

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA

Epoca II, Volumen XXI - 4º. trimestre 2010

ψψψψψψψψψψ

84

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS BOTELLA GARCÍA DEL CID, LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYÓN COBOS, MAR GÓMEZ MASANA, URSULA OBERST, JOSÉ LUIS MARTORELL YPIENS, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMÓN ROSAL CORTÉS.

Comité Editorial: ALEJANDRO ÁVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, ISABEL CARO GABALDA, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, FRANCESCO MANCINI, MAYTE MIRO BARRACHINA, JOSÉ NAVARRO GÓNGORA, LUIGI ONNIS, IGNACIO PRECIADO, ÁLVARO QUIÑONES, SANDRA SASSAROLI, ANTONIO SEMERARI, VALERIA UGAZO.

Coordinación Editorial: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen XXI - Nº 84 - 4º. trimestre 2010

Esta revista tuvo una época 1^a, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con ventinueve números publicados, venticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluis Casado Esquius (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Autoedición: Gabinete Velasco Tel.: 934 340 550 BARCELONA

Impresión: OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: 934 302 309

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 20 euros (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA EN LOS JOVENES...	5
Francisco Sanchis Cordellat y Edelmira Domènech-Llaberia	
INTENTO DE SUICIDIO Y BÚSQUEDA DE SENSACIONES EN ADOLESCENTES	25
Jorge Raúl Palacios Delgado, Berenise Sánchez Torres y Patricia Andrade Palos	
SUICIDIO: LA MUERTE IGNORADA <i>¿Se puede prevenir el suicidio?</i>	43
Carmen Tejedor Azpeitia, Anna Díaz Pérez, Judit Farré Berrecosa y Carmen Gómez Guijarro	
REFLEXIONES EN TORNO AL SUICIDIO: desestabilizando una construcción discursiva reduccionista	57
Mª del Mar Velasco Salles y Margot Pujal i LLombart	
IDEACIÓN SUICIDA EN EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD: Reflexiones sobre el proceso terapéutico..	73
Francisco Sanchis Cordellat	
INFLUENCIA DE LOS ESTILOS PARENTALES EN ADOLESCENTES QUE HAN INTENTADO SUICIDARSE .	85
Jorge Raúl Palacios Delgado	
EL INVENTARIO DE HISTORIA DE PÉRDIDAS (IHP): PRESENTACIÓN Y UTILIDAD CLÍNICA	95
Chaurand, A., Feixas, G. y Neimeyer, R. A.	

EDITORIAL

Una de las conductas más perturbadoras en los individuos, sin lugar a dudas, es la suicida. En esta conducta convergen en el mismo periodo temporal pensamientos, sentimientos y deseos impulsivos de autoaniquilación. En estas circunstancias existe una incapacidad manifiesta para afrontar los problemas con el resultado, en ocasiones, de profundo desastre personal y social. El suicidio es un fenómeno humano universal presente en todas las épocas históricas y capas sociales, y quién lo realiza sabe con certeza cual va a ser el desenlace final. No existe conducta suicida sin ideación previa, y la ideación en muchos casos es el mejor predictor para la realización de un intento de suicidio. Para algunos autores el suicidio es un acto multicausal y con frecuencia se trata de la culminación de una secuencia adversa de acontecimientos vitales negativos.

Para acercarnos a este fenómeno en el primer artículo, escrito en colaboración, Francisco Sanchis y Edelmira Domènech-Llaberia nos aproximan a la ideación y conducta suicida en los jóvenes. Para ello analizan los factores que pueden intervenir en esta conducta, haciendo especial énfasis en los emocionales y cognitivos sin olvidar los acontecimientos vitales negativos que inciden directamente en el funcionamiento desadaptativo de los jóvenes. El análisis de los posibles desencadenantes y los factores que actúan como protectores aportan un conocimiento útil y necesario para acercarse a este fenómeno.

En el segundo artículo escrito en colaboración por Jorge R. Palacios, Berenise Sánchez y Patricia Andrade, los autores han trabajado en la dirección de describir el intento de suicidio y determinar las diferencias en la búsqueda de sensaciones entre los adolescentes que han y no han intentado suicidarse y conocer la asociación entre la búsqueda de sensaciones y la letalidad en los intentos. Sus resultados muestran que los jóvenes que han intentado quitarse la vida, presentan mayor búsqueda de sensaciones que los jóvenes que no lo han intentado.

En el tercer artículo escrito en colaboración por Carmen Tejedor, Anna Díaz, Judit Farré y Carmen Gómez, las autoras tratan el fenómeno a partir de un cuestionamiento ¿Se puede prevenir el suicidio? En su trabajo revisan la epidemiología, los factores de riesgo, de prevención, y los tratamientos actuales incidiendo en programas de educación y sensibilización para hacer frente a lo que denominan como, posiblemente, la muerte más desoladora tanto para el que la sufre como para los que le sobreviven. En sus conclusiones mantienen que es posible aumentar la supervivencia de las personas en riesgo suicida.

En el cuarto artículo y desde una mirada psicosocial, las autoras María del Mar Velasco y Margot Pujal, disertan sobre la noción convencional del suicidio

introduciendo la subjetividad como categoría analítica. Parten de la premisa que ante el acto del suicidio no hay replica posible y que la muerte en este caso es contundente. Para las autoras, se trata de remover el pensar sobre el suicidio en los espacios del saber y conectarlo a una forma de pensar viva y reflexiva que permita un abordaje diferente más allá de cualquier categorización. En sus conclusiones sitúan su interés en la búsqueda por abrir espacios que promuevan el cuidado del individuo y que el tema del suicidio, más que de la muerte, les plantea cuestiones del vivir y del morir en la vida cotidiana.

En el quinto artículo el autor Francisco Sanchis presenta un caso de ideación suicida en un trastorno de personalidad límite. En el texto y a partir de la vivencia de la terapia describe una parte de la historia y la importancia del diagnóstico, la alianza terapéutica y la adhesión al tratamiento. Estos elementos fundamentales permitieron, a pesar de las continuas interrupciones de la terapia, mantener el proceso terapéutico abierto con el objetivo de reducir la ideación y conducta suicida y ayudar a la paciente a descubrir que otro tipo de pensamiento era posible.

En el artículo que cierra este monográfico Jorge R. Palacios investiga en la línea de conocer si existen diferencias en los estilos parentales de los adolescentes que han intentado suicidarse. Uno de sus objetivos es identificar el efecto que tienen las prácticas parentales sobre el intento suicida y mostrar que existen diferencias en los estilos parentales que se pueden relacionar con el comportamiento suicida. La aportación de esta investigación es mostrar que el comportamiento parental, de estilo democrático, incide en la formación de conductas positivas en los hijos/as que les alejen de las conductas de riesgo.

Sea cual sea la idea primitiva que genera el acto, la conducta suicida sigue permaneciendo al margen de la razón y dentro del espacio de las perturbaciones donde la impulsividad y la autodestrucción se presentan como rupturas del diálogo con los otros y sobre todo con uno mismo. Quizás por ello, este monográfico tiene la modesta pretensión de aportar más conocimiento sobre un tema que nos sigue sorprendiendo y que en muchas ocasiones no podemos evitar.

Cierra la monografía un trabajo en que Chaurand, Feixas y Neimeyer presentan el Inventario de Historia de Pérdidas (IHP), destinado a evaluar sistemáticamente la forma en que las pérdidas han sido experimentadas por los sujetos y su percepción de haberse adaptado satisfactoriamente o insatisfactoriamente a cada una de ellas.

IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA EN LOS JOVENES

Francisco Sanchis Cordellat

EUEM. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona

E-mail: fransanchis@yahoo.es

Edelmira Domènec-Llaberia

Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social.

Universidad Autónoma de Barcelona

Suicide is a major cause of death among teenagers in the world. With this background, the objective of this article is to review the risk and protective factors and know the processes related to the suicidal behaviour. To properly evaluate the risk of suicide it is essential to know the causes associated and its possible prevention. Previous works support that suicidal ideation can be easily detected using simple tools and the subsequent confirmation by professionals of the cases encountered. The exploration of the factors that can protect young people, with suicidal ideation, must be a priority in public health research. The purpose that guides this article comes from the desire of working in this direction.

Keywords: suicidal ideation, suicidal behaviour, risk factors, protective factors, adolescents

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno universal que afecta a todas las culturas, capas sociales y edades así como uno de los problemas más complejos y graves en el campo de la salud mental (Domènec-Llaberia *et al.*, 2005). Al día de hoy no existe un consenso entre los diferentes profesionales para responder a la pregunta de por qué se suicidan los jóvenes. Lo que si sabemos es que los suicidios están entre las tres principales causas de muerte de adolescentes en el mundo, y los índices están aumentando más rápido en adolescentes que en cualquier grupo de edad. Se estima que en el mundo, unos 200.000 adolescentes y jóvenes adultos mueren por autolisis cada año en un contexto de 4 millones de intentos de suicidio (Greydanus, Bacopoulou y Tsalamani, 2009). En las últimas décadas se ha incrementado de manera alarmante la cifra de conductas suicidas incluyendo intentos y consumaciones.

La investigación sobre estas conductas distingue entre ideación, intento y acto y refiere que están cargados de múltiples factores que los dotan de una enorme heterogeneidad. En esta línea Rascón *et al.* (2004) definen la *ideación suicida* en referencia a la pauta de afrontar los problemas que tiene cada persona mientras que entienden el *intento* como el daño infringido con diferentes grados de intención de morir y de causarse lesiones. Anteriormente Durkheim (1897) definió el suicidio como toda muerte que resulta mediada o inmediata de un acto positivo o negativo realizado por la misma persona y más concretamente, cuando el individuo en el momento que realiza la acción sabe con certeza lo que va a resultar de él. Sobre este punto referido, para Lecrubier (2002) la existencia de ideación suicida es una importante señal de alarma y el mejor predictor para la realización de un intento de suicidio, y los intentos, en muchas ocasiones, predicen la consumación.

Son numerosos los estudios que ofrecen aproximaciones acerca de las posibles causas del suicidio, sin que se haya podido determinar la principal. La conducta suicida no es una conducta aleatoria, ya que se encuentra asociada a factores sociales, psicológicos y biológicos. Esta característica, aunque enriquece su explicación complica la predicción de esta conducta (Serrano y Flores, 2005). La exploración de los factores que pueden proteger a los jóvenes, ante el comportamiento suicida, ha de ser una prioridad en las investigaciones de salud pública y el principio que guía el presente artículo parte de la voluntad de trabajar en esa dirección.

El acto impulsivo del suicidio es una de las primeras causas de muerte en la adolescencia: en el Reino Unido y Francia, por ejemplo, es la segunda causa de mortalidad entre los 15 y 24 años (Greydanus, Bacopoulou y Tsalamani, 2009). También lo fue en el mismo grupo de edad en los Estados Unidos en el año 2000 (Anderson, 2002). En un trabajo de Beautrais (2003) se informa que en Estados Unidos ha aumentado en un 50% desde 1970 (8,8 por 100.000) a 1990 (13,2 por 100.000). En el año 2001 la Organización Mundial de la Salud (OMS) manifestaba su preocupación a todos los países del mundo, mencionando que la depresión es la principal causa de suicidio entre personas de los 15 a los 19 años de edad (Prevención del suicidio, WHO, 2001). La misma Organización Mundial de la Salud (WHO, 2006) publicó los porcentajes de suicidio en jóvenes, de diferentes países, según las cifras disponibles en cada franja de edad (ver tabla 1). En la actualidad, un estudio publicado por el Observatorio de la Salud de la Infancia y la Adolescencia del Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona (Álda *et al.*, 2009) pone de manifiesto un aumento de los trastornos mentales en niños de 10 a 14 años y que el suicidio se ha convertido en una de las tres principales causas de mortalidad en adolescentes. En el mismo informe destacan, entre otros datos, que el 20% de los menores de 14 años sufre algún tipo de trastorno mental como depresión, ansiedad, problemas de conducta o hiperactividad.

Tabla 1. Índices de suicidio para niños, adolescentes y adultos jóvenes.
(World Health Organization, 2006).
La comparación por año varía según el país debido a la disponibilidad del área.

País	Año	Hombre % por cada 100.000		Mujer % por cada 100.000	
		5-14 años	15-24 años	5-14 años	15-24 años
Alemania	2004	0.4	10.5	0.2	2.7
Australia	2002	0.3	17.9	0.3	4.4
Austria	2004	0.4	21.6	0.0	4.3
Bélgica	1997	1.0	19.2	0.0	5.4
Canadá	2002	0.9	17.5	0.9	5.2
China	1999	0.9	5.4	0.8	8.6
Dinamarca	2001	0.6	12.5	0.0	2.4
España	2003	0.1	6.8	0.1	2.1
Estados Unidos	2002	0.9	16.5	0.3	2.9
Federación Rusa	2004	3.6	47.4	1.0	8.2
Finlandia	2004	1.2	33.1	0.3	9.7
Francia	2002	0.6	11.9	0.4	3.1
Holanda	2004	0.7	7.3	0.2	2.6
Irlanda	2002	0.4	27.3	0.7	4.4
Italia	2002	0.2	6.5	0.2	1.5
Japón	2003	0.5	15.5	0.6	7.8
Lituania	2004	2.7	42.9	0.5	7.4
Noruega	2003	1.9	20.6	1.0	6.3
Nueva Zelanda	2002	0.0	22.8	0.0	11.0
Reino Unido	2002	0.1	8.2	0.1	2.4
Suecia	2002	0.7	14.6	0.5	4.5

Estos datos sugieren la conveniencia de diseñar programas de salud pública encaminados a minimizar el riesgo de comportamientos suicidas en la gente joven.

Al revisar la **epidemiología sobre ideación suicida**, las investigaciones comunitarias en poblaciones adolescentes revelan la existencia de una gran variedad de resultados en los datos de prevalencia de ideación suicida. Entre estos datos algunos autores apuntan que los suicidas consumados presentaban un índice más alto de pensamientos sobre la muerte, morir o el suicidio (McGirr *et al.*, 2007). Este último dato avala la tesis de que la presencia de ideación suicida es un buen predictor del riesgo de estas conductas.

Las tasas estimadas varían del 3,5% al 52,9% según mantienen Fernández y Merino (2001) amparándose en los estudios de prevalencia publicados en los continentes europeo y americano en esa década y que informan de grados de ideación suicida entre ambos valores. En la misma época y en España, Villardón (1993) encontró un 10,3% de ideación suicida en una muestra de adolescentes de Vizcaya, escolarizada en el curso 1989-1990, y una estrecha relación entre la ideación suicida, la presencia de estrés y el modo como éste es afrontado. En la misma línea Domènec-Llaberia, Gras, Subirá y Obiols (1993) en una muestra de

282 sujetos de 13 a 15 años evaluaron la ideación suicida y la ideación mórbida. Después de entrevistar individualmente a los adolescentes, los resultados obtenidos fueron los siguientes: el 22% puntuó positivamente al ítem del suicidio y el 25% al de ideación mórbida (Domènec-Llaberia *et al.*, 2005). Todos estos trabajos respaldan que la ideación suicida puede ser fácilmente detectada mediante la utilización de instrumentos sencillos y una posterior confirmación, de los casos encontrados, llevada a cabo por profesionales.

En investigaciones actuales de Estados Unidos, Europa y China las cifras oscilan entre el 5% y el 27% (Riesch, Jacobson, Sawdey, Anderson y Henriques, 2008; Cheng *et al.*, 2009; Grover *et al.*, 2009; Thompson, Kuruwita y Foster, 2009). Una investigación actual en España concluye que un 5,4% de los adolescentes presenta ideación suicida patológica y, de éstos, el 81,5% sufren trastorno depresivo (Simón, 2009). En el mismo estudio también se indica que existe una alta correlación entre ideación suicida y depresión.

Con estos antecedentes, el objetivo de este artículo es revisar los factores de riesgo y los factores protectores así como los procesos asociados con el desarrollo de los comportamientos suicidas en gente joven, partiendo de la base de que para poder evaluar correctamente el riesgo autolítico es esencial conocer las causas más asociadas y en la medida de lo posible prevenirlas.

Factores de riesgo; el riesgo de suicidio está relacionado con el número de factores de riesgo presentes tal y como mantienen Mann, Oquendo, Underwood y Arango (1999). Estos mismos autores formula un modelo de conducta suicida que consta de dos dimensiones; la dimensión de los rasgos de la persona (genética, abuso de substancias, personalidad borderline o impulsividad) y la de los desencadenantes o precipitantes (enfermedad psiquiátrica aguda o acontecimientos vitales negativos). En estudios recientes con muestras de adolescentes, los hallazgos indican que entre los principales factores de riesgo se encuentran los síntomas depresivos, la desesperanza, la ideación suicida, el sexo y el grupo de edad (Thompson *et al.*, 2009). En otro estudio reciente, realizado en 17 países y con una muestra de 84.850 adultos, los hallazgos indican que los principales factores de riesgo del suicidio son los mismos en todo el mundo (Nock *et al.*, 2008). El sexo, la edad, la educación, la salud mental y el estado civil se perfilan como los factores de riesgo más destacados entre adultos, a los que hay que añadir los problemas económicos y laborales (Dejong *et al.*, 2009).

Como se puede observar, las variables salud mental, sexo y edad son factores de riesgo que se encuentran en todos los grupos de edad estudiados. No debemos olvidar variables importantes como los factores genéticos, biológicos, sociales y demográficos; si a ellos se añade la posible adversidad en la infancia y ciertos rasgos de personalidad, acaban formando un conjunto de factores correlacionados que influyen en la susceptibilidad individual a los trastornos mentales, el estrés y la adversidad. Estos factores se convierten en poderosas influencias en los comporta-

mientos suicidas.

