótico no Especificado	2 ( 3.4)
TMC Sec. a Disfunción Cerebral	1 ( 1.7)
Dependencia a Cannabis	1 ( 1.7)
Ts. del Edo. de Animo Sec. a Inhalantes	1 ( 1.7)
Ts. Psicótico Breve	1 ( 1.7)
Ts. Bipolar/Episodio Hipomaniaco	1 ( 1.7)
Ts. Depresivo Leve	1 ( 1.7)
Rx. Adaptativa con Síntomas Depresivos	1 ( 1.7)
Rx. Adaptativa con Síntomas Conductuales	1 ( 1.7)
Ts. Límite de la Personalidad	1 ( 1.7)
Ts. Psicótico Inducido por Alcohol	1 ( 1.7)
Ts. Dep. Rec./Episodio Leve	1 ( 1.7)
Ts. Dep. Rec./Episodio Grave	1 ( 1.7)
Anorexia	1 ( 1.7)
Ts. Oposicionista y Desafiante	1 ( 1.7)
Ts. de Conducta Disocial	1 ( 1.7)
Ts. No Especificado Sec. a Cannabis	1 ( 1.7)
Epilepsia Generalizada	1 ( 1.7)
Crisis Parciales	1 ( 1.7)

**TABLA 3.-** Diagnósticos del Grupo de Pacientes Psiquiátricos

### Consistencia interna:

Las cuatro Actitudes propuestas por la Escala son: Atracción a la Vida (AV); Repulsión a la Vida (RV); Atracción a la Muerte (AM) y Repulsión a la Muerte (RM). La Actitud AV incluye 7 reactivos (ej. Yo disfruto muchas cosas de la vida); la Actitud RV

incluye 7 reactivos (ej. Siento que no soy muy importante para mi familia); la Actitud AM incluye 7 reactivos (ej. Creo que la muerte puede traer un gran alivio al sufrimiento); y la Actitud RM consta de 9 reactivos (ej. El pensamiento de que un día voy a morir me asusta). Se calculó la Consistencia Interna de las cuatro Actitudes de acuerdo a la población completa, Grupo de pacientes Suicidas y Grupo de Pacientes Psiquiátricos más Controles, obteniendo para la población completa una correlación muy buena para todas las Actitudes; para el grupo suicida una correlación muy buena para las Actitudes AV, RV y RM, y una correlación moderada con la Actitud AM; obteniendo finalmente para el Grupo de psiquiátricos y Controles una correlación muy buena para las 4 Actitudes. Los valores de alfa de Cronbach para cada Grupo se presentan en las tablas 4, 5 y 6.

R	ATRACCION A LA VIDA	ALFA
28. 25. 18. 1. 5. 13. 6.	Yo disfruto muchas cosas de la vida. Estoy muy esperanzado Quiero hacer muchas cosas. La mayor parte del tiempo me siento feliz. Aunque las cosas puedan ser difíciles a veces, yo pienso que vale la pena vivir. Puedo verme a mi mismo como un ser muy exitoso en el futuro. Siento que la gente cercana a mi me hace sentir bien.	.90
	REPULSION A LA VIDA	
14 21 15. 30. 9. 16. 2.	Siento que no soy muy importante para mi familia. No me gusta dedicarle tiempo a mi familia. A veces siento que mi familia estaria mejor sin mi. Nadie me ama realmente. Yo no pido ayuda aún cuando las cosas son muy difíciles para mi. A veces siento que mis problemas no pueden ser resueltos. La vida parece ser una larga y difícil lucha.	.70
	ATRACCION A LA MUERTE	
23. 26. 27. 22. 8. 19. 17.	Creo que la muerte puede traer un gran alivio al sufrimiento. Hay algunas situaciones en que es mejor morir que seguir viviendo. La muerte puede ser un estado de descanso y calma. Muchos problemas pueden resolverse únicamente con la muerte. Conozco gente que a muerto y creo que me encontraré con ellos cuando yo muera. La muerte significa la vida eterna. La muerte puede cambiar las cosas para bien.	.72
	REPULSION A LA MUERTE	
20. 3. 12. 29. 24. 7. 10. 4. 11.	El pensamiento de que un día voy a morir me asusta. Me da miedo la idea de que no hay regreso de la muerte. Temo a la muerte por que eso significa que no voy a experimentar o pensar nunca más. La muerte me asusta más que cualquier cosa. Temo a la muerte por que todos mis planes se terminarian. Temo a la muerte por que mi identidad desaparecerá. Pensar acerca de la muerte me da escalofríos. Temo a la muerte por que toda la actividad mental y espiritual se detiene. Temo a la muerte por que mi cuerpo se pudrirá.	.85

**TABLA 4.-** Población completa; valores de alfa  
R= Número de reactivo de la Escala

R	ATRACCION A LA VIDA	ALFA
28. 25. 18. 1. 5. 13. 6.	Yo disfruto muchas cosas de la vida. Estoy muy esperanzado Quiero hacer muchas cosas. La mayor parte del tiempo me siento feliz. Aunque las cosas puedan ser difíciles a veces, yo pienso que vale la pena vivir. Puedo verme a mi mismo como un ser muy exitoso en el futuro. Siento que la gente cercana a mí me hace sentir bien.	.81
	REPULSION A LA VIDA	
14 21 15. 30. 9. 16. 2.	Siento que no soy muy importante para mi familia. No me gusta dedicarle tiempo a mi familia. A veces siento que mi familia estaría mejor sin mí. Nadie me ama realmente. Yo no pido ayuda aún cuando las cosas son muy difíciles para mí. A veces siento que mis problemas no pueden ser resueltos. La vida parece ser una larga y difícil lucha.	.80
	ATRACCION A LA MUERTE	
23. 26. 27. 22. 8. 19. 17.	Creo que la muerte puede traer un gran alivio al sufrimiento. Hay algunas situaciones en que es mejor morir que seguir viviendo. La muerte puede ser un estado de descanso y calma. Muchos problemas pueden resolverse únicamente con la muerte. Conozco gente que a muerto y creo que me encontraré con ellos cuando yo muera. La muerte significa la vida eterna. La muerte puede cambiar las cosas para bien.	.67
	REPULSION A LA MUERTE	
20. 3. 12. 29. 24. 7. 10. 4. 11.	El pensamiento de que un día voy a morir me asusta. Me da miedo la idea de que no hay regreso de la muerte. Temo a la muerte por que eso significa que no voy a experimentar o pensar nunca más. La muerte me asusta más que cualquier cosa. Temo a la muerte por que todos mis planes se terminarían. Temo a la muerte por que mi identidad desaparecerá. Pensar acerca de la muerte me da escalofríos. Temo a la muerte por que toda la actividad mental y espiritual se detiene. Temo a la muerte por que mi cuerpo se pudrirá.	.84

**TABLA 5.-** Pacientes suicidas; valores de alfa  
R= Número de reactivo de la Escala

R	ATRACCION A LA VIDA	ALFA
28.	Yo disfruto muchas cosas de la vida.	.82
25.	Estoy muy esperanzado	
18.	Quiero hacer muchas cosas.	
1.	La mayor parte del tiempo me siento feliz.	
5.	Aunque las cosas puedan ser difíciles a veces, yo pienso que vale la pena vivir.	
13.	Puedo verme a mi mismo como un ser muy exitoso en el futuro.	
6.	Siento que la gente cercana a mi me hace sentir bien.	
	REPULSION A LA VIDA	
14	Siento que no soy muy importante para mi familia.	.70
21	No me gusta dedicarle tiempo a mi familia.	
15.	A veces siento que mi familia estaria mejor sin mi.	
30.	Nadie me ama realmente.	
9.	Yo no pido ayuda aun cuando las cosas son muy difíciles para mi.	
16.	A veces siento que mis problemas no pueden ser resueltos.	
2.	La vida parece ser una larga y difícil lucha.	
	ATRACCION A LA MUERTE	
23.	Creo que la muerte puede traer un gran alivio al sufrimiento.	.74
26.	Hay algunas situaciones en que es mejor morir que seguir viviendo.	
27.	La muerte puede ser un estado de descanso y calma.	
22.	Muchos problemas pueden resolverse únicamente con la muerte.	
8.	Conozco gente que a muerto y creo que me encontraré con ellos cuando yo muera.	
19.	La muerte significa la vida eterna.	
17.	La muerte puede cambiar las cosas para bien.	
	REPULSION A LA MUERTE	
20.	El pensamiento de que un día voy a morir me asusta.	.87
3.	Me da miedo la idea de que no hay regreso de la muerte.	
12.	Temo a la muerte por que eso significa que no voy a experimentar o pensar nunca más.	
29.	La muerte me asusta más que cualquier cosa.	
24.	Temo a la muerte por que todos mis planes se terminarian.	
7.	Temo a la muerte por que mi identidad desaparecerá.	
10.	Pensar acerca de la muerte me da escalofrios.	
4.	Temo a la muerte por que toda la actividad mental y espiritual se detiene.	
11.	Temo a la muerte por que mi cuerpo se pudrirá.	

**TABLA 6.-** Pacientes psiquiátricos y controles.

R= Número de reactivo de la Escala

### **Análisis factorial.**

Este análisis produjo 6 factores. El factor 1 explica la mayor parte de los reactivos, con un total de 14 reactivos que corresponden al 46.6% de éstos; el factor 2 explica un total de 9 reactivos que corresponden al 30%; los factores 3, 4 y 5 explican un total de 2 reactivos cada uno, lo que corresponde al 6.7% de los reactivos para cada factor, y el factor 6 explica un solo reactivo que corresponde al 3.3%.

En la Actitud Atracción a la Vida todos los reactivos mostraron una correlación negativa excepto el reactivo 18, la mayoría de estos reactivos se agruparon en el factor uno, excepto los reactivos 18 y 25, que se agruparon en los factores 3 y 6 respectivamente, ambos con una correlación pobre.

En la Actitud de Repulsión a la Vida todos los reactivos muestran una correlación positiva, la mayoría se agrupó en el factor uno excepto los reactivos 9 y 2 que se agruparon en el factor 5; todos los reactivos mostraron una buena correlación excepto el reactivo 21 que mostró una correlación pobre.