Factores genéticos y neurobiológicos; los factores genéticos pueden influir en el riesgo de las conductas suicidas por su influencia en la neurobiología de los individuos. Asimismo, la heredabilidad de la conducta impulsiva o agresiva, dentro de una misma familia, también parece tener un nexo importante con las conductas autolesivas y suicidas y no puede ser explicado solamente por un mecanismo de imitación (Brent y Mann, 2005). Existen estudios que relacionan una mala regulación del sistema serotoninérgico con un aumento de conductas suicidas. La relación entre la desregulación de la serotonina y el comportamiento suicida puede reflejar el pobre control de los impulsos que se observa en los comportamientos suicidas. A este respecto Mann, Oquendo, Underwood y Arango (1999) han relacionado las conductas suicidas con una disfunción del sistema serotoninérgico central que es independiente del diagnóstico psiquiátrico. Estos autores han hallado niveles bajos de serotonina y metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidados, y además se ha establecido una relación directa entre los bajos niveles de serotonina con el escaso control de impulsos, la violencia y letalidad del acto suicida.. En la actualidad el principal foco de interés de la genética de las conductas suicidas es de tres tipos de genes: triptófano hidroxilasa (TPH), el transportador de la serotonina (SERT) localizado en el cromosoma 17 y un gen de los receptores de la serotonina A.

En relación con **factores demográficos y sociales** los índices de suicidio globales por **género** son subestimados ya que en ocasiones se clasifican como accidentes o no se clasifican en absoluto. Valdés y Pérez (2004) hallaron diferencias significativas por sexo en cuanto a los motivos para suicidarse en jóvenes universitarios, siendo estos en los hombres, los problemas existenciales, la pérdida de un ser querido y los problemas económicos, mientras que en las mujeres los motivos suelen ser los problemas familiares y escolares. En un estudio realizado en adolescentes por Jiménez, Mondragón y González-Forteza (2000) se halló que la prevalencia de la ideación suicida aparece con mayor frecuencia en las mujeres en una proporción el doble que en los hombres; cuando las adolescentes, además, tienen una baja autoestima, el riesgo aumenta cuatro veces, y si existe sintomatología depresiva, el riesgo es trece veces mayor. Domènech-Llaberia *et al.* (2005) mantienen que entre los 15 y los 19 años los suicidios consumados son seis veces más frecuentes en hombres que mujeres y en la investigación de Greydanus, Bacopoulou y Tsalamani (2009) la proporción de intentos de suicidio o suicidio completados es a razón de 3 mujeres por cada 1 hombre, mientras que alrededor del triple de hombres versus mujeres completa el suicidio. No se ha comprobado que el **nivel socioeconómico** sea un factor de riesgo especial; no obstante, la prevalencia de intentos de suicidio es mayor en niveles socioeconómicos más bajos.

Respecto de las **adversidades en la infancia**, destacan el **abuso físico y sexual**. En la actualidad el fenómeno del bulling se asocia a mala salud psicológica, a elevada ideación suicida y al aumento del número de intentos entre los jóvenes

acosados. Existe una asociación fuerte entre los intentos de suicidio y los adolescentes que han sido víctimas de abuso físico y sexual en su infancia. Asimismo se ha encontrado que la historia familiar de abuso sexual infantil correlaciona con un mayor riesgo de suicidio en los hijos (Evans, Hawton y Rodham, 2005a). Respecto de los abusos psicológicos y sexuales, existe una creciente preocupación sobre los suicidios de jóvenes presuntamente acosados mediante el uso de internet y los móviles (Smith, 2004). En línea con la conducta sexual queremos señalar un aumento de riesgo de suicidio adolescente en casos de embarazo (Bergen *et al.*, 2003).

En correspondencia con los **factores familiares** existe una poderosa ambivalencia; protección versus riesgo. En esta línea Greydanus *et al.* (2009) consideran la historia familiar de suicidio como un factor muy importante. La desorganización familiar por diferentes causas (separaciones y/o pérdidas) no permite la estabilidad familiar y un estilo afectivo y educativo coherente. La mala relación padres-hijos es otro factor de riesgo que podría incrementar el de suicidio en los adolescentes; a esto último habría que añadir la falta de comunicación y de diálogo entre unos y otros. Asimismo, se ha hallado que los adolescentes con intento suicida experimentaron más alteraciones familiares, separación de los padres, cambios de cuidadores, cambios de domicilio y mayor inestabilidad social en el año anterior al intento, en comparación con adolescentes deprimidos no suicidas y normales (De Wilde, Keinhorst, Diekstra y Wolters, 1993).

Durkheim (1897) destacó el papel de la familia y el estado civil en el desencadenamiento del acto suicida. Para García de Jalón y Peralta (2002) la subordinación a los intereses del núcleo familiar en el que el individuo está integrado, disminuye los impulsos individualistas y suicidas. Las disfunciones familiares son un factor de riesgo conocido desde hace tiempo en el que se ha venido insistiendo tal y como nos recuerdan Agerbo, Nordentof y Mortensen, (2002) y Riesch *et al.*, (2008). Estos autores señalan que el suicidio consumado juvenil es cinco veces más frecuente en los hijos de madres que murieron por suicidio y dos veces más cuando fue el padre el que se suicidó, que en el resto de la población.

Características cognitivas; sabemos por el estudio de Riesch *et al.* (2008), que los jóvenes que respondían positivamente al pensamiento de matarse se sentían menos involucrados en su colegio, y tenían mas comportamientos internalizantes que los que respondieron que no. Los comportamientos internalizantes incluían la conducta triste o deprimida, baja autoestima, el sentirse fácilmente avergonzado y el experimentar aislamiento y ansiedad social. Gould, Greenberg, Velting y Shaffer (2003) encontraron que las actitudes adolescentes de riesgo se caracterizan por creencias que apoyan estrategias de afrontamiento maladaptativas que incluyen conducta solitaria e introvertida y la creencia que la gente debería ser capaz de ocuparse de sus problemas sin la ayuda de otros. Para entender el proceso de ideación pueden ser útiles las teorías cognitivas de la depresión como la de Beck

(1987) donde se expone la manera negativa en que el individuo percibe su mundo, su futuro y a si mismo; o la teoría de la desesperanza donde Abramson, Metalsky y Alloy (1989) sugieren que los individuos que exhiben estilos inferenciales negativos pueden estar en riesgo de cometer actos de autolisis mediados por la desesperanza, ya que la misma es conceptualizada por una percepción negativa del futuro. En línea con estas ideas podemos suponer que la ideación y conducta suicida pueden estar mediadas por un déficit de estrategias saludables y sentimientos de desesperanza que pueden llevar a una profunda soledad.

La poca destreza en la resolución de conflictos y los niveles elevados de estrés, están asociados significativamente con niveles elevados de ideación suicida entre adolescentes hospitalizados. En esta línea, se ha identificado que la falta de habilidad para resolver problemas sociales constituye una variable que predice tanto la ideación suicida como el estrés entre los adolescentes (Chang, 2002; Grover *et al.*, 2009). Es posible que el mayor problema enfrentado por estos jóvenes, que cometen suicidio o lo intentan, es el de carecer de respuestas de afrontamiento suficientes o efectivas para superar las situaciones que les provocaron el estrés. Un aspecto negativo a destacar es que en el grupo de adolescentes en estado de constante ideación el suicidio se considera como una solución real a los problemas que no pueden afrontar (Villardón, 1993).

Por el contrario, la destreza en la resolución de conflictos puede moderar la relación entre estrés y la ideación suicida. Esto sugiere que las capacidades bien desarrolladas en la resolución de problemas puede amortiguar el impacto negativo del estrés por lo que respecta a la ideación suicida (Grover *et al.*, 2009).

Con respecto a los **rasgos de personalidad**, tanto la impulsividad como la agresividad se han relacionado con las conductas suicidas. En un estudio longitudinal realizado en Finlandia por Sourander, Helstela, Haavisto y Bergroth (2001), se ha podido demostrar que los niños y niñas que eran más agresivos a los 8 años, tenían el doble de posibilidades de presentar conductas suicidas a la edad de 16 años. En 1986 Baumeister ya indicaba que si los adolescentes fracasan en la tarea de establecer el sentido de la vida y la identidad propia en la construcción de su personalidad, son más susceptibles a algunas tendencias autodestructivas, incluyendo el suicidio.

Entre las **características de personalidad** más destacadas, en los jóvenes con ideación suicida, en un trabajo de Simón y Sanchis (en prensa) se obtuvo la siguiente descripción psicológica, a partir del Inventario de Personalidad de Millon (2004), de 54 de los adolescentes con ideación suicida importante: los jóvenes presentaban tendencia a la introversión, dificultades a la hora de expresar sentimientos y hacer amigos, mantienen distancia con los demás porque no confían en la amistad de los otros, son marcadamente pesimistas, autopunitivos, vulnerables y emocionalmente lábiles cuando se encuentran en situaciones difíciles. De los resultados obtenidos en el mismo trabajo, también sugieren que estos jóvenes son inseguros consigo

mismo, están abatidos, desanimados y con baja autoestima, presentando propensión a la impulsividad, afecto depresivo y tendencia al suicidio. Posiblemente estas características aparezcan como factores de riesgo en la vida de los adolescentes que consideran el suicidio como su única salida.

Enfermedad mental y trastornos afectivos; Boergers, Spirito y Donalson (1998) ya informaban que aquellos adolescentes que manifiestan deseos de morir obtenían puntuaciones más altas en los ítems de depresión y desesperanza que otros que mantenían como idea principal escapar de una situación o tratar de que alguien me entienda. Para Domènec-Llaberia *et al.*, (2005) la prevalencia más elevada corresponde a los trastornos depresivos. En la investigación de Greydanus, Bacopoulou y Tsalamani (2009) informan que la depresión es un factor de riesgo mayor en la etiología del suicidio. Los mismos autores hallan que el 33% de problemas en adolescentes son debidos a trastornos mentales, de los cuales la depresión es un componente muy importante. En esta misma línea autores como Philippi y Roselló (1995), Sanchis (2008,) y Sanchis y Simón (en prensa) mantienen que la depresión presenta alta correlación con la ideación suicida patológica y es posiblemente el predictor más fuerte de la conducta suicida. En un trabajo de estos últimos autores con una muestra de 1.194 adolescentes hallaron que 269 presentan sintomatología depresiva (leve, moderada y grave) y 65 de ellos presentaban además ideación suicida patológica. No obstante, Reynolds y Mazza (1990) mantienen que a pesar de que un adolescente puede exhibir o expresar conducta suicida no necesariamente está deprimido.

También se ha sugerido que la depresión, en una medida considerable, puede depender de una insuficiente regulación de las emociones negativas del sujeto ante acontecimientos estresantes. Para García de Jalón y Peralta (2002), el suicidio tiene una fuerte asociación con la enfermedad mental y añaden que en el 90% de los suicidios tenían uno o más trastornos psiquiátricos y que a mayor número de patologías, mayor riesgo de suicidio. En la misma línea se pronuncian Gould *et al.* (2003), al señalar que más del 90% de personas que se suicidaron en su juventud padecían alguna enfermedad mental aunque en adolescentes se sitúa en torno al 60%, una cifra que sigue siendo elevada.

Otra patología importante es la **drogodependencia**, que a menudo es comórbida con una patología obsesiva. El alcoholismo y, en menor medida, otras drogas frecuentemente se asocian al suicidio, ya sea como factores de riesgo o como precipitantes de conductas suicidas (Dejong *et al.*, 2009). En una revisión anterior, Ros (1997) mantiene que el abuso de alcohol es un factor presente en el 25-50% de todos los suicidios y en la misma línea Isometsä *et al.* (1996) afirmaban que la mayoría de los pacientes con trastornos de personalidad que se suicidaban, presentan trastornos asociados como depresión y abuso de sustancias, mientras que Harris y Barraclough (1997) añadían que incrementa seis veces más el riesgo de suicidio. En línea con esta consideración, Nock *et al.* (2008) señalan que entre las

personas que tienen pensamientos suicidas, el riesgo de realizar un intento de suicidio es más fuerte entre los que tienen trastornos por abuso de sustancias y control de los impulsos, lo que sugiere que tales trastornos se relacionan de manera más intensa con materializar los pensamientos suicidas.

Cuando revisamos los **intentos previos**, Lecrubier (2002) indica que la ideación suicida es necesaria para intentar el suicidio y está relacionada, a menudo, con la depresión o con una situación de desesperanza insoportable. En el estudio de Nock *et al.* (2008) se encontró que entre las personas que tenían pensamientos suicidas, el 29% realizó un intento de suicidio más adelante, y que tales intentos eran más comunes dentro del primer año después del inicio de los pensamientos suicidas. Tener antecedentes de intentos de suicidio anteriores constituye un factor de riesgo elevado sobre todo en chicos (Thomson *et al.*, 2009). Para Groholt *et al.* (1997) entre un 25% y un 33% de víctimas de suicidio lo había intentado previamente. De forma similar, en un meta-análisis de Harris y Barraclough (1997) se encontró que las personas con intentos autolíticos previos tienen 40 veces más riesgo de suicidio que la población general. Diversos estudios posteriores confirman esta asociación entre suicidio consumado y actos previos. En la revisión de Dejong *et al.* (2009) se mantiene que los intentos previos de suicidio son un fuerte predictor de futuros intentos suicidas y de una posible muerte por suicidio. Estos autores destacan que un 42% de los suicidas consumados habían intentando el suicidio con anterioridad y sus resultados son más similares a los de Sinclair *et al.* (2005), que encontraron que un 38% de los suicidas consumados habían presentado actos deliberados de autolesión previa. En otras investigaciones se ha encontrado que el índice de hospitalización previa y de intentos suicidas era mayor entre los que intentaban el suicidio que entre los suicidas consumados, y eso podría reflejar la creencia de que los suicidas consumados no llevan a cabo intentos fallidos de suicidio (Beautrais, 2003).

Si analizamos los posibles **factores precipitantes/desencadenantes**, los motivos que pueden iniciar un intento de suicidio pueden parecer banales. Sin embargo estos suelen tener relación con conflictos interpersonales, problemas familiares, escolares, o con un desengaño sentimental. El más frecuente acostumbra a ser el primero en los adolescentes más jóvenes, mientras el tercero suele ser más frecuente en los adolescentes de mayor edad (Domènech-Llaberia *et al.*, 2005). Entre los acontecimientos vitales que provocan mayor estrés se encuentran las pérdidas de algún tipo: relación familiar, sentimental, de autoestima personal, de confianza en el otro. Varias investigaciones han asociado los pensamientos disfuncionales y los acontecimientos vitales negativos con la ideación suicida y con la depresión (Philippi y Roselló, 1995; Adams y Adams, 1996; Roselló y Berrios, 2004).

Otros factores desencadenantes importantes pueden ser el alcohol y el abuso de drogas (Dejong, Overholser y Stockmeier, 2009), el efecto puntual de un fármaco y, en cualquier caso, un profundo sentimiento de soledad en aquel momento.

Sobre la **soledad**, posiblemente en la adolescencia se den cita los elementos

que la constituyen, es decir, la soledad de separación por una época perdida y una cierta despersonalización. Pero también la necesidad de estar solo –la soledad buscada– y una cierta incapacidad para explicar aquello que sentimos y necesitamos, la soledad incomunicada. A este sentimiento de soledad en ocasiones se añade la tristeza con la que mantiene entre si importantes relaciones. Ambas son constelaciones de excepcional valor en el conjunto de la personalidad humana (Rodríguez Sacristán, 1992). En palabras del mismo autor, la tristeza oscurece y empobrece el mundo personal disminuyendo su capacidad representativa. Con la tristeza y la soledad pueden verse alterados los valores habituales y el estilo cognitivo de la persona y esto hace que _conozca y se aprenda el mundo de otra forma. Si a estos sentimientos se añaden la desesperanza quizás se haga más comprensible, en ocasiones, el callejón sin salida donde se pueden encontrar los jóvenes con ideación y conducta suicida.

En referencia a los **acontecimientos vitales**, recordamos que la adolescencia puede presentar mayor incidencia de alteraciones y además éstas se concentran en síntomas ansiosos y depresivos (Mestre, 1992). En la misma línea, De Wilde, Keinhorst, Diekstra y Wolters (1992) realizaron un estudio comparando adolescentes depresivos que habían intentado suicidarse y adolescentes no depresivos sin ningún intento suicida, y encontraron que los que habían intentado suicidarse habían experimentado más acontecimientos negativos que los adolescentes no depresivos sin ningún intento suicida. Los mismos autores investigaron también la relación entre los sucesos estresantes y la conducta suicida de niños y adolescentes encontrando una alta correlación entre ambos. En la misma época, Adams y Adams, (1993) informan en su estudio de la relación entre los acontecimientos vitales estresantes, la depresión y el intento de suicidio. Posteriormente Serrano y Flores (2005) hallaron una asociación entre las conductas suicidas y los acontecimientos adversos que vivieron las personas en los tres meses anteriores, y particularmente en la semana anterior al acto suicida. En este trabajo, se concluye que los eventos de vida adversos preceden al suicidio en personas jóvenes con y sin enfermedad mental severa.

En la actualidad Grover *et al.* (2009) mantienen que los acontecimientos adversos como el estrés crónico predicen significativamente la ideación suicida, pero no el intento de suicidio. Así pues, los sucesos estresantes se asocian al incremento de la conducta suicida y posiblemente tal relación se explica por el incremento de estresores psicosociales que experimenta la gente joven en el mundo actual. Hoy sabemos que los acontecimientos vitales negativos mantienen una relación significativa con la sintomatología depresiva y la ideación suicida (Sanchis, 2008) lo que coincide con el estudio de Adams y Adams (1993). Sin embargo, no hay la misma evidencia de que al haber experimentado muchos acontecimientos positivos produzca un descenso de la sintomatología depresiva. El que esta relación se de exclusivamente con los negativos aparece también en otras investigaciones y

hace discutible la tesis de que la depresión emerja sin más de la ausencia de refuerzos, al contrario, parece que para ello son necesarias las experiencias negativas efectivas (Del Barrio, 2007). Un estudio encontró que en jóvenes menores de 21 años de Israel, el estrés causado por conflictos interpersonales (peleas con los padres, fin de relaciones, peleas con otros significativos y dificultades financieras) precedió al intento suicida (Hagedorn y Omar, 2002).