En la Actitud de atracción a la Muerte la mayoría de los reactivos muestran una correlación positiva, excepto los reactivos 8 y 19; la mayoría de éstos se agruparon en el factor 1, excepto el reactivo 27 que se agrupó en el factor 3, y los reactivos 8 y 19 que se agruparon en el factor 4; todos los reactivos mostraron una buena correlación, a excepción del reactivo 8 que mostró una correlación pobre.

En la Actitud de Repulsión a la Muerte, todos los reactivos mostraron una correlación positiva, y todos se agruparon en el factor 2, mostrando así una adecuada Validez de Constructo. Los valores del alfa de Cronbach para cada reactivo se presentan en la tabla 7.

No.	REACTIVOS	F1	F2	F3	F4	F5	F6
ATRACCION A LA VIDA							
28.	Yo disfruto muchas cosas de la vida.	-.56					
25.	Estoy muy esperanzado						-.42
18.	Quiero hacer muchas cosas.			.47			
1.	La mayor parte del tiempo me siento feliz.	-.58					
5.	Aunque las cosas puedan ser difíciles a veces, yo pienso que vale la pena vivir.	-.57					
13.	Puedo verme a mi mismo como un ser muy exitoso en el futuro.	-.42					
6.	Siento que la gente cercana a mi me hace sentir bien.	-.53					
REPULSION A LA VIDA							
14.	Siento que no soy muy importante para mi familia.	.56					
21.	No me gusta dedicarle tiempo a mi familia.	.45					
15.	A veces siento que mi familia estaria mejor sin mi.	.74					
30.	Nadie me ama realmente.	.62					
9.	Yo no pido ayuda aún cuando las cosas son muy difíciles para mi.					.56	
16.	A veces siento que mis problemas no pueden ser resueltos.	.56					
2.	La vida parece ser una larga y difícil lucha.					.52	
ATRACCION A LA MUERTE							
23.	Creo que la muerte puede traer un gran alivio al sufrimiento.	.54					
26.	Hay algunas situaciones en que es mejor morir que seguir viviendo.	.70					
27.	La muerte puede ser un estado de descanso y calma.			.54			
22.	Muchos problemas pueden resolverse únicamente con la muerte.	.70					
8.	Conozco gente que a muerto y creo que me encontraré con ellos cuando yo muera.				-.48		
19.	La muerte significa la vida eterna.				-.51		
17.	La muerte puede cambiar las cosas para bien.	.56					
REPULSION A LA MUERTE							
20.	El pensamiento de que un día voy a morir me asusta.		.74				
3.	Me da miedo la idea de que no hay regreso de la muerte.		.68				
12.	Temo a la muerte por que eso significa que no voy a experimentar o pensar nunca más.		.75				
29.	La muerte me asusta más que cualquier cosa.		.76				
24.	Temo a la muerte por que todos mis planes se terminarian.		.64				
7.	Temo a la muerte por que mi identidad desaparecerá.		.77				
10.	Pensar acerca de la muerte me da escalofríos.		.77				
4.	Temo a la muerte por que toda la actividad mental y espiritual se detiene.		.77				
11.	Temo a la muerte por que mi cuerpo se pudrirá.		.69				

**TABLA 7.-** Análisis factorial de la MAST

N= Número de reactivo de la Escala; F1= Factor 1; F2= Factor 2; F3= Factor 3; F4= Factor 4; F5= Factor 5; y F6= Factor 6.

## Comparación de Grupos.

En el Análisis de las diferencias entre los Grupos de estudio (Población Total, Pacientes Psiquiátricos y Controles) para las Actitudes de la Escala MAST, los valores máximos, mínimos y la mediana para cada Actitud se describen en la tabla 8. Para la Escala de Birleson los valores máximos, mínimos y la mediana se describen en la tabla 9.

	Población Total ( n = 373 )	Pacientes Psiquiátricos ( n = 43 )	Controles ( n = 265 )
<b>Atracción a la Vida</b>			
Valor Mínimo	0	0	0
Mediana	3	3	3
Valor Máximo	28	22	24
<b>Repulsión a la Vida</b>			
Valor Mínimo	0	5	0
Mediana	18	16	19
Valor Máximo	28	24	28
<b>Atracción a la Muerte</b>			
Valor Mínimo	0	0	2
Mediana	15	14	15
Valor Máximo	28	28	21
<b>Repulsión a la Muerte</b>			
Valor Mínimo	0	1	0
Mediana	23	22	24
Valor Máximo	36	36	36

**TABLA 8.-** Tendencias Suicidas: Mediana, Valor Mínimo y Valor Máximo en los Tres Grupos.

	Población Total ( n = 373 )	Pacientes Psiquiátricos ( n = 43 )	Controles ( n = 265 )
<b>Birleson</b>			
Valor Mínimo	4	7	4
Mediana	11	13	11
Valor Máximo	24	22	24

**TABLA 9.-** Depresión: Mediana, Valor Mínimo y Valor Máximo en los tres Grupos

Al examinar las 4 Actitudes de acuerdo al sexo, encontramos que para Atracción a la Vida, Atracción a la Muerte y Repulsión a la Muerte no hay diferencias significativas, pero para Repulsión a la Vida los hombres tienen una puntuación más elevada que es estadísticamente significativa. En la tabla 10 se muestran los valores del promedio, desviación estándar, T de Student, grados de libertad y p.

ACTITUD	SEXO	N	PROMEDIO	DE	T	GL	p
ATRACCION A LA VIDA	F	139	4.08	3.9	-0.01	287.4	0.98
	M	168	4.09	3.7	-0.02	305.0	
REPULSION A LA VIDA	F	139	17.2	6.3	-1.9	264.7	0.04 *
	M	168	18.5	5.1	-1.9	305.0	
ATRACCION A LA MUERTE	F	139	14.6	6.5	-1.1	276.4	0.23
	M	168	15.4	5.6	-1.1	305.0	
REPULSION A LA MUERTE	F	139	21.3	11.2	-1.6	273.5	0.09
	M	168	23.3	9.6	-1.6	305.0	

**TABLA 10.-** Comparación de Actitudes por Sexo; N= muestra, DE= Desviación Estándar, GL= Grados de Libertad, \*p < 0.05

### Validez Discriminativa.

La Validez Discriminativa fue evaluada a través de la comparación de las 4 Actitudes para cada uno de los 3 Grupos. Para Atracción a la Vida el grupo Suicida mostró la puntuación más elevada; para Repulsión a la Vida el Grupo Control obtuvo la puntuación más elevada, para Atracción a la Muerte el Grupo de Pacientes psiquiátricos puntuó más elevado, seguido por el Grupo de Pacientes Suicidas; y para repulsión a la Muerte, el Grupo Control obtuvo la puntuación más elevada. En la tabla 11 se encuentran los promedios y desviaciones estándar para cada Actitud por cada uno de los Grupos.

El análisis de varianza con la prueba de Wilcoxon reveló que los tres grupos difieren significativamente en su comportamiento de acuerdo a las Actitudes, aunque no en la dirección esperada. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para Atracción a la Vida y repulsión a la Vida, pero no en atracción a la Muerte y Repulsión a la Muerte. La tabla 12 muestra la Chi Cuadrada, grado de libertad y p de cada actitud.

GRUPO (n)	ATRACCION A LA VIDA		REPULSION A LA VIDA		ATRACCION A LA MUERTE		REPULSION A LA MUERTE	
	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE
Controles (265)	3.8	3.4	18.3	5.7	12.5	5.8	22.7	10.1
P. Psiquiátricos (43)	5.7	5.5	15.3	5.4	14.0	7.3	20.7	11.7
P. Suicidas (65)	6.6	5.9	14.7	7.2	13.7	7.4	20.5	10.9

**TABLA 11.-** Comparación de Actitudes por Grupos, Promedios y Desviación Estándar (DE).

	Chi Cuadrada	GL	p
ATRACCION A LA VIDA	13.8	2	.001*
REPULSION A LA VIDA	22.0	2	.0001*
ATRACCION A LA MUERTE	3.2	2	0.20
REPULSION A LA MUERTE	2.4	2	0.29

**TABLA 12.-** Análisis de varianza con prueba de Wilcoxon; GL= Grados de Libertad  
\*p<0.1

### **Correlación entre las Actitudes de la MAST y la Escala de Birleson**

Para examinar la interrelación entre las 4 Actitudes y la Escala de Birleson se realizó una correlación de Pearson. La tabla 13 presenta dichas correlaciones donde se ve que Atracción a la Vida muestra una correlación positiva estadísticamente significativa, mientras que Repulsión a la Vida y Atracción a la Muerte muestran una correlación inversa estadísticamente significativa, y Repulsión a la muerte no se correlaciona con la Escala de Birleson.

	ATRACCION A LA VIDA	REPULSION A LA VIDA	ATRACCION A LA MUERTE	REPULSION A LA MUERTE
BIRLESON	0.48	-0.46	-0.35	-0.14
p	0.0001	0.0001	0.0001	0.0052

**TABLA 13.-** Coeficientes de Correlación de Pearson entre las Actitudes y la Escala de Depresión.

## DISCUSION:

Nuestros resultados muestran que la Población de Pacientes Suicidas es en su gran mayoría compuesta por mujeres, encontrando una tasa incluso más elevada que la referida por Shaffer y cols (2001) y Cotobal (2002). Esto puede deberse a que esta muestra se tomó de una Población Hospitalaria que tiene siempre una concentración mayor de mujeres.

También encontramos que la edad promedio del Grupo Suicida fue de 15 años, corrobora parcialmente lo descrito en la literatura por Marsellach quien refiere que la tasa de prevalencia para el grupo de 15 a 19 años es del 31.7%, mientras que la mayor prevalencia (65.1%) es para el grupo de 20 a 24 años, sin embargo debe tomarse en cuenta que por los criterios de exclusión para este grupo en particular no se aceptaron pacientes mayores de 18 años.

Encontramos que el 56.9% del Grupo Suicida proviene de familias desintegradas, contrastando con el 30 y 35.3% de los controles y Pacientes psiquiátricos, esto corrobora lo encontrado en la literatura acerca de que la Disfunción Familiar es un predisponente importante para las Conductas Suicidas.

Las puntuaciones obtenidas para la Consistencia Interna en el presente estudio se encuentran dentro del rango de 0.67 a 0.87, sin encontrar diferencias significativas entre los grupos, siendo similares a las obtenidas en otros estudios (ej. Orbach y cols. 1991 y Osman y cols. 2000).