Respecto de la **orientación/conducta sexual** algunos estudios informan que la no asunción de la orientación sexual es un factor de riesgo añadido. Durante los últimos años, un número creciente de estudios han examinado las tasas de comportamiento suicida en muestras de gays, lesbianas y bisexuales jóvenes y los compararon con las tasas de comportamiento suicida en los grupos control de heterosexuales (Beautrais, 2003). Estos estudios han indicado claramente las elevadas tasas, tanto de ideación suicida como de intento de suicidio entre los jóvenes gays, lesbianas y bisexuales. Se ha argumentado que las elevadas tasas de comportamientos suicidas entre esta población surge debido a una serie de procesos sociales centrado en torno a las actitudes homófobas que exponen a los jóvenes gays, lesbianas y bisexuales a graves tensiones sociales y personales que incrementan su riesgo de comportamiento suicida.

En su revisión sobre este tema McDaniel, Purcell, y D'Angelli (2001) informan que el riesgo de intentos de suicidio era de dos a seis veces mayor entre los adolescentes homosexuales y bisexuales que entre los heterosexuales. A este respecto Domènec-Llaberia *et al.*, (2005) citan un trabajo de Russell y Joyner (2001), a partir de un estudio con 12.000 adolescentes, donde se señala que el riesgo de suicidio en la población homosexual, estaba mediatisado por otros factores tales como abuso de alcohol, depresión y los antecedentes de otros casos de suicidio en la familia.

En la última década se está estudiando la **influencia de los medios de comunicación** como posibles desencadenantes o precipitantes de algunos **comportamientos suicidas** por contagio o mimetismo. Las nuevas tecnológicas como internet nos permiten acceder a informaciones y comunicaciones en tiempo real como nunca habíamos podido soñar. Sin embargo también existen informaciones no adecuadas accesibles a cualquier usuario sobre los métodos más utilizados para suicidarse o la misma red permite que algunos usuarios se pongan de acuerdo para terminar sus días de manera conjunta. Existen diversas investigaciones referentes a la influencia de los medios de comunicación en el aumento del número de suicidios (Gould, Jameson, y Romer, 2003). De sus conclusiones se extrae que el tratamiento no adecuado por los medios de comunicación puede influir, pero únicamente en los casos de personas vulnerables o con una personalidad tendente a los problemas emocionales. A pesar de ello, no hemos de olvidar que los nuevos medios de comunicación pueden ser un buen instrumento de los programas de prevención en la educación del público en general. El trato correcto de la información por los

medios puede resultar útil como prevención de los comportamientos suicidas.

Sobre la importancia de los **factores protectores**, en primer lugar, creemos oportuno subrayar la notable incidencia del apego en el desarrollo sentimental del niño y en el afecto que, más adelante, le ayudará a construir las relaciones con aquellos que le rodean y cuya importancia es incuestionable (Greenberg, 1999; Lafuente, 2000; Wright, Briggs y Behringer, 2005). La vinculación afectiva de un niño en los primeros años es fundamental para adquirir la capacidad de regulación emocional y superar las dificultades con las que se irá encontrando a lo largo de la vida (Bowlby, 1989). El lazo afectivo establecido será más adelante una protección contra los trastornos depresivos y las conductas suicidas; por el contrario, los niños que no hayan podido establecer vínculos afectivos seguros por diversas circunstancias estarán menos protegidos frente a la enfermedad mental y el suicidio (Domènech-Llaberia *et al.*, 2005).

En general se admite que el estilo de apego seguro es un factor de protección y resiliencia respecto al desarrollo de trastornos psicopatológicos en la edad adulta (Siegel, 2001). Las personas con apego seguro muestran menos hostilidad y más habilidad a la hora de regular la relación con otros (Fonagy, 2004). Por el contrario, los apegos inseguros son iniciadores de caminos sembrados de dudas que en la adolescencia pueden potenciar el aumento drástico de psicopatologías como los trastornos alimentarios, la delincuencia, el suicidio y la autoagresión (Wright *et al.*, 2005). En este sentido, otros autores han realizado investigaciones con el fin de demostrar que los distintos estilos de apego están asociados a ciertas características personales, en especial con los trastornos de ansiedad, depresión y el trastorno límitrofe de personalidad (Meyer, Pilkonis, Proietti, Heape y Egan, 2001; Bifulco, Moran, Ball y Bernazzani, 2002). En esta línea de investigación, Buchheim, Strauss y Kächele (2002) observaron que existía una asociación entre el estilo de apego ansioso, las experiencias traumáticas sin resolver, el trastorno de ansiedad y la personalidad límitrofe y el suicidio.

Prácticamente existe unanimidad en todas las investigaciones sobre la existencia de una correlación positiva entre **malas relaciones padres-hijos** y los trastornos depresivos (Del Barrio, 2007) tan presentes en la ideación suicida. Además se ha comprobado que en el curso de la depresión, en el niño, correlacionan con esta interacción, puesto que cuando la relación es mala es más difícil la recuperación y mejoría del niño (Puig-Antich *et al.*, 1985b). De esta manera, el entorno familiar puede ser considerado un elemento desencadenante o bien un factor de protección muy importante. Gould, *et al.* (2003), que revisaron esta cuestión señalan únicamente como factores de protección la cohesión de la familia y la religiosidad. Sobre estos dos aspectos referidos diversos estudios apuntan al efecto protector de la cohesión familiar y, recientemente, se ha demostrado el efecto protector en población de adolescentes y de gente joven. Para Domènech-Llaberia *et al.* (2005) debe seguir investigándose más esta cuestión y estudiar otras variables interviniéntes.

Los autores añaden que la posesión de unos valores no solamente religiosos sino también éticos y humanos pueden dar un sentido a la vida del adolescente y, como consecuencia, protegerlo del suicidio. Por último, nos parece fundamental mencionar la vulnerabilidad que representa una baja autoestima, tal y como aparece en los estudios de Abela y Taylor (2003). Estos dos autores sostienen que una autoestima alta supone un escudo potente ante la depresión en adolescentes y niños y que la familia puede potenciar o disminuir este importante factor protector.

DISCUSIÓN

En la prevención del suicidio, es indispensable trabajar en la dirección de lograr que disminuyan las conductas suicidas tanto en jóvenes como adultos. Para ello es importante reducir los factores de riesgo conocidos como la depresión, el abuso de sustancias, el estrés, la violencia en la familia, el aislamiento social y la pobreza. Un aspecto fundamental para evitar el aumento de casos de suicidio en los jóvenes es actuar en la detección temprana de la ideación suicida y de los trastornos emocionales.

La ideación o conducta suicida, en si misma, no debe ser entendida como un diagnóstico *per se*, pero refleja los conflictos que subyacen y que deben ser corregidos para eliminar las posibilidades de un intento de suicidio final tal y como nos recuerda Lecribier (2002). Sabemos que los jóvenes deprimidos pueden presentar síntomas enmascarados como: tristeza frecuente, desesperanza, incapacidad para disfrutar de actividades, aislamiento social, comunicación pobre, baja autoestima y sentimiento de culpa, irritabilidad, hostilidad, dolores de cabeza y de estómago, ausencias frecuentes del colegio o un bajo rendimiento escolar. Todos estos síntomas implican cambios significativos que no deben pasar inadvertidos. Un aspecto relevante a la hora de tratar la conducta suicida, en los adolescentes y jóvenes adultos, es evitar que lleguen al punto de no retorno donde el suicidio aparece como la única salida posible a los problemas que les superan. En este sentido hay que trabajar con la familia, la escuela y la sociedad. Las intervenciones específicas deberían incluir el tratamiento y cuidado de los adolescentes suicidas y la ayuda a las familias y comunidades donde se ha producido una muerte por suicidio para hacer frente a las consecuencias.

En esta línea, la detección precoz de la ideación suicida se convierte en elemento fundamental de la prevención. Sabemos por diferentes investigaciones que el uso de cuestionarios, que recogen la ideación suicida, nos permite distinguir entre los adolescentes que tienen pensamientos autodestructivos y los que no los tienen. Existen buenos instrumentos como el Children's Depression Inventory (CDI) de Kovacs, el Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ) de Reynolds, la escala de Ideación suicida de Beck o la escala de desesperanza de Beck que pueden ser muy útiles a la hora de distinguir a los jóvenes que presentan este tipo de pensamientos (sintomatología depresiva y/o ideación o conducta suicida) de los que no los

presentan. Este tipo de intervención permite la evaluación regular de los jóvenes, en los centros educativos y/o asistenciales y posibilita que estos puedan cuestionar aspectos de su vida entre los que podemos incluir pensamientos de: suicidio, depresión, desesperanza, conflictos en el colegio, problemas en casa, problemas sentimentales y soledad (Greydanus *et al.*, 2009). Una vez detectada la ideación sería necesario explorar la severidad de la misma y su persistencia en el tiempo. En este sentido, la prevención desde la etapa escolar es básica para evitar casos en los jóvenes o incluso en la etapa adulta. En este aspecto creemos que la colaboración de los profesionales de la psicología en los centros educativos merece un papel mucho más relevante.

Hoy sabemos que los síntomas depresivos y la desesperanza pueden ser predictores importantes de comportamientos suicidas y están presentes en la mayoría de estudios sobre ideación o suicidio (Grover *et al.*, 2009). Asimismo el incremento del abuso de sustancias es una señal de alerta importante entre los suicidios consumados, porque posiblemente afecta su juicio y reduce las inhibiciones ante actos peligrosos, o tal vez porque refleja severas luchas emocionales que no han podido ser contenidas de otro modo (Dejong *et al.*, 2009). Todos estos aspectos son elementos detectables y por lo tanto previsibles. En esta línea, la detección temprana de estas perturbaciones permite que los jóvenes con ideación o conducta suicida, se sientan aliviados al poder comunicar sus intenciones y saber que tipo de ayuda podría prevenir su acto. La oportunidad de este primer encuentro ha de ser aprovechada como preludio a un soporte psicológico más duradero, que permita enseñar y potenciar estrategias de afrontamiento a los adolescentes desarrollando habilidades para resolver problemas, aumentar la conciencia de los padres y la comunidad acerca de la importancia de la detección y tratamiento de la ideación y conducta suicida, y mantener la alerta respecto de cambios conductuales como los citados anteriormente. El acceso abierto a la asistencia profesional_suele dar resultados positivos. En este caso, la ayuda de médicos, psicólogos, personal sanitario y/o asistencial es necesaria, puesto que existen porcentajes importantes de jóvenes que, antes de cometer suicidio, habían contactado con un profesional de la salud durante los meses anteriores a su muerte (Greydanus *et al.*, 2009). La preparación de una nota de suicidio por parte de un individuo deprimido es una importante señal de alerta que indica un alto grado de riesgo de muerte por suicidio.

El hablar abiertamente de ideación o de la intención suicida, con profesionales de la salud, no debe ser considerado como un posible precipitante del acto, al contrario, hay que abordar el tema de forma abierta y preguntar directamente acerca de la existencia de estas ideas. La verbalización de ellas permite la intervención y un seguimiento cuidadoso de los jóvenes afectados, además de aliviar, en muchos casos, la profunda angustia que les envuelve. Para ello también es importante contemplar un programa de prevención en la escuela dirigido a los estudiantes como ayudantes de sus propios compañeros, ya que la evidencia es que los adolescentes

en raras ocasiones acuden a los adultos cuando tienen problemas Una dificultad obvia que presenta cualquier programa basado en la escuela es el hecho de que los individuos de alto riesgo son los que presentan mayor absentismo y abandono de la escuela (Burns y Patton, 2000).

En nuestra opinión es fundamental mencionar que las relaciones familiares perturbadas padres-hijos deberían ser consideradas como un precursor clave de la enfermedad mental. La naturaleza de muchos trastornos psicológicos, los estados de ansiedad y depresión, producidos en la vida adulta pueden relacionarse, de manera sistemática, con los estados de ansiedad, desesperación y desapego vividos en la infancia y juventud. Las investigaciones sobre ideación o suicidio sugieren que la mayoría de esos jóvenes no recibían un tratamiento y seguimiento adecuado, lo que pueden aumentar el riesgo de un suicidio eventual (Lecrubier, 2002). Este es un hecho que debe tenerse en cuenta en la prevención de intentos de suicidio en la adolescencia. De ahí la importancia que otorgamos a los estilos de apego desarrollados en la infancia y la adolescencia, como indicadores de posibles patologías posteriores.

Otro aspecto importante en la prevención de la conducta suicida es limitar o reducir el acceso a los métodos de suicidio. Restringir el acceso de los jóvenes a determinados métodos como la ingestión de medicamentos potencialmente tóxicos es una buena medida de salud publica. Muchas conductas suicidas en los jóvenes implican sobredosis intencionales. En este sentido una política de prevención debería incluir un embalaje de seguridad de los fármacos, limitar la cantidad de tabletas de drogas de alto riesgo que se dispensan, como los antidepresivos tricíclicos, los ansiolíticos y otros. Este tipo de medicaciones debería estar siempre controlado por un adulto responsable. En países occidentales un medicamento común como el paracetamol es ampliamente utilizado en las sobredosis intencionales entre los jóvenes. En estados Unidos el fácil acceso a las armas de fuego es un elemento a tener en cuenta ya que un elevado número de muertes por suicidio son consecuencias de este método. (Gould *et al.*, 2003)

Para finalizar, y como sugerencia de investigaciones futuras, en primer lugar creemos que las intervenciones deberían dirigirse hacia la detección de la ideación suicida y su relación con la sintomatología depresiva, sin olvidar los acontecimientos estresantes que suceden de manera imprevista. La correlación entre estas perturbaciones debiera ser un aspecto a considerar a la luz de las investigaciones que mantienen la estrecha relación entre estas alteraciones como hemos recogido en este trabajo.

En segundo lugar, la estrecha colaboración entre los profesionales de la salud y el ámbito educativo es un refuerzo indispensable, ya que los adolescentes pasan muchas horas en el colegio y los centros son lugares idóneos para detectar posibles alteraciones. La educación emocional de los adolescentes en sus propios centros educativos, podría ser considerada una asignatura cuyo objetivo fuera el desarrollo

personal. Sobre este punto referido, nuestra sugerencia se basa en la importancia de enseñar a los estudiantes a desarrollar habilidades sociales que les permitan integrarse en los grupos propios de la adolescencia, trabajar la confianza en sí mismos aprendiendo de éxitos y fracasos y soportar la frustración que estos últimos puedan producirles. Además se trata de una etapa idónea para trabajar características cognitivas como la dificultad para solucionar problemas que les permita superar dificultades de acuerdo a sus posibilidades. En algunos casos, los niveles superiores de estrés y la poca destreza en la resolución de conflictos están significativamente asociados con niveles superiores de ideación suicida (Grover *et al.*, 2009).

Por todo ello, creemos que es indispensable trabajar la autoestima como eje del importante papel que tiene en la construcción de su propio yo y en el de su futuro. En la etapa adolescente la falta de autoestima puede actuar como el desencadenante principal de la depresión y de la ideación suicida. Saber buscar la ayuda necesaria en los momentos de dificultades puede ser un beneficio añadido en la disminución de trastornos emocionales y/o de ideación y conducta suicida.

Por último, no debemos olvidar la importancia de los medios de comunicación utilizados por los adolescentes (Facebook, twitter, skipe) que permiten a muchos de ellos ponerse en contacto o manifestar sus ideas e intenciones a otros compañeros. Estas mismas plataformas de relación social pueden actuar como vehículo de prevención con intervenciones diseñadas a tal efecto. En este caso el objetivo podría ser el asesoramiento directo o los enlaces con los servicios de salud mental. Consideramos un deber social necesario, el facilitar a los jóvenes la ayuda necesaria que les permita reconocer su incapacidad momentánea, para resolver las contrariedades que les llevan a pensar en una solución definitiva (suicidio) delante de situaciones posiblemente transitorias.

El suicidio es una de las principales causas de muerte entre adolescentes en el mundo. Con este antecedente, el objetivo de este artículo es revisar los factores de riesgo y los factores protectores y conocer los procesos asociados con el comportamiento suicida. Para evaluar correctamente el riesgo suicida es esencial conocer las causas más asociadas y en la medida de lo posible prevenirlas. Trabajos anteriores mantienen que la ideación suicida puede ser fácilmente detectada mediante la utilización de instrumentos sencillos y la posterior confirmación por profesionales de los casos encontrados. La exploración de los factores que pueden proteger a los jóvenes, ante el comportamiento suicida, ha de ser una prioridad en las investigaciones de salud pública. El propósito que guía el presente artículo parte de la voluntad de trabajar en esa dirección.