El resultado del Análisis Factorial conduce a un Factor de Estructura distinto a lo encontrado por otros autores; nosotros esperaríamos que las Actitudes se agruparan en forma más consistente, además en algunos casos la correlación con los factores es de pobre a moderada, siendo la única Correlación consistente y con adecuada Validez de Constructo para la Actitud de Repulsión a la Muerte. Similar a lo encontrado por Osman y cols (2000) los reactivos 8 y 19 muestran una correlación pobre, y en este caso inversa que difiere del resto de los reactivos de la Actitud de Atracción a la Muerte, sugiriendo que estos parecen encaminarse a aspectos culturales más que a la percepción de la Muerte como una forma de vida; esto pudiera deberse a que parecen pertenecer a un grupo de creencias religiosas, que incluso podría ser protector para Conductas Suicidas.

Las mujeres mostraron una calificación promedio más baja que los hombres para la actitud de repulsión a la vida, sin embargo de acuerdo a la prevalencia por sexo del intento suicida, nosotros esperaríamos lo contrario, aunque este resultado pudiera explicar la baja prevalencia de suicidio consumado en mujeres y su contraparte con aumento en la prevalencia de suicidio consumado en varones.

Nuestros resultados sugieren que los tres grupos difieren de cada uno de los otros en su comportamiento de acuerdo a la escala; lo que quiere decir que la MAST distingue significativamente entre grupo suicida, grupo control y grupo de pacientes no suicidas, sin embargo esto no se dio en la dirección esperada dado que el grupo suicida mostró mayor atracción a la vida y el grupo control mayor repulsión a la vida y mayor repulsión a la muerte,

y finalmente el grupo de pacientes no suicidas (psiquiátricos) mostró la puntuación más elevada para atracción a la muerte. El que los pacientes suicidas mostraran una mayor atracción a la vida puede ser debido a lo reportado por algunos autores de que tras el intento suicida hay sentimientos de alivio posteriores. Creemos que tal vez estos pacientes hagan una revaloración de las motivaciones para vivir y para morir, además que este grupo de pacientes se obtuvo de una muestra de hospitalización psiquiátrica lo cual quiere decir que tal vez el estar bajo tratamiento influye en su percepción sobre la vida y la muerte. Se puede explicar que el grupo de pacientes no suicidas (psiquiátricos) tenga una mayor atracción hacia la muerte dado que las enfermedades crónicas, especialmente si se acompañan de deterioro, constituyen un predisponente para la conducta suicida. En cuanto a que el grupo control muestre mayor repulsión a la muerte esto es lo esperado por ser una población de menor riesgo.

En cuanto a la correlación entre las puntuaciones de depresión de la escala de Birleson y las cuatro actitudes medidas por la MAST encontramos que tres son estadísticamente significativas; aunque tampoco muestran la dirección esperada, ya que a mayor depresión mayor atracción a la vida y menor repulsión a la vida y atracción a la muerte. Sin embargo esto pudiera explicarse a través de lo ya fue referido, es probable que los pacientes deprimidos al estar bajo tratamiento psiquiátrico revaloren su postura hacia la vida y la muerte y, de acuerdo a la literatura la depresión deja de ser predictiva cuando se realiza un control estadístico de la desesperanza.

Entre las limitaciones del presente estudio se encuentra que los grupos deberían ser más homogéneos en cuanto a la muestra, también hubiera sido adecuado correlacionar la MAST con otras Escalas que se relacionen con otros factores de mayor peso como son desesperanza e impulsividad, y finalmente debería haberse tomado en cuenta un cuarto grupo de Pacientes Suicidas tomados de la sala de urgencias de un hospital general, ya que estos en su mayoría no estarían bajo tratamiento psiquiátrico, siendo posible de esta manera valorar las diferencias en la percepción de la vida y la muerte entre este grupo y el de Pacientes Suicidas Hospitalizados.

A partir de estos resultados se sugiere realizar otros estudios que valoren el comportamiento de las MAST con diferentes poblaciones. Siendo posible valorar la MAST como un método para detectar población de alto riesgo.

## CONCLUSION.

Los grupos no fueron homogéneos en cuanto al tamaño de la muestra (Controles  $n=265$ , Suicidas  $n=65$  y Psiquiátricos  $n=43$ ); el grupo Suicida tampoco fue homogéneo en cuanto al sexo, al ser comparado con los otros grupos de estudio (hombres 13.8% y mujeres 86.1% vs hombres 54.7%-mujeres 45.3% y hombres 53.5 – mujeres 46.5% respectivamente); la desintegración familiar fue por mucho más frecuente en los Pacientes Suicidas(56.9%). La Consistencia Interna fue buena para las cuatro Actitudes y en todos los grupos. El Análisis Factorial mostró una correlación buena para la mayoría de los reactivos que corresponden al 83.3% ( $n=25$ ) y correlación pobre para el 16.7% de los reactivos ( $n=5$ ), la actitud de Repulsión a la muerte es la Actitud con mejor validez de Constructo. A través del Análisis de varianza de Wilcoxon, los tres grupos mostraron diferencias significativas en su comportamiento a través de la Escala. La correlación de Pearson mostró una correlación

positiva entre depresión y Atracción a la vida y una correlación negativa entre depresión, Repulsión a la vida y Repulsión a la Muerte.