Palabras clave: *ideación suicida, conducta suicida, factores de riesgo, factores protectores, adolescentes*

Referencias bibliográficas

- ABRAMSON, L.Y., METALSKY, G.I. & ALLOY, L.B. (1989). Hopelessness Depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- ABELA, J. & TAYLOR, G. (2003). Specific vulnerability to depressive mood reactions in school children: The moderating role of self-esteem. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 408-419.
- ADAMS, J. & ADAMS, M. (1993). Effects of a Negative Life Events and Negative Perceived Problem-Solving Alternatives on Depression in Adolescents: A Prospective Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 743-747.
- ADAMS, J. & ADAMS, M. (1996). The association among negative life events, perceived problem, solving alternatives, depression and suicidal ideation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 715-720.
- AGERBO, E., NORDENTOF, M. & MORTENSEN, P.B. (2002). Familial psychiatric and socioeconomic risk factors for suicide in young people: Nested case-control study. *British Medical Journal* 325:74-77.
- ALDA, J.Á., ARANGO, C., CASTRO, J., PETITBÒ, M. D., SOUTULLO, C. & SAN L. (Coord.).(2009). *Trastorns del comportament en la infància i l'adolescència: què està passant?* Esplugues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu.
- ANDERSON, R.N. (2002). *Deaths: Leading causes for 2000 national vital statistics reports* 50 (16). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- BAUMEISTER, R. F. (1986) *Identity: Cultural Change and the Struggle for Self*. New York: Oxford University Press.
- BEAUTRAIS, A.L. (2003). Life course factors associated with suicidal behaviors in young people. *American Behavioral Scientist*, 46(9): 1137-1156.
- BECK, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 5-37.
- BERGEN, H.A., MARTIN, G., RICHARDSON, A.S., ALLISON, R.S., & ROEGER, S.L., (2003). Sexual abuse and suicidal behaviour: a model constructed from a large community sample of adolescents. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(11), 1301-1309.
- BIFULCO, A., MORAN, P.M., BALL, C. & BERNAZZANI, O. (2002). Adult attachment style: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 50-59.
- BOERGERS, J., SPIRITO, A. & DONALDSON, D. (1998). Reasons for adolescents suicide attempts: Association with psychological functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1287-1293.
- BOWLBY, J. (1989). *Una base segura*. Buenos Aires: Paidós.
- BRENT, D.A. & MANN, J.J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*, 133C, 13-24.
- BUCHHEIM, A., STRAUSS, B. & KÄCHELE, H. (2002). The differential relevance o attachment classification for psychological disorders. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 128-133.
- BURNS, J.M. & PATTON, G.C. (2000). Preventative interventions for youth suicide: A risk factor-based approach. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 388-407.
- CHANG, E. (2002). Predicting suicide ideation in adolescent population: Examining the role of social problem solving as a moderator and a mediator. *Personality and Individual Differences*, 32 (7), 1279-1291.
- CHENG, Y., TAO, M., RILEY, L., KANN, L., YE, L., TIAN, X., TIAN, B., HU, J. & CHEN, D. (2009). Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behavior. *Child: Care, health and development*, 35 (3), 313-322.
- DEJONG, T.M., OVERHOLSER, J.C. & STOCKMEIER, C.A. (2009). Apples to Oranges?: A direct comparison between suide attempters and suide completers. *Journal of Affective Disorders*. Doi: 10.1016/j.jad.10.020.
- DE WILDE, E.J., KEINHORST, I.C., DIEKSTRA, R.F. & WOLTERS, W.H. (1992). The relationship between adolescents suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 149, 45-51.
- DE WILDE, E.J., KEINHORST, I.C., DIEKSTRA, R.F. & WOLTERS, W.H. (1993). The specificity of psychological characteristics of adolescents suicide attempters. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32 (1), 51-59.
- DEL BARRIO, V. (2007). *El niño deprimido: Causa, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Editorial Ariel.
- DOMÈNECH-LLABERIA, E. (Ed.) (2005). *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona: Servei de Publicacions, (Ciència i Tècnica; 29. Psicologia).

- DURKHEIM, E. (1976). *El suicidio*. Madrid: Akal editor (Primera edición: 1897).
- EVANS, E., HAWTON, K., & RODHAM, K. (2005a). Suicidal phenomena and abuse in adolescents: A review of epidemiological studies. *Child Abuse and Neglect*, 29, 45-48.
- FERNÁNDEZ, N. & MERINO, H. (2001). Predictores de la ideación suicida: un estudio empírico en adolescentes. *Revista Psicopatología y Psicología Clínica*, 6 (2), 121-127.
- FONNAGY, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: Espaxs.
- GARCÍA DE JALÓN, E. & PERALTA, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25 (3), 87-96.
- GIRÓN, S., RODRÍGUEZ, R. & SÁNCHEZ, D. (2003). Trastornos de comportamiento en los adolescentes: Observaciones desde una perspectiva sistémica-relacional. *Psiquis*, 24 (1), 5-14.
- GOULD, M.S., GREENBERG, T., VELTING, D.M. & SHAFFER, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 42, 386-405.
- GOULD, M., JAMESON, P., ROMER, D. (2003). Media contagion and suicide among the young. *American Behavioral Scientist*. Publicación Sage. Nueva York, USA.
- GREENBERG, M.T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy and P. R. Shaver (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 469-496). New York: Guilford.
- GREYDANUS, D.E., BACOPOULOU, F. & TSALAMANIOS, E. (2009). Suicide in adolescents: A worldwide preventable tragedy. *The Keio Journal of Medicine*, 58 (2), 95-102.
- GROHOLT, B., EKEBERG, O., WICHSTROM, L. [et al.] (1997). Young suicide attempters: A comparison between among children's and adolescents completing suicide and age- and gender matched control. *Suicide Life Treatment Behavior*, 27, 250-263.
- GROVER, K. E., GREEN, K.L., PETTIT, J.W., MONTEITH, L.L., GARZA, M.J. & VENTA, A. (2009). Problem solving moderates the effects of life event stress and chronic stress on suicidal behaviors in adolescence. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (12), 1281-1290.
- HAGEDORN, J. & OMAR, H. (2002). Retrospective analysis of youth evaluated for suicide attempt or suicidal ideation in an emergency room setting. *International Journal of Adolescent Medical Health*, 14 (1), 55-60.
- HARRIS, E.C., & BARRACLOUGH, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 1, (170), 205-228.
- ISOMETSÄ, E.T., HENRIKSSON, M.M., ARO, H.M., MARTTUNEN, M.J., KUOPPASALMI, K.I. et al. (1996). Suicide among subjects with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153, 667-673.
- JIMÉNEZ, J., MONDRAGÓN, L. & GONZÁLEZ-FORTEZA, C. (2000). Autoestima y síntomatología depresiva en la ideación suicida. *La Psicología Social en México*, VIII, 185-191. México: AMEPSO
- LAFUENTE, M.J. (2000). Patrones de apego, pautas de interacción familiar y funcionamiento cognitivo (de la década de los 70 a la de los 80). *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53, 165-190.
- LECRUBIER, Y. (2002). La influencia de la comorbilidad en la prevalencia de la conducta suicida. *European Psychiatry Edición Española*, 9, 90-94.
- MANN, J.J., OQUENDO, M., UNDERWOOD, M.D. & ARANGO, V. (1999). The neurobiology of suicide risk: A review for the clinician. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (2), 7-11.
- McDANIEL, J. S., PURCELL, D. W., & D'AUGELLI, A.R. (2001). The relationship between sexual orientation and risk for suicide: Research findings and future directions for research and prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 84-105.
- McGIRR, A., RENAUD, J., SEGUIN, M., ALDA, M., BENKELFAT, C., LESAGE, A. & TURECKI, G. (2007). An examination of DSM-IV depressive symptoms and Risk for suicide completion in major depressive disorder: A psychological autopsy study. *Journal of Affective Disorders*, 97, 203-209.
- MESTRE, V. (1992). *La depresión en población adolescente valenciana. Un estudio de seguimiento desde la infancia a la adolescencia*. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum.
- MEYER, B., PILKONIS, P.A., PROIETTI, J.M., HEAPE, C.L. & EGAN, M. (2001). Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course. *Journal of Personality Disorders*, 15, 371-389.
- NOCK, M. K., BORGES, G., BROMET, E. J., ALONSO, J., [et al.]. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192, 98-105.
- PHILIPPI, M.I. & ROSELLÓ, J. (1995). Ideación suicida en un grupo de jóvenes con depresión. *Ponencia presentada ante el XXV Congreso Interamericano de Psicología*, San Juan, Puerto Rico.

- PUIG-ANTICH, J., LUKENS, E., DAVIES, M. [et al.] (1985B). Psycho-social functioning in prepuberal major depressive disorders, II: Interpersonal relationships after sustained recovery from affective episode. *Archives of General Psychiatry*, 42, 511-517.
- RASCÓN, M. L., GUTIÉRREZ, M. L., VALENCIA, M., DÍAZ, R., LEAÑOS, C. & RODRÍGUEZ, S. 2004). Percepción de los familiares del intento e ideación suicida de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 27 (5), 44-52.
- REYNOLDS, W. M. & MAZZA, J. J. (1990). Suicidal behavior and depression in adolescents. *Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association*, Boston, USA.
- RODRÍGUEZ SACRISTÁN, J. (1992). *El sentimiento de soledad*. Servicio de publicaciones Universidad de Sevilla. España.
- ROS, S. (1997). *La conducta suicida*. Editorial Ela 1997. Grupo Arán.
- ROSELLÓ, J. & BERRÍOS, M. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología*, 38 (2), 295-302.
- RIESCH, S.K., JACOBSON, G., SAWDEY, L., ANDERSON, J. & HENRIQUES, J. (2008). Suicide ideation among later elementary school-aged youth. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 263-277.
- SANCHIS, F. (2008). *Apego, acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes*. Tesis Doctoral publicada. Universidad Ramón Llull. Barcelona. <http://www.tdx.cat/TDX-0723108-133810>
- SANCHIS, F. & SIMÓN, A. (en prensa). Conducta suicida y depresión en adolescentes. *Estudios de Psicología*.
- SERRANO, M.G., & FLORES, M.M. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 15 (2), 221-230.
- SIEGEL, D.J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, "mind sight", and neural integration. *International Mental Health Journal*, 22, 67-94.
- SIMÓN, A. (2009). *Ideación suicida en los adolescentes de la Comunidad Foral de Navarra y su correlación con el perfil personal para llegar a la prevención*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Navarra.
- SIMÓN, A. & SANCHIS, F. (en prensa). Perfil personal de adolescentes con ideación suicida patológica. *Apuntes de Psicología*.
- SMITH, P.K. (2004). Bullying: Recent developments. *Child and Adolescent MentalHealth*, 9, 98-103.
- SOURANDER, A., HELSTELA, L., HAAVISTO, A. & BERGROTH, L. (2001). Suicidal thoughts and attempts among adolescents: a longitudinal 8-year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 53, 59-66.
- THOMPSON, M., KURUWITA, CH. & FOSTER, M.(2009). Transitions in suicidal risk in a nationally representative sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44, 458-463.
- VALDÉS, M.J. & PÉREZ, B.M. (2004). La idea de suicidarse en universitarios. *La Psicología Social en México*, vol. X, 163-168. México: AMEPSO.
- VILLARDÓN, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- WHO (2001). Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.
- WHO (2006). Suicide rates per 100.000 per country year and sex. Recuperado 10 de Noviembre 2010 en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/print.
- WRIGHT, J., BRIGGS, S. & BEHRINGER, J. (2005). Attachment and the body in suicidal adolescents: A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*; 10 (4), 477-491.



CENTRO DE PSICOTERAPIA

Asesoramiento personal y de pareja

Problemas personales

- asertividad
- autoestima
- dependencia emocional
- Crisis existenciales
- Pérdida y duelo
- Trastornos de la personalidad

Crisis de ansiedad

- Obsesiones
- Fobias específicas
 - Agorafobia
 - Claustrofobia
 - Fobia social
- Anorexia, bulimia
- Hipocondría
- Estados depresivos

Problemas de pareja

- Comunicación
- Intimidad
- Compromiso
- Problemas sexuales
- Separación y divorcio

Supervisión clínica

Individual y en grupo

Numancia 52, 2º 2ª
08029 – Barcelona

Tel.: 933217532
626695512

www.centroitaca.com
centroitaca@gmail.com

INTENTO DE SUICIDIO Y BÚSQUEDA DE SENSACIONES EN ADOLESCENTES

Jorge Raúl Palacios Delgado

Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México

E-mail: kobuj@yahoo.com.mx

Berenise Sánchez Torres

Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México

Patricia Andrade Palos

Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México

In last years the suicidal behavior is a prevalent behavior in Mexican adolescents and contributes to elevated rates for many problems of health. The literature has showed the multiples causes for suicidal attempt and personality variables have demonstrated an association with this behavior. The objective of this research was analyzed the differences and correlates of sensation seeking in suicidal behavior in a sample of Mexican youths. The studied sample was formed by 550 teenagers between 14 and 23 years old, 260 males and 290 females, students of public high schools in Mexico City. New scale measuring sensation seeking was used. The youths completed a survey which assessed suicidal behavior. Adolescents were classified into two groups: a suicidal attempt and a non suicidal attempt. The results indicated differences between male and female in suicidal attempt. Compared with control group, the suicidal attempt group had the highest levels of sensation seeking. Was showed correlations between sensation seeking and level of lethality.

Keywords: Suicidal behavior, lethality, sensation seeking, adolescents.

INTRODUCCIÓN

El comportamiento suicida está constituido por diferentes etapas, las cuales no son necesariamente secuenciales ni indispensables, entre ellas se puede encontrar la ideación suicida, la contemplación activa del propio suicido, la planeación y preparación, la ejecución del intento suicida y el suicido consumado (Rivera, 2007). Pueden presentarse casos donde se haya pasado por todas las etapas para llegar a la muerte, o bien, casos donde el suicidio se consume sin preámbulos, pero la interacción de estas etapas incrementa el riesgo suicida (González-Forteza, Mariño,

Rojas, Mondragón y Medina-Mora, 1998).

En el presente artículo se discutirá sobre el intento de suicidio, el cual se define como un acto o conducta que realiza una persona con el objeto de atentar contra su propia existencia sin lograrlo (Rivera y Andrade, 2006). No siempre el intento o propósito suicida tiene como finalidad el hecho de quitarse la vida, si no que una persona se puede autoinflingir una lesión no necesariamente para morir, sino con la finalidad de obtener ganancias secundarias, como llamar la atención o para manipular; de esta forma, la persona se puede poner en riesgo, ya que puede morir sin habérselo propuesto o bien, puede suceder lo contrario, no muere aún deseando hacerlo (González-Forteza, Villatoro, Alcazar, Medina-Mora, Fleiz, Bermúdez y Amador, 2002).

En México, durante los últimos años ha incrementado el índice de intentos de suicidio y de suicidios consumados, convirtiéndose en un problema de salud pública. El Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2005) señaló que en el año 2004 se registraron 3324 intentos de suicidio, de los cuales la primera causa fue por un disgusto familiar (280 casos), la segunda fue por una dificultad amorosa (230 casos) y el tercer motivo se debió a una enfermedad grave e incurable (172 casos). En este mismo periodo, los estados que tuvieron una prevalencia mayor fueron: Veracruz (324 casos), Jalisco (316 casos), Chihuahua (192 casos) y el Distrito Federal (189 casos). Además, la mayoría de los suicidios consumados se llevaron a cabo por jóvenes entre los 15 y 19 años (12.6%). Al hacer el análisis por sexo la encuesta encontró que en los hombres la mayoría tenía entre 20 y 24 años (12.3%), seguido por los de 15 y 19 años (11.6%), en las mujeres, la mayoría de los suicidios se ubicaron entre los 15 y los 19 años de edad (16.3%), esta misma encuesta señala que los varones son quienes más lo consiguen (8.5%) en comparación con las mujeres (6.3%).

Los reportes del intento suicida en adolescentes de la Ciudad de México señalan que, en el año 1997 la proporción fue de 8.3% y para el año 2000 se incrementó a 9.5% (González-Forteza et al. 2002). En cuanto a las diferencias por sexo, González-Forteza et al., (2002) mencionaron que en 1997 la prevalencia en las mujeres fue de 12.1% y en los hombres de 4.3% lo que representa una proporción de tres mujeres por cada hombre. En el año 2000, la prevalencia en las mujeres aumentó a 15.1% y en los hombres disminuyó a 3.9%, por lo que la proporción hombre-mujer se incrementó a casi 4:1, estos mismos autores reportaron que casi una de cada cuatro mujeres con intento ya lo ha llevado a cabo dos o más veces en su vida (en 1997, 23.6% y en 2000, 25.9%). En los hombres se observó un incremento, ya que en 1997 la proporción de intentos recurrentes fue de casi 1:5 (18.8%) y en 2000 fue de uno por cada tres, es decir, aproximadamente 29%.

La literatura indica que los hombres ejecutan el suicidio con una frecuencia de cinco veces mayor que las mujeres, así mismo, se señala que las mujeres intentan suicidarse tres o cuatro veces más frecuentemente que los hombres (Andrade,

Betancourt y Camacho 2003; Cohen, Spirito y Brown, 1996; Palacios, Andrade y Betancourt, 2006). Si bien la problemática del intento suicida predomina en la población femenina, siguen siendo los varones quienes más consiguen suicidarse. Por otra parte, González-Forteza, et al. (2002) señalaron que la edad en que se realizó el único o último intento suicida por los hombres y las mujeres fue aproximadamente a los 13 años (con rangos entre los 10 y 15 años), es decir, se puede considerar que en este tiempo cursaban los últimos años de la primaria o la secundaria, por lo que estos niveles educativos constituyen los sectores más propicios para la atención y prevención de la conducta suicida.

El intento de suicidio es multicausado, para su estudio se han propuesto algunos modelos teóricos que explican los factores que influyen en el intento de suicidio, dentro de estos estudios se puede destacar el modelo de riesgo suicida en adolescentes de Spirito, Overholser y Vinnick (1995), en este modelo los autores señalan que existen factores predisponentes, los cuales al asociarse con algunos estresores (dificultades sociales, escolares y familiares) y con estados emocionales negativos (disforia, desesperación, enojo), influyen en conductas de afrontamiento desadaptativas y en su conjunto inciden en la conducta suicida. Otro modelo conceptual propuesto por Beautrais (1998) asume la relación entre el factor social, de personalidad y el familiar, así como la interacción entre la susceptibilidad individual (desórdenes psiquiátricos) y altos niveles de exposición a eventos de vida estresantes, quienes en su conjunto tienen una directa o indirecta contribución sobre el riesgo de intentar suicidarse. Stoelb y Chiriboga (1998) propusieron un modelo para medir el grado de riesgo suicida, considerando que los factores asociados a la problemática suicida pueden dividirse en: primarios (intentos previos, desórdenes afectivos y desesperanza), secundarios (el abuso de substancias, rasgos de personalidad o desórdenes conductuales) y finalmente los factores situacionales (funcionamiento familiar, exposición a suicidios, soporte social y estrés).

Dentro de los modelos explicativos en torno al intento de suicidio un aspecto central es el efecto que tienen las variables individuales en este comportamiento, de los cuales se destacan los pensamientos, conductas y las expectativas del intento de suicidio (Brown, Henriques, Sosdjan y Beck, 2004; Nock, Holmberg, Photos y Michel, 2007), asimismo, el locus de control, la desesperanza (Spann, Molock Barksdale, Matlin y Puri, 2006) o percibirse con menos recursos (Kaslow, Okun, Young, Wyckoff, Thompson, Price, Bender, Womey, Goldin y Parker, 2002; Rivera, 2007).

La investigación ha documentado que la personalidad es un eje de análisis de los correlatos que inciden en el intento de suicidio en adolescentes. La evidencia menciona que los trastornos psicoafectivos (González-Forteza, Berenson, Tello, Facio y Medina- Mora, 1998), la ansiedad (Goldston, Reboussin y Daniel, 2006), la impulsividad (Horesh, Gothelf, Weizman y Aptek, 1999), el neuroticismo (Beautrais, 1998), la extroversión (Roque, Valadez, González de Mendoza, Vega,

Flores y Valencia, 2004) o rasgos de personalidad como paranoia, psicasteria o desviación psicopática (Loza, Lucio y Durán, 1998) y especialmente el rol que tienen factores intermediarios, en particular la depresión (Goldston, et al., 2006; González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, 2003) se han postulado como explicaciones del intento de suicidio.

En este sentido Harrington (2001) considera que la conducta suicida en los adolescentes puede explicarse a partir de la combinación de la depresión con ciertas características de personalidad, tales como la agresión o la propensión a tomar riesgos. Rosenbloom (2003) menciona que se han integrado y modificado los factores de personalidad que se consideran relevantes en la presencia de conductas de riesgo, clasificando el rango de dimensiones de personalidad en tres grupos: a) relaciones y características generales de personalidad; b) características de integración de personalidad, por ejemplo, las tres dimensiones de personalidad de Eysenck: introversión- extroversión, psicoticismo y neuroticismo; c) el impulso o motivación, por ejemplo, la impulsividad y la búsqueda de sensaciones aventuradas.

Como se puede observar en el comportamiento suicida intervienen una serie de factores de naturaleza multicausal, ya sea como factores aislados o bien factores derivados de los modelos previamente presentados, los cuales se relacionan con aspectos del intento de suicidio. Cabe señalar que dentro de estos factores los rasgos de personalidad parecen tener un rol importante cuando se busca entender el intento suicida. Dentro de las características de personalidad, un rasgo que se encuentra implicado en múltiples conductas de riesgo es la búsqueda de sensaciones (Cooper, Agocha y Sheldon, 2000; Cooper, Wood, Orcutt y Albino, 2003; Horvath y Zuckerman, 1993; Newcomb y McGee, 1991), a pesar de ello se le ha dado poco interés en el momento de entender su relación con el intento de suicidio.

La búsqueda de sensaciones es un rasgo de personalidad que se define como la necesidad por experimentar variadas y complejas sensaciones, así como el deseo de correr riesgos físicos y sociales, por el simple deseo de disfrutar de tales experiencias; este concepto se considera multifacético y multidimensional, ya que puede englobar componentes como la búsqueda de emoción y aventura, búsqueda de experiencias, desinhibición y susceptibilidad al aburrimiento (Zuckerman, 1994). El presente artículo utilizará esta definición en la evaluación de la búsqueda de sensaciones.

El término búsqueda se refiere a un rasgo que es expresado de forma activa y el de sensación al efecto sensorial de la estimulación externa que afecta al individuo, este último es muy importante para definir su valor como reforzador primario, es decir, el estímulo externo que se busca para maximizar las sensaciones. Aquella persona que busca sensaciones, se caracteriza por llevar a cabo acciones inusuales, que para otros serían peligrosas y arriesgadas, (Zuckerman, 1979; 1994; Zuckerman y Kuhlman, 2000). Desde nuestra perspectiva, la búsqueda de sensaciones es un rasgo de personalidad con un fundamento bioconductual (Roberti, 2004; Zuckerman,

1994; 2007) debido a que se ha demostrado que la búsqueda de sensaciones es parte de patrones conductuales específicos. La evaluación de este rasgo permitirá identificar adolescentes que busquen o deseen buscar novedad o estimulación.

Búsqueda de Sensaciones e Intento de Suicidio

Existe evidencia que vincula la búsqueda de sensaciones con el intento de suicidio, por ejemplo en los estudios sobre conducta suicida y búsqueda de novedad (Becerra, Paez, Robles-García y Vela, 2005; Ferguson, Beautrais y Horwood, 2003; Guillem, Pelissolo, Notides y Lépine, 2002) se encontró que la búsqueda de novedad es mayor en personas que han intentado suicidarse comparados con quienes no lo han intentado.

Bolognini, Laget, Plancherel, Atéphan, Corcos y Halfon (2002) estudiaron la relación entre el intento de suicidio y el abuso de drogas a partir de rasgos de personalidad, los autores encontraron que las personas con intento de suicidio tuvieron un puntaje elevado en la escala de búsqueda de experiencias en comparación con los que no lo habían intentado. Los autores consideran que la búsqueda de sensaciones es una característica de las personas que presentan abuso de drogas, así mismo (ambos consumo de drogas y búsqueda de sensaciones) son predictores significativos en mujeres con intento de suicidio. Si bien se encuentra un efecto significativo de la búsqueda de sensaciones sobre el intento de suicidio, los autores no controlaron el efecto que puede tener al consumo de drogas sobre el intento de suicidio, ya que hay jóvenes que se intentan suicidar sin haber consumido drogas o bien existen jóvenes que consumen drogas y no se intentan suicidar, de ahí la importancia de encontrar el efecto único que puede tener la búsqueda de sensaciones sobre el intento suicida.

Por otra parte, Vermeiren, Schwab-Stone, Ruchkin, King y Van Heeringen (2003) señalan que altos niveles de búsqueda de sensaciones se encuentran en hombres que han intentado suicidarse en comparación con los que no lo han intentado. Asimismo se ha encontrado que las personas que no han intentado suicidarse difieren de los que lo han intentado una o más veces en su búsqueda de sensaciones, específicamente en la dimensión de desinhibición. Para la dimensión de susceptibilidad al aburrimiento se encuentran diferencias entre quienes lo han intentado una vez y los que lo han intentado varias veces, sin embargo, no existen diferencias significativas entre quienes lo han intentado y los que no (Laget, Plancherel, Stéphan, Bolognini, Corcos, Jeammet y Halfon, 2006).

JUSTIFICACIÓN

El intento de suicidio por su prevalencia e incidencia en los jóvenes se ha convertido en un problema de salud pública, debido a esto, la investigación ha identificado los factores que afectan este comportamiento. La evidencia mostrada señala la interrelación entre la búsqueda de sensaciones y conductas como el

consumo de alcohol, tabaco o drogas, entre otras, así como su influencia en la presencia de estos comportamientos, sin embargo, existe poca evidencia que estudie de forma específica la búsqueda de sensaciones y el intento de suicidio, adicionalmente los estudios que sí lo hacen no incorporan indicadores de letalidad, ya que se ha documentado (Brown, et al., 2004; González-Forteza, et al., 2002; Nock, et al., 2007) que la letalidad o el deseo de morir incide directamente en el intento de suicidio, de ahí que en el presente estudio se incorpore el deseo de morir como indicador de la letalidad del intento de suicidio. Se espera una asociación de los rasgos de personalidad (búsqueda de sensaciones) con la letalidad y el intento de suicidio.

Aunado a lo anterior, el estudio de la búsqueda de sensaciones con un nuevo instrumento de medición, ofrece apoyo empírico a este constructo, debido a que la búsqueda de sensaciones como rasgo de personalidad permite definir qué tanto posee un individuo este rasgo y la forma característica de responder ante determinadas situaciones. Al mismo tiempo se contribuye con evidencia del efecto que tiene este rasgo en el intento de suicidio, ya que en México no existen estudios que investiguen la relación entre la búsqueda de sensaciones y el intento suicida. Por lo anterior, los objetivos de esta investigación son describir las características del intento de suicidio, determinar las diferencias en la búsqueda de sensaciones entre los adolescentes que han y no han intentado suicidarse, así como conocer el grado de asociación entre la búsqueda de sensaciones y la letalidad (deseo de morir).

MÉTODO

Participantes

Se seleccionó una muestra no probabilística de 550 jóvenes, 260 hombres y 290 mujeres, con un rango de edad entre 14 y 23 años y una media de 16.88 años, estudiantes de dos escuelas públicas de educación media superior del Distrito Federal.

Instrumento

Para medir el intento de suicidio se utilizaron las respuestas a los reactivos del instrumento de González-Forteza (2002), el cual se operacionalizó a través de la respuesta afirmativa a la pregunta: ¿Alguna vez a propósito te has hecho daño con el fin de quitarte la vida?, la edad del único/último intento, así como, el motivo para hacerlo.

Para medir la búsqueda de sensaciones se elaboró una escala que lleva el mismo nombre compuesta por 59 reactivos. Para obtener la validez de constructo y someter a prueba la estructura empírica subyacente, se realizó un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación ortogonal para obtener la agrupación de los ítems. La solución factorial obtenida explica el 55.8% de la varianza

total, revelando ocho dimensiones: búsqueda de placer (14 reactivos, $\alpha=.925$, rango de 14 a 55, p.e. busco cosas placenteras), búsqueda de riesgo (9 reactivos, $\alpha=.906$, rango de 9 a 36, p.e. me gusta hacer cosas arriesgadas), búsqueda de emociones (8 reactivos, $\alpha=.866$, rango de 8 a 35, p.e. me gustan las emociones fuertes), búsqueda de novedad (7 reactivos, $\alpha=.864$, rango de 8 a 28, p.e. me gusta vivir experiencias nuevas) búsqueda de experiencias y aventura (8 reactivos, $\alpha=.834$, rango de 8 a 32, p.e. me gustaría explorar lugares extraños), desinhibición (4 reactivos, $\alpha=.869$, rango de 4 a 16, p.e. disfruto la compañía de personas desinhibidas), búsqueda de lo inusual (4 reactivos, $\alpha=.713$, rango de 4 a 16, p.e. me visto con un estilo extravagante), susceptibilidad al aburrimiento (5 reactivos, $\alpha=.766$, rango de 5 a 20, p.e. me aburro si tengo que estar en mi casa). La escala cuenta con cuatro opciones de respuesta tipo Likert (nunca a siempre), la cual se encuentra fundamentada en el planteamiento teórico de Zuckerman, (1979; 1991; 1994; 2007) y Roberti (2004).

Procedimiento

Se aplicó el instrumento a los adolescentes de manera grupal, utilizando los grupos escolares para tal fin. Se les pidió que respondieran un cuestionario el cual había sido elaborado para conocer algunas actividades que realizan jóvenes de su edad, sugiriéndoles que fueran honestos ya que la información que dieran era confidencial y se utilizaría únicamente para fines de investigación. Su participación fue voluntaria y al final de la aplicación se entregó a cada participante una lista de números telefónicos de centros de apoyo psicológico.

RESULTADOS

De los 550 adolescentes encuestados, el 12.5% informó que ha intentado quitarse la vida, de éstos, el 28.9% fueron hombres y el 71% mujeres, a su vez el 15.9% de los hombres y el 46.3% de las mujeres que reportaron intento suicida, lo han hecho una sola vez, asimismo el 13% de los varones y 24.6% de las mujeres lo han intentado dos o más ocasiones. La edad promedio del único o último intento fue de 15.28 ($sd=1.6$) años para el total de los adolescentes. En los varones la edad de intento fue a los 15.65 ($sd=1.7$) años y en las mujeres fue a los 15.14 ($sd=1.5$) años, es decir, que la conducta suicida se llevó a cabo durante los años de secundaria. No se encontraron diferencias significativas en la edad del intento entre hombres y mujeres ($t=1.18$, $p=.241$).

En cuanto a los motivos que llevaron a los jóvenes a cometer el intento suicida, se encontró que al considerar el total de los adolescentes el motivo más frecuente corresponde a la dimensión emocional, de forma específica la soledad, la tristeza y la depresión, obteniendo el porcentaje mayor con 46.9%, seguido de la incomprendimiento, falta de cariño y decepción (17.2%) y por último una baja autoestima, tanto para hombres como para las mujeres. Para el caso de la esfera interpersonal, tanto

para hombres como para mujeres, corresponde a los problemas familiares (17.2%) y los problemas personales representa un 12.5%. respecto a los eventos que precipitaron el intento se encontró con un 1.6% la ausencia de los padres y problemas escolares y con un 1.6% los problemas económicos.

Al tomar en cuenta el 12.5% de adolescentes que intentaron quitarse la vida, el método utilizado con mayor frecuencia para llevar a cabo el intento suicida fue utilizar algún objeto punzocortante (71.7%). El segundo método utilizado fue la intoxicación con pastillas y/o medicamentos con un porcentaje de 20%, seguido de aventarse con un 5%, por último se encuentra el ahorcarse o asfixiarse, con 3.3% que se encontró solo para los hombres. Con la finalidad de conocer si el intento suicida les había dejado alguna consecuencia, se indagó si fueron hospitalizados y solo el 1.5% respondió afirmativamente a esa pregunta. El indicador que evaluó el deseo de morir indicó que el 0.8% de hombres y 5.5% de mujeres no querían morir, el 3.5% de hombres y 5.5% de mujeres no le importaba si moría o vivía y el 3.5% de hombres y 5.9% de mujeres deseaba morir. Significativamente ($t=-2.53, p=.012$) el deseo de morir es mayor en las mujeres ($M=1.34, sd=.83$) que en los hombres ($M=1.18, sd=.65$, rango de 1-4) (ver Tabla 1). Para analizar la relación entre el intento suicida y el grado de letalidad se realizó una correlación de Pearson, encontrando una $r = .80, p<.001$, es decir, que existe un asociación positiva y significativa entre el intento de suicidio y el grado de letalidad.

Tabla 1. Letalidad del intento de suicidio por sexo

Letalidad	Total	Hombres* (n=20)	Mujeres* (n=49)
Nunca lo he hecho	87.5%	92.3%	83.1%
No quería morir	3.3%	0.8%	5.5%
No les importaba si vivían o morían	4.5%	3.5%	5.5%
Deseaban morir	4.7%	3.5%	5.9%

*Porcentajes calculados sobre cada total de hombres y mujeres

Para poder realizar las comparaciones entre los que habían intentado suicidarse y los que no lo habían hecho, se recodificó la variable de intento de suicidio, de manera que las opciones una vez y más de una vez del intento suicida quedaron conformadas como el grupo que había llevado a cabo el intento suicida, además se igualó la muestra por sexo y edad, con la finalidad de que quedaran grupos equivalentes ($N=69$). Para analizar las diferencias en la búsqueda de sensaciones en los adolescentes que habían intentado suicidarse y los que no, se utilizó la prueba t de Student.

La Tabla 2 muestra que los jóvenes que han intentado suicidarse buscan más placer, riesgos y emociones intensas, les gusta realizar actividades novedosas, buscan experiencias y aventura, son desinhibidos y buscan hacer cosas inusuales a diferencia de los jóvenes que no han intentado suicidarse. La susceptibilidad al

aburrimiento no mostró ser diferente entre estos dos grupos. La característica de personalidad que se estimó en mayor proporción fue la búsqueda de riesgo ($OR=1.1$, IC 95% = 1.0- 1.1, $p<.001$; pseudo R^2 de Nagelkerke=.15), es decir, los adolescentes que buscan riesgos tienen 1.1 veces mayor probabilidad de intentar suicidarse.

Tabla 2. Diferencias en el Intento de suicidio y la Búsqueda de Sensaciones

	Con intento (N=69)		Sin intento (N=69)		<i>t</i>	η^2
	M	SD	M	SD		
Búsqueda de Placer	34.8 8	10.92	29.67	8.40	-3.15**	.06
Búsqueda de Riesgo	22.0 8	7.12	17.51	5.62	-4.19**	.11
Búsqueda de Emociones Intensas	24.7 6	6.23	22.45	6.49	-2.13*	.03
Búsqueda de Novedad	22.5 6	3.94	20.01	3.75	-3.90**	.10
Búsqueda de Experiencias y Aventura	24.1 4	5.43	20.40	5.27	-4.12**	.11
Desinhibición	10.8 2	3.72	9.37	2.97	-2.54**	.04
Búsqueda de lo Inusual	9.9 2	2.93	8.22	2.34	-3.77**	.09
Susceptibilidad al Aburrimiento	12.9 5	3.87	11.98	3.79	-1.49	.01

* $p < .05$ ** $p < .01$

Con la finalidad de conocer el grado de asociación entre el indicador de letalidad (deseo de morir) y la búsqueda de sensaciones, se realizó una correlación de Pearson. Los resultados mostraron que el grado de letalidad se asoció positivamente con la búsqueda de placer ($r = .26, p < .001$), la búsqueda de riesgo ($r = .30, p < .001$), la búsqueda de emociones intensas ($r = .19, p < .05$), la búsqueda de novedad ($r = .33, p < .001$), la búsqueda de experiencias y aventura ($r = .31, p < .001$), la desinhibición ($r = .17, p < .05$) y la búsqueda de lo inusual ($r = .27, p < .001$). La susceptibilidad al aburrimiento no mostró asociarse de forma significativa ($r = .10, p = .232$) con el grado de letalidad.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos respecto a la frecuencia, edad y métodos del intento suicida coinciden con lo encontrado en otros estudios (Andrade et al., 2003; Cohen

et al., 1996; González- Forteza et. al., 2002; INEGI, 2005; Palacios et al., 2006) ya que se observa que las mujeres son las que intentan suicidarse con mayor frecuencia en comparación con los hombres, así mismo la edad promedio del único o último intento suicida fue alrededor de los 15 años, el método más utilizado fueron los objetos punzocortantes y la intoxicación con pastillas o medicamentos. Si se toma como base la edad promedio del intento suicida, así como las desviaciones estándar, se puede considerar que en este periodo de edad, los jóvenes cursaban los últimos años de la secundaria, por lo que niveles educativos como la primaria y la secundaria constituyen sectores propicios para la prevención y la atención de la conducta suicida, además de que los últimos años de primaria, resultan ser poblaciones idóneas para realizar programas de prevención, así como, para promover una educación para la salud en dos sentidos, primero para que se actúe antes de que se presente la conducta suicida y segundo dotando a los niños y adolescentes de recursos para el manejo de emociones como la tristeza, por ser el motivo principal por el cual se han intentado suicidar, así como trabajando los recursos a nivel clínico cuando la conducta ha ocurrido sin desenlace mortal, para evitar que vuelva a ocurrir.