### **BIBLIOGRAFIA.**

1. Aguila Tejeda Alejandro, psic. (2001). Depresión y Suicidio en Adolescentes. *Psiquiatria.com*, 2000; 4(1).
2. Apter Alan M.D., Gothelf Doron M.D., Offer Ronny Ph.D., Ratzoni Gidi M.D., Orbach Israel Ph.D., Tyano Sam M.D., and Pfeffer Cynthia R M.D. (1997). Suicidal Adolescents and Ego Defense Mechanisms. *J. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:11, 1520-1527.
3. Baechler J. (1980). AA Strategic Theory. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 10 pp. 70-99.
4. Basile Héctor S. (2002). Depresión y Suicidio Infanto Juvenil Diagnóstico Precoz y Prevención Psicosocial. *Interpsiquis*.
5. Baumeister Roy F. (1990). Suicide as Escape From Self. *Psychological Review* 97(1), pp. 90-113.
6. Beck Aaron T. M.D., Kovacs M., Weissman A. (1975). Hopelessness and Suicidal Behavior: An Overview. *Journal of the American Medical Association*, 234, pp. 1146-1149.
7. Beck Aaron T. M.D., Steer Robert A. EdD, and Brown Gary PhD. (1993) Dysfunctional Attitudes and Suicidal Ideation in Psychiatric Outpatients. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 23(1). pp. 11-21.
8. Beck Aaron T. M.D., Steer R, Ramieri W.F. (1988). Scale For Suicidal Ideation: Psychometric Properties of a Self-report Version. *Journal of Clinical Psychology* 44 pp. 499-505.
9. Birmaher Boris M.D., Ryan Neal D. M.D., Williamson Douglas E. B.A., Brent David A. M.D., Kaufman Joan Ph. D., Dahl Ronald E. M.D., Perel James Ph.D., Nelson Beverly R.N. (1996) Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 years. Part I. *J. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35:11 pp. 1427-1438.
10. Bonner Ronald L M.A., and Rich Alexander R. Ph.D. (1987). Toward a Predictive Model of Suicidal Ideation and Behavior: Some Preliminary Data in College Students. *Suicide and Life Threatening Behavior* , 17(1). pp. 51-63.
11. Breed W. (1972) Fine Components of a Basic Suicide Syndrome. *Life-Threatening Behavior* 2, pp. 3-18.
12. Brent David A. M.D. and Perper Joshua A. M.d. (1995). Research in Adolescent Suicide: Implications for Training, Service Delivery and Public Policy. *Suicide Threatening Behavior*, 25(2). pp. 222-230.
13. Clum G.A., Patsiokas A.T., Luscomb R.L. (1979). Empirically Based Comprehensive Treatment Program for Parasuicide. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47. pp. 937-945.

14. Conners C.K., Wells K. (1997). Escala del Reporte Personal de Conners-Wells. Toronto: Multi Health Systems, Inc.
15. Cotobal J., Cordovilla C., Ramirez M., Irisarri F., De Lope C, Culebro C. (2002). Urgencias por Autoagresividad en Adolescentes. *Interpsiquis* 2002.
16. Diaz-Atienza F., González Iglesias A. ((2000). Características Epidemiológicas de los Suicidios Consumados en Adolescentes y Adultos Jóvenes. Congreso Virtual de Psiquiatría 1 Feb-15 Mar.
17. Dieserud Gudrun, Cand. Psycholog., Roysame Espen PhD., Ekeberg Oivind M.D., and Kraft Pal Ph.D. (2001). Toward an Integrative Model of Suicide Attempt: A Cognitive Psychological Approach. *Suicide and Life: Threatening Behavior* 31(2). pp. 153-169.
18. Douglas J.D. (1967). *The Social Meanings of Suicide* Princeton. NJ: Princeton University Press.
19. Ellis T.E., Ratliff K.G. (1986). Cognitive Characteristics of Suicidal and Nonsuicidal Psychiatry inpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 10. pp. 625-634.
20. Esposito Christianne L. Ph.D., Clum George A. Ph.D. (2002). Psychiatric Symptoms and Their Relationship to Suicidal Ideation in a High-Risk Adolescent Community Sample. *J. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41(1) pp. 44-51.
21. Fawcett J., Schefter W., Clark D., Hedeker D., Gibbons R., Cortell W. (1987). Clinical Predictors of Suicide in Patients With Major Affective Disorder: A Controlled Prospective Study. *American Journal of Psychiatry*. 144, pp. 35-40.
22. Fremouw William Ph.D., Callahan Ty BS., and Kashden Jody M.A. (1993) Adolescent Suicidal Risk: Psychological, Problem Solving, and Environmental Factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 23(1). pp. 46-55.
23. Furman, E. (1984). Some Difficulties in Assessing Depression and Suicide in Childhood. In H.S. Sudak, A.B. Ford, & N.B. Rushforth (Eds.), *Suicide in the young*. Boston: John Wright PSG.
24. Gerber K.E., Nehemkis A.M., Farberow N.L., Williams J. (1981). Indirect Self-Destructive Behavior in Chronic Hemodialysis Patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 11. pp. 31-42.
25. Gesell A, Ilg FI (1946), *The Child from Five to Ten*. New York: Harper & Row.
26. Gothelf Doron M.D., Apter Alan M.D., Brand-Ghotelf Ayelet M.D., Offer Noa M.A., Ofek Hadas B.A., Tyano Sam M.D., and Pfeffer Cynthia R. M.D. (1998). Death Concepts in Suicidal Adolescents. *J. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 37:12. pp. 1279-1285.
27. Gould Madelyn S. Ph.D., MPH; Fisher Prudence M.S., Parides Michael Ph.D., Flory Michael Ph.D; Shaffer David M.D. (1996). Psychosocial Risk Factors of Child and Adolescent Completed Suicide. *Arch Gen Psychiatry* 53 . pp. 1155-1162.
28. Groholt Berit M.D., Ekeberg Oivind M.D., Wichstrom Lars Ph.D., Haldorsen Tor M. Sc. (2000). Young Suicide Attempters: A Comparison Between a Clinical and an Epidemiological Sample. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39(7). pp. 868-875.