En este estudio, el motivo más frecuente que llevó a los jóvenes a intentar suicidarse se encontró dentro de la dimensión emocional, es decir, la soledad, la tristeza y la depresión, hallazgo diferente con los reportes del INEGI (2005), los cuales señalan que la primera causa de intento suicida fue por disgustos familiares, así como lo reportado por otros autores (González-Forteza et al., 2002; Palacios, et al, 2006) quienes señalan como motivo principal a los problemas familiares que corresponde a la dimensión interpersonal. Tales diferencias pudieron ser debidas a la muestra seleccionada, o bien que en este grupo de adolescentes, la dimensión emocional es un motivo más fuerte para intentar suicidarse que los motivos familiares, o quizás se sienten mas solos, tristes y deprimidos por los problemas familiares.

De acuerdo a los porcentajes obtenidos en cuanto al grado de letalidad, existen similitudes en comparación con el estudio de González-Forteza et. al, (2002), quienes reportan que el porcentaje de aquellas personas que deseaban morir es ligeramente mayor en las mujeres, similar con los hallazgos obtenidos de este estudio. La letalidad en el intento de suicidio cobra relevancia ya que, el deseo de morir no necesariamente significa que se va a producir un daño con desenlace fatal, sin embargo, la suma de elementos como el deseo de morir, junto con el objeto con el que se produce el daño (p.e una arma de fuego) incrementa la probabilidad y/o letalidad para consumar el acto.

Por otra parte, el análisis de medias señaló que son las mujeres las que muestran un mayor grado de letalidad en comparación con los hombres, medido a través del deseo de morir; a pesar de lo anterior, cuando se habla de letalidad por medio de los suicidios consumados se destaca que son los varones quienes utilizan métodos mas

letales según lo reportado por el INEGI (2005) respecto a los suicidios consumados (aunque no se señale el sexo de quien los cometió), así como lo señalado en estudios previos (Andrade et al., 2003; Cohen et al., 1996; Palacios et al., 2006), es decir, que aunque la problemática del intento suicida predomina en la población femenina, siguen siendo los varones quienes más consiguen suicidarse. Complementando lo anterior, la evidencia mostrada deja claro que en los adolescentes que han intentado suicidarse más veces, el deseo de morir es mayor, como se muestra en la correlación entre el deseo de morir y el intento suicida.

Con referencia a las comparaciones entre los adolescentes que han intentado suicidarse y los que no, los resultados presentados muestran evidencia a favor de que los adolescentes que han intentado suicidarse presentan mayores niveles de búsqueda de sensaciones en comparación con los que no han cometido un acto suicida (Becerra et al., 2005; Bolognini et al., 2002; Ferguson et al., 2003; Guillem et al., 2002; Laget et al., 2006; Vermeiren et al., 2003). Lo anterior permite entender que los jóvenes altos en búsqueda de sensaciones evalúan el riesgo como bajo, esta disminución del riesgo aumenta la necesidad de experimentación e incrementa la probabilidad de que adolescentes altos en búsqueda de sensaciones tiendan a experimentar y a realizar actividades que dan la oportunidad de intentar quitarse la vida, es decir, es probable que los adolescentes con puntajes elevados en búsqueda de sensaciones no evaluaran al intento suicida como un gran daño, sino que sólo buscaban autolesionarse, incrementando el rango de nuevas y variadas conductas.

El análisis por dimensión muestra que todas las dimensiones de la búsqueda de sensaciones son diferentes entre los que han intentado suicidarse y los que no, excepto en la susceptibilidad al aburrimiento, diferente a lo reportado Bolognini et al., (2002) quienes señalan que sólo la búsqueda de experiencia es un predictor importante del intento de suicidio en mujeres. La diferencia encontrada entre el estudio de Bolognini et al., (2002) y el nuestro puede ser debida a que en el estudio de Bolognini et al., (2002) evaluaron a usuarios de drogas y esta variable puede estar interviniendo al hacer los análisis, debido a que los autores no controlaron el efecto que esta variable (consumo de drogas) pueda tener sobre el intento de suicidio, de ahí que las diferencias entre ambos estudios puede deberse a la interacción entre el consumo de drogas, la búsqueda de sensaciones y el intento de suicidio.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que la búsqueda de sensaciones es un importante correlato en la presencia del intento suicida. La comparación de medias (con tamaños de efecto de moderados a grandes, es decir, valores h^2 superiores a .03) permite mostrar evidencia que señala la importancia de estudiar este rasgo como un aspecto importante cuando se trabaja con adolescentes que han intentado suicidarse. Las distintas manifestaciones que tiene este rasgo y el efecto que tiene sobre el intento de suicidio puede ser atribuido a que la búsqueda de sensaciones es una característica de personas que les gusta correr riesgos (Bolognini et al., 2002; Guillem et al., 2002; Horvath et al., 1993; Rosenbloom, 2003); lo anterior

debido a que se propone que los individuos altos en búsqueda de sensaciones funcionan y se sienten mejor con un alto nivel de activación cortical, ya que son motivados a realizar actividades que incrementan su activación sensorial (Newcomb et al., 1991; Zuckerman, 1991).

La evidencia antes mostrada permite explicar que en el intento de suicidio se incluye una alta búsqueda de novedad (Becerra et al, 2005; Bolognini et al, 2002; Guillem et al, 2002) y en estos individuos la búsqueda de sensaciones puede ser satisfecha por una variedad de actividades que estimulan los sentidos (Newcomb et al., 1991; Zuckerman, 1979; 1994; 2007), en este caso hacerse daño a si mismo (a), estimulando así sus sentidos y buscando nuevas experiencias, con la finalidad de sustituir el dolor emocional por un dolor físico a través de los sentidos.

La presencia de la búsqueda de placer y la búsqueda de emociones intensas en el intento de suicidio permite vislumbrar que el intento de suicidio es una forma de eliminar emociones negativas (probablemente depresión, ansiedad, enojo o estrés) (Beautrais, 1998; Goldston, et al., 2006; González-Forteza et al., 2003; Spirito et al., 1995) y que hacerse daño a si mismo permite ir en búsqueda de estímulos que provoquen placer (Bolognini et al, 2002; Guillem et al, 2002), debido a que la búsqueda de estímulos placenteros contribuye al riesgo de intentar suicidarse (Bolognini et al, 2002; Cohen et al., 1996; Guillem et al, 2002), es decir, el intento de suicidio podría ser el resultado experimentar y probar algo nuevo o por una necesidad de sentir sensaciones novedosas (Cooper et al, 2003; Newcomb et al, 1991; Zuckerman, 1991; Zuckerman et al, 2000) lo que los conduce a provocarse un daño así mismo.

Respecto a la dimensión de búsqueda de lo inusual, los adolescentes que presentan tentativa de suicidio muestran valores altos en este factor comparados con los que no lo han intentado, es decir, que los adolescentes con intento de suicidio, son adolescentes con un estilo extravagante, que hacen cosas fuera de lo común, en este caso intentar suicidarse, además de que buscan estímulos novedosos como escuchar música nueva e inusual (Zuckerman, 1979; 1991). En este sentido aquella persona que busca sensaciones, se caracteriza por llevar a cabo acciones inusuales y es más extrovertido (Zuckerman, 1979; 1994; Zuckerman et al, 2000). La manifestación de este rasgo permite entender que los adolescentes que intentan suicidarse expresan un estilo de vida no conformista, y realizar una tentativa de suicidio parece ser otra manifestación de inconformidad ya sea interna o externa. Al respecto Cooper et al, (2000) señalan que las personas altas en extroversión se involucran en actividades de riesgo para sentir afecto y emociones positivas, debido a que son más susceptibles a las señales de recompensa. Otros autores (Loza et al., 1998; Roque et al., 2004) argumentan que los adolescentes que han intentado suicidarse son extravagantes y no miden el peligro.

En el presente estudio no se encontraron diferencias en la susceptibilidad al aburrimiento entre los adolescentes que han cometido alguna tentativa de suicidio

y los que no, de manera similar a lo encontrado por Leget et al, (2006) quien sólo encuentra diferencias en esta dimensión entre los que han intentado suicidarse una vez y los que lo han intentado varias veces, y no en los jóvenes que no lo han intentado comparados con los jóvenes que si han intentado suicidarse.

En cuanto al grado de letalidad y la búsqueda de sensaciones, los hallazgos de este estudio muestran que aquellos adolescentes que se han intentado suicidar y que se describen como buscadores de placer, de riesgos, de emociones intensas, que manifiestan interés por experimentar cosas novedosas, buscar experiencias y aventura, ser más desinhibidos, así como hacer cosas inusuales, el deseo de morir es mayor. En la investigación previa sobre búsqueda de sensaciones e intento de suicidio no se había estudiado el grado de letalidad, la incorporación de este indicador en el presente estudio ayuda a conocer cómo la búsqueda de sensaciones se relaciona tanto con el intento como con el deseo de morir.

Lo anterior permite entender que cuando se estudia el intento de suicidio, la letalidad necesita ser evaluada como lo sugieren algunos autores (Brown et al, 2004; González-Forteza et al, 2002; Nock, et al, 2007) quienes señalan que la intención y la letalidad son elementos diferentes de las lesiones autoinflingidas y subdimensiones independientes del comportamiento suicida, pero no mutuamente excluyentes y sin embargo se complementan entre si. Desde nuestra perspectiva agregaríamos el método con el cual se intentan suicidar, como un elemento adicional en el estudio del intento suicida, de manera que estos tres elementos necesitan evaluarse para poder identificar con precisión a los posibles suicidas. La interacción entre la intención, el grado de letalidad y el método utilizado para atentar contra la vida, pone de manifiesto que la conducta suicida en los adolescentes conlleva un riesgo en relación con las secuelas físicas y/o emocionales del intento, además revela que la problemática suicida está presente en la población escolar y por lo mismo necesita ser atendida (González-Forteza et. al, 2002).

Es importante hacer notar que el intento de suicidio no sólo es una reacción a una variable específica (en este caso la búsqueda de sensaciones como rasgo contribuye en cierto grado [$h^2 = .11$] a la presencia de este comportamiento) sino a varias, ya que intervienen una serie de factores como se mostró en los modelos explicados anteriormente, además atentar contra la propia vida es una forma de evitar o escapar de una serie de dificultades en la vida de las personas, algunos individuos no consiguen modificar lo que les afecta en su vida y por tanto recurren a esta opción de forma recurrente, en ambos casos estos jóvenes se encuentran en un proceso de desajuste, para lo cual es necesario brindar toda la ayuda necesaria. Por esta razón, en el tratamiento de los individuos quienes han intentado suicidarse no sólo se debe de centrar en los motivos o las intenciones, sino que se debe de

indagar las necesidades de estimulación (búsqueda de sensaciones) que llevaron a los adolescentes a intentar suicidarse, lo anterior se puede incluir en una perspectiva cognitivo conductual, en donde el manejo de los recursos personales sea la base de la prevención y el tratamiento (Laget et al, 2006; Rivera, 2007).

CONCLUSIONES

Como se ha descrito en la investigación sobre adolescentes la búsqueda de sensaciones influye en una serie de conductas de riesgo y el intento de suicidio como se ha mostrado en este estudio no es la excepción. Los adolescentes con intento de suicidio registraron un puntaje superior en la búsqueda de sensaciones manifestando conductas suicidas 1.1 veces mas, a diferencia de quienes no lo han intentado quienes cuentan con menos niveles de búsqueda de sensaciones, valoran mas el riesgo (como se observó la búsqueda de riesgo es la dimensión que mejor estima este comportamiento) y/o cuentan con mas recursos que les permite adaptarse a los problemas de la vida de forma distinta a los adolescentes altos en búsqueda de sensaciones y que han intentado suicidarse.

Identificar y reconocer a los adolescentes altos en búsqueda de sensaciones es un elemento importante a considerar en el campo de la prevención, debido a que la búsqueda de sensaciones ha sido identificada como un importante factor de riesgo en el consumo de sustancias adictivas y de la conducta antisocial. Si se logra entender cómo en la búsqueda de riesgo se encuentra implicada la necesidad de estimulación sensorial externa podremos entender que aquellas personas que buscan sensaciones, se caracterizan por llevar a cabo acciones, que para otros son peligrosas y arriesgadas, características presentes en el intento de suicidio. Con base en lo encontrado a nivel preventivo se debe de promover y/o fortalecer en los jóvenes recursos o destrezas que les ayuden a controlar situaciones adversas de su vida cotidiana, generando en ellos la capacidad de controlar y manejar situaciones problema, valorar los riesgos y no responder ante la adversidad con respuestas inadecuadas (hacerse un daño a sí mismo).

Por último, se debe de tener en cuenta que esos resultados no se pueden generalizar a toda la población adolescente, sino que reflejan lo que está pasando con una muestra de jóvenes de educación media superior y que para corroborar tanto la estructura de la nueva escala de búsqueda de sensaciones, como las diferencias en el intento de suicidio se podrían hacer comparaciones con muestras clínicas y confirmar los hallazgos obtenidos en este estudio.

En los últimos años el intento de suicidio ha aumentado en los adolescentes mexicanos convirtiéndose en un problema de salud pública. La investigación ha demostrado que las variables de personalidad se asocian con este comportamiento. Los objetivos de la presente investigación fueron describir el intento de suicidio, determinar las diferencias en la búsqueda de sensaciones entre los adolescentes que han y no han intentado suicidarse y conocer la asociación entre la búsqueda de sensaciones y la letalidad. Se seleccionó una muestra de 550 jóvenes, 260 hombres y 290 mujeres, entre 14 y 23 años, estudiantes de bachillerato de la Ciudad de México. Para medir la búsqueda de sensaciones se utilizó una nueva escala que mide este constructo. El intento de suicidio se midió a través de un cuestionario sobre conducta suicida. Se igualó la muestra por sexo y edad, con la finalidad de que quedaran grupos equivalentes. Los resultados mostraron diferencias entre hombres y mujeres en el intento de suicidio. Los jóvenes que han intentado quitarse la vida, presentan mayor búsqueda de sensaciones que los jóvenes que no lo han intentado. Asimismo se mostró una relación significativa entre el deseo de morir y la búsqueda de sensaciones.

Palabras clave: *Intento de suicidio, letalidad, búsqueda de sensaciones, adolescentes.*

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer a la Dra. Lilia Bertha Alfaro Martínez por su apoyo en la aplicación de los cuestionarios y por su interés en la presente investigación, así como a las autoridades de la Escuela Nacional Preparatoria que brindaron todas las facilidades para realizar este estudio.

Esta investigación estuvo financiada por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) proyecto # IN304607-2 con el nombre Recursos Psicológicos en Adolescentes.

Nota editorial:

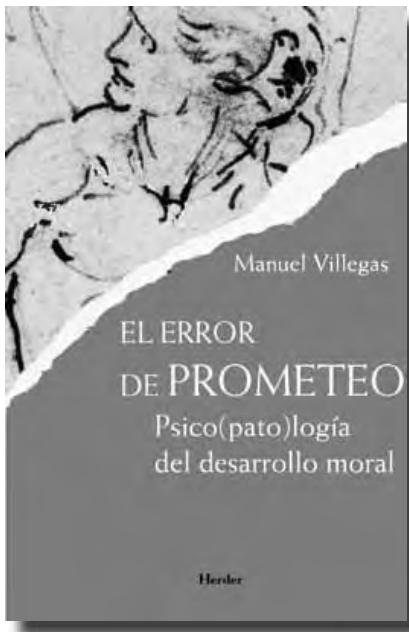
Este artículo fue publicado en la *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, Vol, 12, nº 1, Enero-Junio 2010, pp 53-75. Edita: Universidad Intercontinental México. Agradecemos a la Universidad Intercontinental y a los autores del artículo el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas

- ANDRADE, P. P., BETANCOURT, O. D. & CAMACHO, V. M. (2003). Ambiente familiar de adolescentes que han intentado suicidarse. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 19, 55- 64.
- BEAUTRAIS, A. (1998). Risk factors for serious suicide attempts among young people. En: Kosky, R. J., Eshkevari, H. S., Goldney, R. D. & Hassan, R. (Eds.), *Suicide prevention, the global context* (pp. 167- 180). New York: Plenum Press.
- BECERRA, B., PAEZ, F., ROBLES-GARCIA, R. & VELA, G. E. (2005). Perfil de temperamento y carácter de personas con intento suicida. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33 (2), 117-122.