29. Hendin H. (1982). *Suicide in America*. New York Norton.
30. Henken V.J. (1976). Banaly Reinvestigated: A Computer Based Content Analysis of Suicidal and Forced-Death Documents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 6. pp. 36-43.
31. Henry, A.F., & Short, J.F. (1954). *Suicide and Homicide*. New York: Free Press.
32. Jobes David A. Ph.D., Mann Rachel E. M.A. (1999) Reasons for Living versus Reasons for Dying: Examining the Internal Debate of Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 29(2) pp. 97-104.
33. Kovacs, M., & Beck, A.T. (1977). The Wish to Die and the Wish to Live in Attempted Suicides. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 361-365.
34. Kubler Ross Elizabeth. (1996) The Natural way to Prepare Children For Life (chapter 5) in *On Children And Death*, New York.
35. Kubler Ross Elizabeth (1996) Missing and Murdered Children And Childhood Suicide (chapter 7) in *On Children And Death*, New York.
36. Lester David Ph.D. (1994). A Comparison of 15 Theories of Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 24(1). pp. 80-88.
37. Leenaars A.A. (1990). Psychological Perspectives on Suicide. In D. Lester (Ed.), *Current Concepts of Suicide* (pp. 159-167). Philadelphia: Charles Press. Leggett, J.(1974). *Ross and Tom*. New York: Simon & Schuster.
38. Lineham M.M., Goodstein J.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). pp. 276-286.
39. Mardomingo Sanz Maria Jesús (2000) *Trastornos de Personalidad y Comportamiento Suicida en la Adolescencia*. Congreso Virtual de Psiquiatria.
40. Maris, R.W. (1981). *Pathways to Suicide*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
41. Marsellach Umbert Gloria (2000). *Depresión y Suicidio Infantil*. KamePG Design.
42. Mazza James J. PhD, Eggert Leona L. Phd, RN, FAAN. (2001). Activity Involvement Among Suicidal and Nonsuicidal High-Risk and Typical Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 31(3). pp. 265-281.
43. Mazza James J. PhD., Reynolds William M. PhD. (2001). An Investigation of Psychopatology in Nonreferred Suicidal and Nonsuicidal Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 31(3). pp. 282-302.
44. Mehrabian A., Weinstein L. (1985). Temperament Characteristics and Suicide Attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 53. pp. 544-546.
45. Melges F.T., Weisz A.E. (1971). The Personal Future and Suicidal Ideation. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 153. pp. 244-250.

46. Melzak, R. (1986). Neurophysiological Foundations of Pain. In R.A. Sternbach Ed.), *The Psychology of pain* (p. 1). New York: Raven Press.
47. Neuringer C. (1972) Suicide Attempt and Social Isolation on the Maps Test. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2. pp. 139-144.
48. Neuringer C., Harris R.M. (1974). The Perception of the Passage of Time Among Death-Involved Hospital Patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 4. pp. 240-254.
49. Ogilvie D.M., Stone P.J., Shneidman E.S. (1983). A Computer Analysis of Suicide Notes. *The Psychology of Suicide*. pp. 249-256. New York: Jason Aronson.
50. Orbach Israel PhD. (1994). Dissociation, Physical Pain, and Suicide: A Hypothesis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 24(1). pp. 68-79.
51. Orbach Israel PhD., Lotem-Peleg Meirav PhD., and Kedem Peri PhD. (1995). Attitudes Toward the Body in Suicidal, Depressed, and Normal Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 25(2). pp. 211-221.
52. Orbach Israel PhD., Mikulincer Mario PhD., Blumenson Rachel MD., Mester Robert MD., and Stein Daniel MD. (1999). The Subjective Experience of Problem Irresolvability and Suicidal Behavior: Dynamics and Measurement. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 29(2). pp. 150-164.
53. Orbach Israel, Milstein Ilana, Har-Even Dov, Apter Alan, Tiano Sam, and Elizur Avner. (1991). A Multi-Attitude Suicide Tendency Scale for Adolescents. *A Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 3(3). pp. 398-404.
54. Orbach Israel, Rosenheim E., Hary E. (1987). Some Aspects of Cognitive Functioning in Suicidal Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 25(2). pp. 181-185.
55. Orbach Israel PhD., Stein Daniel MD., Shani-Sela Mirit PhD., and Har-Even Dov MA. (2001). Body Attitudes and Body Experiences in Suicidal Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 31(3). pp 237-249.
56. Osman Augustine PhD., Gilpin Andrew R. PhD., Panak William F. PhD., Kopper Beverly A. PhD., Barrios Francisco X. PhD., Gutierrez Peter M. PhD., Chiros Christine E. BA. (2000). The Multi-Attitude Suicide Tendency Scale: Further Validation whit Adolescent Psychiatry Inpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 30(4). pp. 377-385.
57. Patsiokas A., Clum G., Luscomb R. (1979). Cognitive Characteristics of Suicide Attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 47. pp. 478-484.
58. Peña Francisco de la, Lara Ma. Del Carmen, Cortés José, Nicolini Humberto, Páez Francisco, Almeida Luis. (1996). Traducción al Español y Validez de la Escala de Birleson(DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia. *Salud Mental* 19. pp. 17-23.