- BOLOGNINI, M., LAGET, J., PLANCHEREL, B., STÉPHAN, P., CORCOS, M. & HALFON, O. (2002). Drug use and suicide attempts: the role of personality factors. *Substance use & Misuse*, 37 (3), 337-356.
- BROWN, G. K., HENRIQUES, G. R., SOSDIJAN, D. & BECK, A. (2004). Suicide intent and accurate expectations of lethality: Predictors of medical lethality of suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (6), 1170-1174.
- COHEN, Y., SPIRITO, A. & BROWN, L. (1996). Suicide and suicidal behavior. En: DiClemente, R. J., Hansen, W. B., y Lynn, P. E. (Eds.). *Handbook of adolescent health risk behavior* (pp. 193- 217). New York and London: Plenum Press.
- COOPER, M. L., AGOCHA, V. D. & SHELDON, M. S. (2000). A motivational perspective on risky behaviors: The role of personality and affect regulatory processes. *Journal of Personality*, 68, 1059- 1088.
- COOPER, M. L., WOOD, P., K., ORCUTT, H. K. & ALBINO, A. (2003). Personality and the predisposition to engage in risky or problem behavior during adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 390-410.
- FERGUSON, D. M., BEAUTRAIS, A. L. & HORWOOD, L. J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine*, 33, 61- 73.
- GOLDSTON, D. B., REBOUSSIN, B. A. & DANIEL, S. S. (2006). Predictors of Suicide Attempts: State and Trait Components. *Journal of Abnormal Psychology*, 115 (4), 842-849.
- GONZÁLEZ-FORTEZA, C., BERENZON, G. S., TELLO, G. A., FACIO, F., D. & MEDINA-MORA, M. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública de México*, 40, 430-437.
- GONZÁLEZ-FORTEZA C., MARIÑO M., ROJAS E., MONDRAGÓN L. & MEDINA M. (1998) Intento de Suicidio en Estudiantes de la Ciudad de Pachuca, Hgo. y su relación con el Malestar Depresivo y el uso de Sustancias. *Revista Mexicana de Psicología*, 15 (2), 165-175.
- GONZÁLEZ- FORTEZA, C., RAMOS, L. L., CABALLERO, G. A. & WAGNER, E. F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15 (4), 524- 532.
- GONZÁLEZ-FORTEZA C., VILLATORO V. J., ALCÁNTAR E. I., MEDINA-MORA MA. E., FLEIZ B. C., BERMÚDEZ L. P. & AMADOR B. N. (2002). Prevalencia de intento Suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 26 (6), 1-12.
- GUILLEM, E., PELISSOLO, A., NOTIDES, C. & LEPINE, J. (2002). Relationship between attempted suicide, serum cholesterol level and novelty seeking in psychiatric in-patients. *Psychiatry Research*, 112, 83- 88.
- HARRINGTON, R. (2001). Consecuencias psicosociales de la depresión adolescente. *Psiquiatría y Salud Integral*, 1 (2), 48-52.
- HORESH, N., GOTHELF, D., OFEK, H., WEIZMAN, T. & APTER, A. (1999). Impulsivity as a correlate of suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients. *Crisis*, 20 (1), 8-14.
- HORVATH, P. & ZUCKERMAN, M. (1993). Sensation seeking, risk appraisal, and risky behavior. *Personality and Individual Differences*, 14, 41 – 52.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (2005). Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios. México: Serie Boletín de Estadísticas Continuas, Demográficas y Sociales, 1- 17.
- KASLOW, N. J., THOMPSON, M. P., OKUN, A., PRICE, A., YOUNG, S., BENDER, M., WYCKOFF, S. T., TWOMEY, H., GOLDIN, J. & PARKER, R. (2002). Risk and protective factors for suicidal behavior in abused African American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 311 – 319.
- LAGET, J., PLANCHEREL, B., STÉPHAN, P., BOLOGNINI, M., CORCOS, M., JEAMMET, P. & HALFON, O. (2006). Personality and repeated suicide attempts in dependent adolescents and young adults. *Crisis*, 27(4), 164-171.
- LOZA C. G., LUCIO, G. E. & DURÁN P. C. (1998). Comparación entre la personalidad de un adolescente con intento suicida y sin intento suicida. *La Psicología Social en México*, 8, 80-85.
- NEWCOMB, M. & MCGEE, L. (1991). Influence of sensation seeking on general deviance and specific problem behaviors from adolescence to young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 614- 628.
- NOCK, M. K., HOLMBERG, E. B., PHOTOS, V. I. & MICHEL, B. D. (2007). Self-injurious thoughts and behaviors interview: Development, reliability and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*, 19 (3), 309- 317.
- PALACIOS, D. J., ANDRADE, P. P. & BETANCOURT, O. D. (2006). Intento de suicidio y consumo de alcohol en adolescentes. En: Sánchez, A. R., Díaz-Loving, R. y Rivera, A. S. (Eds.). *La Psicología Social en México* (pp. 174- 180), vol. 11, México: AMEPSO.

- RIVERA, H. M. E. (2007). *Mensajes audiovisuales para la promoción de la salud y la prevención del suicidio en los adolescentes*. Tesis de Doctorado, México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- RIVERA, H. M. E. & ANDRADE, P. P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 23-40.
- ROBERTI, J. W. (2004). A review of behavioral and biological correlates of sensation seeking. *Journal of Research in Personality*, 256 – 279.
- ROQUE, Q. M., VALADEZ, F. I., GONZÁLEZ DE MENDOZA, J. M., VEGA, M. J., FLORES, R. L. & VALENCIA, A. S. (2004). Tipos de personalidad y conducta suicida. *Investigación en Salud*, 6 (2), 108-113.
- ROSENBLUM, T. (2003). Risk evaluation and risky behaviors of high and low sensation seekers. *Social Behavior and Personality*, 31, 375- 386.
- SPANN, M., MOLOCK, S. D., BARKSDALE, C., MATLIN, S. & PURI, R. (2006). Suicide and African American Teenagers: Risk Factors and Coping Mechanisms. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (5), 553-568.
- SPIRITO, A., OVERHOLSER, J. & VINNICK, L. (1995). Adolescent suicide attempters in general hospitals: Psychological evaluation and disposition planning. En: Wallander, J. & Lawrence, J.S. (Eds.), *Adolescent health problems: behavioral perspectives* (pp. 97- 116). New York: Gilford Press
- VERMEIREN, R., SCHWAB-STONE, M., RUCHKIN, V., KING, R. & VAN HEERENGEN, C. DEBOUTTE, D. (2003). Suicidal behavior and violence in male adolescents: A school- based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 41-48.
- STOELB, M. & CHIRIBOGA, J. (1998). A process model for assessing adolescent risk for suicide. *Journal of Adolescence*, 21, 359-370.
- ZUCKERMAN, M. (1979). *Sensation seeking : Beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale, New Jersey : LEA.
- ZUCKERMAN, M. (1991). *Psychobiology of personality*. United States of America: Cambridge University Press
- ZUCKERMAN, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. United States 0147 of America: Cambridge University
- ZUCKERMAN, M. (2007). *Sensation seeking and risky behavior*. Washington: American Psychological Association.
- ZUCKERMAN, M. & KUHLMAN, D. M. (2000). Personality and risk taking: Common biosocial factors. *Journal of Personality*, 68, 999- 1029.



Manuel Villegas

El error de Prometeo

Psico(pato)logía del desarrollo moral

486 páginas
14,1 x 21,6 cms
Rústica con solapas

ISBN: 978-84-254-2763-3



Precio s/ IVA: 28,65 €

Precio c/ IVA: 29,80 €

Palabras clave

Ensayo: Psicopatología personalidad moral

Mayo 2011

Síntesis

Autor

Prometeo consiguió arrebatar el fuego y la técnica a los dioses para dárselo a los hombres pero se le olvidó dotarlos de un sistema de regulación que les permitiera vivir en paz y armonía consigo mismos y sus semejantes. Tuvo que ser el propio Zeus -nos cuenta Platón en el Protágoras- quien subsanara este error, dotándoles de conciencia moral para el cumplimiento de esta función.

Hoy podemos afirmar que la aparición de la conciencia moral no es el resultado de un don divino sino que sigue un proceso evolutivo de construcción a través de las diferentes etapas del desarrollo psicológico. Este proceso implica un coste en términos psicológicos, dado que combinar los intereses propios con los de los demás no se hace sin generar una cierta tensión estructural en el sistema de regulación moral. El resultado pueden ser trastornos de personalidad o ansioso-depresivos. Este libro presenta las vicisitudes del psiquismo humano desde la perspectiva evolutiva y estructural del desarrollo moral.

Manuel Villegas Besora es doctor en psicología y profesor en la Universidad de Barcelona desde 1974. Su actividad docente ha estado dedicada a la formación y supervisión de terapeutas en universidades españolas, iberoamericanas e italianas. Director de la *Revista de Psicoterapia* desde 1990 ha convertido esta publicación en un referente en el ámbito nacional e internacional en su género. Desde el punto de vista profesional tiene una larga experiencia como terapeuta individual, de grupos y de pareja. Es miembro de la Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas de la que fue socio fundador y presidente durante más de una década.

Otros títulos relacionados

Salomón Resnik *Tiempos de glaciaciones*
A.P. Morrison, J.C. Renton, P. French y R.P. Bentall

¿Crees que estás loco?

Antoni Talarn (ed.) *Globalización y salud mental*

Irvin D. Yalom *Psicoterapia existencial*

SUICIDIO: LA MUERTE IGNORADA

¿Se puede prevenir el suicidio?

Carmen Tejedor Azpeitia

Anna Díaz Pérez

Judit Farré Berrecosa

Carmen Gómez Guijarro.

Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo.

Universidad Autónoma Barcelona.

E-mail: ctejedor@santpau.cat

Suicide is perhaps the most devastating death, for both the suicidal, and those who survive him. Suicide is not a disease in itself but a behavior, the final pathway resulting from various risk factors: major mental illness and previous suicide attempts as the most important, medical illnesses that present with chronic pain, disabling, or determining disability or cognitive impairment, stressful life events, especially the loss or emotional breakdowns, and finally the social isolation. Treatment of patients with suicidal behavior includes pharmacotherapy, psychotherapy and social interventions. A review of the most effective is carried out.

Models for the prevention of suicidal behavior are divided into: psychoeducation programs in primary care, to "Gatekeepers" and to general population; detection and monitoring of risk groups, media and suicidal method's control.

Keywords: *suicide, risk factors, prevention, psychoeducation*

INTRODUCCIÓN

El suicidio es posiblemente la muerte más desoladora, tanto para el suicida como para los que le sobreviven. Hablar del suicidio es a la vez hablar de la vida, ¿qué es la vida? Ante una persona dispuesta a arrojarse al vacío desde la altura, ¿qué razones pueden darse para que desista de ello? Cada uno tiene un umbral máximo de tolerancia al dolor físico o psicológico; cuando se supera este umbral la solución es la muerte, la huida, la venganza de una situación insostenible.

El suicidio en sí mismo no es una enfermedad, es una conducta, la vía final resultado de diversos factores, el principal es la enfermedad mental. La conducta suicida incluye el **suicidio**, el **intento suicida**, la **ideación suicida**. Los anglosajones denominan **parasuicidio** aquellos actos que tienen bajo riesgo vital, autolesiones

para conseguir ayudas del medio social. Finalmente se denominan **conductas autodestructivas indirectas** aquellos estilos de vida cuyo mantenimiento acorta la calidad o años de vida (abandono del tratamiento médico, voracidad en la obesidad, continuar fumando en la insuficiencia respiratoria, etc.).

Datos generales

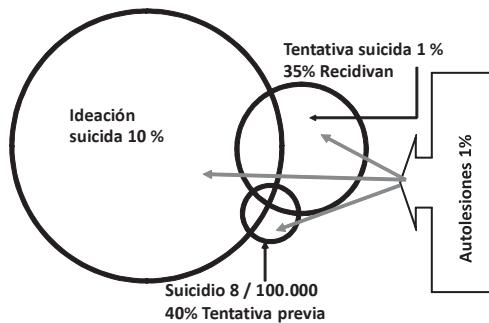
La muerte por suicidio, ignorada frecuentemente por el medio social, es un problema sanitario de relevancia. Desde la segunda mitad del siglo XX la tasa de suicidios ha aumentado un 60%; entre los varones, especialmente jóvenes, es la primera causa de muerte por causas externas, en España desde 2009 también, antes le precedían las muertes por accidentes de tráfico. Cada año se suicidan en el mundo casi un millón de personas, 163.000 europeos, lo que representa una tasa de 17,5 suicidios por 100.000 habitantes (*Informe WHO Europe mental health, 2005*). En España la tasa de suicidios es inferior, situándose alrededor del 8 por 100.000 habitantes en 2006, con diferente frecuencia entre los varones, 12,6, versus 3,5 entre las mujeres.

Por cada suicidio consumado se realizan unos 20 o 30 intentos suicidas, que tienen alto riesgo de recidivar; hasta un 35-50% repiten el intento, sobre todo por intoxicaciones medicamentosas voluntarias. Es de señalar que entre los muertos por suicidio un 40% han realizado previamente un intento suicida, por ello el intento se convierte en un riesgo elevado de posterior consumación. En encuestas de población general el 10% de los sujetos reconoce haber tenido ideación suicida durante el mes previo (ver gráfico 1).

Los sujetos con conducta autodestructiva no constituyen poblaciones independientes, forman un continuum, se superponen entre ellas (Nock *et al.*, 2008). Valorar el riesgo de que lleguen a la muerte suicida es una de las tareas más complejas que tiene que realizar el psiquiatra, el médico o el personal asistencial.

Gráfico 1

Conductas autodestructivas



Factores de riesgo suicida. Breve revisión histórica

E. Durkheim (1897) publica la obra básica sobre las hipótesis sociológicas del suicidio. El suicidio deja de ser un acto de libertad individual para convertirse en el resultado de la acción del sistema social sobre la conducta del suicida. Las diferencias estadísticas en la mortalidad suicida de los distintos países o grupos sociales son debidas a variables económicas, religiosas, culturales, políticas, institucionales, etc. El número de muertes por suicidio es un indicador de la salud de una sociedad.

Farberow y Shneidman (1961) describen la tarea del equipo multidisciplinario del Centro de Prevención del Suicidio de la ciudad de Los Ángeles. Desde la perspectiva asistencial comunitaria, detallan sus actividades clínicas e investigadoras sobre el suicidio. La autopsia psicológica: reconstrucción con los supervivientes de los últimos días previos al suicidio. Los prejuicios y creencias erróneas socialmente establecidas: “el que lo dice, no lo hace”, “el suicida es siempre un demente”, “el suicidio se realiza sin avisar”. La prevención se basa en la intervención en las situaciones de crisis: detectando los factores de riesgo suicidógeno, sociales y personales, se puede actuar en la fase presuicida. “...la manera de morir es una parte integral de la manera de vivir el individuo”. Finalmente, la educación suicidológica de la policía, jueces, maestros, sacerdotes, etc., no sólo potencian la detección precoz del suicida, sino también su seguimiento en la comunidad. La integración de voluntarios supervisados por terapeutas, para ofrecer asistencia en situaciones de emergencia las 24h del día, los teléfonos de ayuda.

Åsberg, Träskman y Thorén (1976) fueron los primeros en señalar la relación entre conducta suicida y los niveles bajos de 5 HIAA, metabolito de la serotonina en líquido cefalorraquídeo (LCR). Estudiando un grupo de 68 pacientes depresivos observaron un incremento de intentos de suicidio entre los pacientes del subgrupo con nivel bajo de 5 HIAA, 40% vs 15% entre los depresivos con niveles de 5 HIAA normales. Además, los pacientes con bajo nivel de 5 HIAA, utilizaron métodos violentos y consumaron posteriormente el suicidio (2 pacientes) en mayor proporción significativamente que el grupo con niveles normales de 5 HIAA, estos realizaron intentos suicidas con intoxicaciones medicamentosas de escasa letalidad y ninguno se suicidó durante el tiempo estudiado. Con toda prudencia, los autores sugieren el nivel de 5 HIAA en LCR como marcador de riesgo suicida en pacientes depresivos, así como predictor de la posterior consumación del suicidio tras realizar una tentativa suicida.

Durante la primera mitad del siglo XX, el estudio sociológico de Durkheim y su análisis estadístico de las tasas de mortalidad suicida en función de distintas variables estadísticas, amplió el paradigma asistencial del suicidio. Hasta entonces, los modelos seguían el criterio legal o filosófico para los sujetos “normales” o la “pérdida de la razón” de los enfermos mentales (“todo suicidio es efecto de un delirio o enfermedad mental”, Esquirol, 1838).

Los modelos sociológico y comunitario del suicidio favorecieron la creación de las escalas de detección de riesgo suicida, construidas en base a características sociodemográficas e individuales observadas en las autopsias psicológicas de poblaciones de muertos por suicidio. El valor predictivo de las escalas de riesgo suicida fue el principal objetivo de los estudios de la década 1960-70. El resultado actualmente se valora relativamente, su sensibilidad y especificidad son muy bajas para poder aplicarlas individualmente; por su gran sensibilidad dan cifras muy altas de falsos positivos (sujetos que no se suicidarán), y también por una especificidad baja dan falsos negativos (sujetos que posteriormente consuman el suicidio sin ser valorados como tales), pero sí que han tenido gran validez para estudiar la epidemiología de las conductas autodestructivas porque permiten estandarizar la información entre diferentes poblaciones. Así pudieron definirse grupos de riesgo a los que aplicar medidas de prevención. Al proponer el suicidio como un fracaso de la sociedad, desculpabilizó y disminuyó el tabú y represión social de los sujetos afectados, potenciando medidas asistenciales integradoras. Cabe destacar la consistencia estadística de las tasas de mortalidad señaladas por Durkheim; un siglo después su estabilidad se mantiene demoledoramente.