59. Pfeffer C.R., Plutchnik R., Mizruchi M.S. (1983). Suicidal and Assaultive Behavior in Children: Classification, Measurement, and Interrelations. *American Journal of Psychiatry*. 140. pp. 154-157.
60. Prezant D.W., Neimeyer R.A. (1988). Cognitive Predictors of Depression and Suicide Ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 18(3). pp. 259-264.
61. Rich A.R., Kirkpatrick-Smith J., Bonner R.L., Jans F. (1992). Gender Differences in Psychosocial Correlates of Suicidal Ideation Among Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 22(3) pp. 364-373.
62. Rigby Ken PhD., and Slee Phillip PhD. (1999). Suicidal Ideation Among Adolescent School Children, Involvement in Bully-Victim Problems, and Perceived Social Support. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 29(2). pp. 119-130.
63. Ringel E. (1976). The Presuicidal Syndrome. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 6. pp. 131-149.
64. Rubinstein J., Heeren T., Housman D., Rubin C., Stechler G. (1989) Suicide Behavior in Normal Adolescents: Risk and Protective Factors. *American Journal of Orthopsychiatry*. 59. pp. 59-71.
65. Rudd M. David PhD. (2000). The Suicidal Mode: A Cognitive-Behavioral Model of Suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 30(1) pp. 18-33.
66. Schneider B., Phillipp M., Muller M.J. (2001). Predictores Psicopatológicos del Suicidio en Pacientes con Depresión Mayor Durante un Seguimiento de 5 Años. *Eur Psychiatry Ed. Esp*. 8: pp. 498-504.
67. Schotte D.E., Clum G. A., (1982). Suicide Ideation in a College Population: A Test of a Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 50(5). pp. 690-696.
68. Schaffer David Md., Pfeffer Cynthia R. MD. And the Work Group on Quality Issues. (2001). Summary of the Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Suicidal Behavior. *J. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 40(4). pp. 495-499.
69. Shneidman E.S. (1981). Suicide Thoughts and reflections. *Suicide and Life Threatening behavior*. 11. pp. 197-360.
70. Silverman Morton M. MD and Maris Ronald W. PhD. (1995). The Prevention of Suicidal Behaviors: An Overview. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 25(1). pp. 10-21.
71. Simon W., Lumry G.K. (1968). Suicide Among Physicians. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 147. pp. 105-112.
72. Spirito A., Stark L.J., Williams C.A., Gueuremont D.C. (1987). Common Problems and Coping Strategies Reported By Normal Adolescents and Adolescents Suicide Attempters. *Association for the Advancement of Behavior*.
73. Walsh, B.W., & Rosen, P.M. (1988). *Self Mutilation: Theory, Research, and Treatment*. New York: Guilford Press.

74. Weishaar Marjorie E.
75. Weissman, A., & Worden, S.W. (1974). Risk-taking in Suicide Assessment. In A.T. Beck, H.L.P. Resnik, & D.J. Lettieri (Eds.), *Prediction of suicide* (pp. 193-213). Bowie, MD: Charles Press.
76. Williams, J.M. and Broadnt, K. (1986). Autobiographical Memory in Suicide Attempters. *Journal of Abnormal Psychology*. 95. pp. 144-149.
77. Wilson, K.G., Stelzer, J., Bergman, J.N., Kral, M.J., Inayatullah, M., and Elliot, C.A. (1985). Problem Solving, Stress and Coping in Adolescent Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 25 pp. 241-252.
78. Yufit R.I. Benzies B. (1973). Assessing Suicidal Potential by Time Perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 3. pp. 270-282.
79. Zalsman Gil MD., Netanel Relli MD., Fishel Tsvi MD., Freudenstein Ornit MA., Landau Edwina BA., Orvaci Israel PhD., Weizman Abraham MD., Fienber Cynthia R. MD., and Apter Alan MD. (2000) *J. American Academy Child and Adolescent Psychiatry*. 39:8 pp.1024-1031.
80. Zametkin Alan J. MD., Alter Marisa R. BS., Yemini Tamar BA. (2001)

## **ANEXOS**

**1.- Escala de Multiactividad de la Tendencia Suicida. (M.A.S.T.)**

**2.- Escala de Depresión de Birleson.**

**3.- Consentimiento Informado.**