A partir de la introducción de los fármacos tranquilizantes, barbitúricos, y sobre todo desde la década de 1960 con el desarrollo de la psicofarmacología, la sociedad del bienestar experimenta una epidemia desconocida históricamente: las intoxicaciones medicamentosas voluntarias con finalidad autolítica. La tentativa suicida se convierte en la urgencia psiquiátrica más frecuente de los hospitales generales. Stengel (1965) describe la epidemiología de los intentos suicidas diferenciándolos de los suicidios consumados, si bien las dos poblaciones se superponen en cierta medida: el 10-15% de las tentativas iniciales consuman el suicidio en los 10 años posteriores. Desde entonces la diferenciación de estas dos subpoblaciones continúa siendo motivo de estudio y polémica. El riesgo de recidiva del intento suicida ha ido aumentando con el tiempo, actualmente llega a ser del 50%. La aparición de los “grandes repetidores”, que realizan múltiples tentativas de baja intención letal, dio lugar al concepto de parasuicidio o suicidio crónico (Kreitman, 1977).

La epidemiología demuestra repetidamente que el 90% de los suicidios consumados presentan un trastorno mental, los síntomas más frecuentes son los depresivos. La disminución de los niveles de serotonina, del 5-HIAA en LCR, descritos por Åsberg, fue el inicio prometedor de hallar un marcador neuroquímico predictor de la conducta autodestructiva y de su posible tratamiento, los antidepresivos de acción serotoninérgica tendrían una indicación decisiva. Por ello desde esta fecha la investigación neurobiológica ha tenido especial relevancia, ha aportado datos sugerentes también de hipoactividad noradrenérgica y dopamínérgica en pacientes suicidas, pero de menor consistencia que la correlación con la disminución de la serotonina. Actualmente los estudios se centran en el metabolismo de la

serotonina (Maris, 2002; Man, 2005; Hawton, 2009): en el transportador de la serotonina y los polimorfismos en el gen para la triptófano hidroxilasa (TPH), sondas neuroendocrinas: respuesta aplanada de la prolactina/fenfluramina. También se ha señalado la disminución del colesterol sérico en varones con trastornos de personalidad antisocial (cuestionados actualmente). Es decir, la conducta suicida sería un síndrome que podría ser neurobioquímicamente diferenciado, que se puede presentar asociado a diferentes categorías diagnósticas. (Desgraciadamente las expectativas despertadas por la investigación neuroquímica, y consecuentemente la utilización de psicofármacos que actúen sobre las disfunciones descritas, no han cambiado significativamente la mortalidad suicida).

Finalmente reseñar la influencia genética en la conducta suicida, los estudios en familias, gemelos, poblaciones endogámicas, confirman la heredabilidad de la conducta, llegando a atribuirse el 30% de la vulnerabilidad del riesgo.

Factores de riesgo suicida más verificados (Ver Esquema 1).

- 1. Trastornos mentales.** El suicidio es la complicación más grave de la enfermedad mental, la mortalidad más alta corresponde a los trastornos depresivos, seguida de la de los trastornos psicóticos, en especial durante la depresión postpsicótica/sintomatología negativa, los trastornos por abuso de sustancias (el consumo de alcohol en los intentos de suicidio llega a ser del 50% durante la realización del acto) y el trastorno límite de la personalidad (ver esquema 1).
- 2. Intentos de suicidio previos.** Ideación suicida. Como se ha señalado anteriormente el 40% de los suicidas ha realizado un intento suicida previamente. En las autopsias psicológicas se destaca cómo los suicidas habían comunicado su intención, su ideación, en el 85% de las ocasiones. Siempre ha de valorarse como señal de alto riesgo la intencionalidad o intento suicida, que requiere seguimiento terapéutico adecuado.
- 3. Enfermedades médicas** que cursan con dolor crónico, incapacitantes, o las que determinen secuelas en deterioro cognitivo (enfermedades del sistema nervioso central, epilepsia, corea Huntington, demencia inicial). El 85% de los suicidas fue visitado por un médico el año previo a su muerte sin que se detectase el riesgo, y el 60% en el mes anterior al suicidio. Entre la población anciana se ha venido a definir como “suicidio balance” la lucidez depresiva que mediatiza la decisión de acabar con las fases finales de la vida.
- 4. Acontecimientos vitales estresantes**, especialmente las pérdidas o rupturas afectivas. Los conflictos familiares o la desestructuración de los lazos familiares son frecuentes entre los más jóvenes. También se observan con menor frecuencia los problemas económicos o laborales (Tejedor y Díaz, 1999).

5. Desarraigo y aislamiento social, marginación, emigración. La carencia de vínculos sociales conduce a la desesperanza y soledad que junto a otros factores señalados, facilita el paso a la autodestrucción.

Esquema 1 Factores de riesgo suicida más verificados

- Trastorno **psiquiátrico**
 - T. Afectivos 15%
 - T. Psicóticos 10%
 - T. Abuso sustancias 10%
 - T. Límite de la personalidad 7%
- Ideación/ **Tentativas previas**
- Enfermedad **médica**
 - Deterioro cognitivo. Dolor crónico. Pluripatología
- **Acontecimientos vitales estresantes**
- **Aislamiento/Desarraigo social**

Factores protectores del suicidio

Son la imagen especular de los factores de riesgo. Se señalan la buena salud mental y física, infancia y relaciones familiares estables, integración en las redes sociales, la religión cuando se acompaña de participación en la comunidad creyente.

Tratamiento del paciente suicida.

El tratamiento se instaura en función del estado presuicida:

1. El riesgo suicida es **síntoma** de un trastorno mental, por lo tanto el tratamiento ha de ser el del trastorno causal. En la esquizofrenia, los pacientes tratados con clozapina tuvieron una mortalidad suicida más baja que otros grupos tratados con otros fármacos (Meltzer, 2003). En los trastornos bipolares, también se observó un menor número de suicidios entre los pacientes que responden al tratamiento con litio (Cipriani, 2005). Respecto a los antidepresivos, los fármacos de mayor actividad sobre la transmisión serotoninérgica son los más indicados (Carlsten, 2001; Gibbons, 2005; Ferguson, 2005). No obstante hay que tener precaución porque pueden aumentar el riesgo suicida al inicio del tratamiento por el aumento de la desinhibición del depresivo. También entre niños y adolescentes este riesgo puede aumentar y se desaconseja su uso si no es imprescindible. En general podría decirse “el enfermo bien medicado disminuye su riesgo suicida” pero no hay que olvidar que si hay otros factores (el enfermo no sigue el tratamiento, no tiene soporte familiar o social), precisa otros abordajes.
2. Cuando un acontecimiento vital **estresante** desencadena el acto suicida, sobre todo los de alto componente emocional (rupturas, pérdidas afectivas), las terapias psicológicas han demostrado eficacia; se han estudiado la terapia dialéctico conductual, terapia cognitiva, y otras (Bateman, 2001;

Tyrer, 2003; Brown, 2005).

3. Si hay una situación de **crisis vital** en la que existe la interacción de varios estrés vitales y con rasgos de personalidad que dificulten la adaptación: impulsividad, rigidez cognitiva, evitación social, agresividad, etc., el tratamiento psicoterápico y farmacológico, y la colaboración con los servicios sociales son los más recomendados (Hawton, 1998).
4. Los **supervivientes** de una muerte por suicidio son especialmente vulnerables y con frecuencia presentan duelos de difícil resolución. Especialmente la culpabilidad derivada de la falsa creencia de la “libertad del suicida” en la decisión (creencia romántica que desmiente la realidad del sufrimiento intolerable del paciente) y del “juicio social” que responsabiliza con frecuencia a los supervivientes de la muerte del suicida. Se propone la ayuda psicológica y la integración en grupos o asociaciones de afectados para enfrentar la situación.

Prevención de la conducta suicida

Se han planteado diferentes modelos de intervención; el problema sanitario del suicidio ha sido abordado por las instituciones con propuestas para reducir la mortalidad suicida hasta en el 20%: OMS European Ministerial conference on Mental Health, 2005; Department of Health and Human Services U.S. Public Health Service: National Strategy for Suicide Prevention, 1999; Pla director de Salut Mental, Generalitat de Catalunya 2005; y a nivel del estado español en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Los numerosos programas y diferentes objetivos propuestos por autores como Gunnell (1994), Mann (2005) y Goldney (2005), se pueden agrupar según la rigurosa revisión del Medline de Rodgers *et al.* en 2007. La eficacia de los mismos es cuestionada en cuanto a resultados sobre la mortalidad suicida, no así sobre la repetición y supervivencia de los intentos suicidas; desde la perspectiva de la medicina basada en la evidencia, las críticas fundamentales se centran en:

- a) La brevedad temporal de los estudios, limitada a meses o un par de años.
- b) Aspectos metodológicos como la aleatorización de pacientes (límites éticos de dejar sin tratamiento a pacientes con riesgo suicida), o bien exclusión de estos pacientes en estudios de eficacia de fármacos antidepresivos.

Programas de educación y sensibilización

Asistencia primaria. Hasta un 25% de enfermos atendidos en estas consultas presentan sintomatología psiquiátrica; como se ha comentado anteriormente, el 60% de los suicidas fueron visitados durante el mes anterior a su muerte sin que se detectara el riesgo; hasta un 30% de los suicidas mayores de 65 años no están vinculados a los Centros de Salud Mental, siendo asistidos únicamente por los

médicos de familia. El adecuado conocimiento de estos profesionales sobre los trastornos depresivos y los factores de riesgo suicida son decisivos para la prevención, especialmente la detección de ideas suicidas. La colaboración entre la medicina primaria y salud mental es la piedra angular de estos programas. La exploración de las ideas suicidas es ignorada o difícil para el médico o enfermera que asisten en primaria, la OMS propone una serie de preguntas facilitadoras (En una encuesta a 100 pacientes de medicina primaria, aleatorios, en Barcelona en 2008, el 15% reconoció haber pensado en el suicidio en las dos semanas previas).

Un estudio observacional pionero fue realizado en la isla de Gotland por Rutz en 1989; la sensibilización de los médicos de familia redujo la mortalidad suicida durante los años del programa. Un estudio similar se realizó en Hungría, en zona de alta suicidalidad, comparando la zona poblacional donde se desarrolló el programa vs otra similar, también se observó menor mortalidad (Szanto, 2007). En otros lugares se han obtenido resultados similares; en Nuremberg, el programa de la Alianza contra la depresión, si bien se orientaba al reconocimiento precoz de la misma, la evaluación de la eficacia del programa incluía la disminución de los intentos de suicidio, éstos se redujeron un 18% respecto a los de la población similar sin el programa (Hegerl, 2006).

El médico de familia y la enfermería de primaria son decisivos para la prevención del suicidio. Hay que considerar la participación de los farmacéuticos, posiblemente poco integrados en las áreas de salud básicas y cuya intervención potenciaría los resultados.

“Gatekeepers” o catalizadores de la red social. Los servicios de bienestar y asistencia sociales, las policías, las parroquias, las asociaciones cívicas, la administración de justicia, las residencias de personas dependientes, bomberos, personal de los servicios de transporte, comerciantes, centros de trabajo o de estudiantes, funcionarios de prisiones, etc. Todos ellos son informados sobre los factores de riesgo en los programas comunitarios de prevención del suicidio (Crawford, 2007). El slogan repetido es “el que habla del suicidio es el que lo hace”, siempre conviene acompañar al sujeto en riesgo a la consulta de un profesional para que valore el riesgo de la ideación suicida. Se les informa de los dispositivos sanitarios a los que recurrir en cualquier momento.

Población general. El suicidio continúa siendo un tabú en casi todas las sociedades, la actitud más extendida es negar o ignorar su existencia. Se conoce de manera distorsionada a través de la literatura, el cine o la TV. Lo que allí se presenta se reduce a los aspectos más razonables y emotivos, sin señalar el sufrimiento, soledad, marginación y sobre todo psicopatología de la persona suicida. El dramatismo de los estrés desencadenantes hacen el suicidio “justificable” y cuando se contrasta con los suicidas reales no se reconocen. Por ello en los programas de prevención comunitaria, ya desde 1960, en el centro de prevención del suicidio de

Los Ángeles, Farberow y Schneiman, publicaron en 1961 una serie de mitos y prejuicios sobre el suicidio para la población general cuya vigencia continúa siendo de gran utilidad. Las recomendaciones que se hacen es que ante las “claves” suicidas, factores de riesgo señalados, se contacte al sujeto (o uno mismo si está en esa situación) con un profesional de salud.

La educación médica de la población ha reportado beneficios para identificar ideas o planes presuicidas (Bryan, 2009); de forma similar, si se disminuye el prejuicio o tabú del suicidio, la persona en esta situación podrá comunicar más fácilmente sus ideas autodestructivas.

Screening de sujetos en riesgo

La enfermedad mental y el haber realizado un intento de suicidio son los factores de riesgo de mayor relevancia. La prevención de las conductas suicidas en diferentes programas han señalado distintos síntomas y tiempos evolutivos con mayor riesgo. El periodo post alta hospitalaria, el comienzo de un nuevo episodio de la enfermedad, el abandono del tratamiento, la pérdida de los padres, la ruptura con la pareja, el cambio de equipo terapeútico, son desencadenantes comunes a diferentes trastornos. En este sentido, se han propuesto factores de riesgo a corto plazo y a largo plazo para discriminar con mayor precisión el riesgo. El nuevo manual de diagnósticos psiquiátricos, DSM-V, contempla incluir como dimensión de cualquier diagnóstico el riesgo suicida. Cabe recordar que la sintomatología depresiva es uno de los patrones cognitivos que conducen al suicidio: tristeza, desesperanza, culpa, etc., pero también hay el patrón impulsivo, agresivo. En diferentes estudios, hasta un 60% de las conductas suicidas se realizan en menos de una hora desde que se inicia el impulso hasta el paso al acto, de aquí que sea tan difícil su prevención. Un tercer patrón cognitivo corresponde al sujeto mediatizado por la ansiedad, las expectativas ansiosas, en las que el suicidio es el medio de escapar ante un futuro imaginado amenazador.

Programas de prevención del suicidio, eficacia de los tratamientos

Farmacoterapia

No disponemos de un fármaco “antisuicida”, la psicofarmacología actual es eficaz en diferentes diagnósticos y cuando el riesgo suicida corresponde a uno de ellos el psicofármaco que se usa para tratar el trastorno disminuye el riesgo suicida. Los análisis comparativos entre diferentes antidepresivos no han reportado resultados concluyentes, algunos estudios han señalado que en los países donde se prescriben con mayor frecuencia antidepresivos ha decrecido la tasa de conductas suicidas (Hungria, Suecia, Australia, USA) pero en otros países (Italia, Japón, Islandia) no se ha observado este resultado (Gibbons, 2005).

Psicoterapia

Las psicoterapias cognitiva, dialéctico conductual, interpersonal, han demostrado su eficacia en la reducción de recidivas de los intentos suicidas, en especial en aquellos casos de trastornos o rasgos de la personalidad que facilitan el descontrol de los impulsos. También estas psicoterapias cuando se aplican en grupo han demostrado su eficacia. En nuestro país la Dra. Blanca Sarró fue pionera en la terapia grupal de pacientes suicidas y dirigió la primera unidad de hospitalización de pacientes suicidas en el Hospital Clínic de Barcelona. La participación de profesionales de la enfermería como coterapeutas del grupo (no solamente psicólogo, también enfermera y trabajadora social), facilita el seguimiento entre sesiones y da mayor flexibilidad a la terapia al intervenir con familia, compañeros, etc.

Seguimiento de las tentativas suicidas

El intento de suicidio tiene dos complicaciones: a) la posterior consumación del suicidio, el 10-12% de los que lo intentan mueren por suicidio antes de 10 años, (dato replicado en todos los estudios epidemiológicos desde la década de 1950); b) la repetición del intento suicida, especialmente cuando se realiza por intoxicación medicamentosa voluntaria, que alcanza el 35% de los casos. Los trastornos mentales tienen un curso crónico o con fases y brotes repetidos que facilitan la repetición del intento suicida; lo mismo es aplicable a los trastornos de personalidad con sus dificultades crónicas para enfrentar cambios vitales.

El haber presentado una conducta suicida previa es un factor de riesgo a considerar siempre en la anamnesis, este riesgo es mayor a lo largo del tiempo. El análisis de la supervivencia post-tentativa evidencia que tanto la consumación como la recidiva del intento es más frecuente en los 12-24 meses posteriores (Hawton, 1998, 2002; Hall, 1998). En los gráficos 2 y 3 se muestra la función de supervivencia de 150 intentos de suicidio ingresados y seguidos prospectivamente de 1986 a 1999 en el hospital de San Pablo de Barcelona (Tejedor *et al.*, 1999). El análisis de la supervivencia ha sido utilizado en medicina para la evaluación de la eficacia de un programa preventivo, cuando no es posible el tratamiento causal; las medidas sintomáticas que han aumentado la supervivencia forman parte del avance de la medicina actual. Analógicamente su utilización en la conducta suicida es necesaria para adecuar las medidas asistenciales a los períodos de seguimiento.

Restricción de medios autolíticos

La detoxificación del gas de uso doméstico, las barreras en los lugares públicos donde se realizan más suicidios, el control de la venta de armas de fuego, la colocación de catalizadores en los tubos de escape de los vehículos, el control de la venta de psicofármacos y analgésicos, la disminución de la concentración tóxica en productos de limpieza, la venta de pesticidas en cantidades controlables, etc., tienen una utilidad temporal. A pesar de ello, al cabo del tiempo se comprueba que la tasa

Gráfico 2

Survivorship Function Completed Suicides (N = 18)

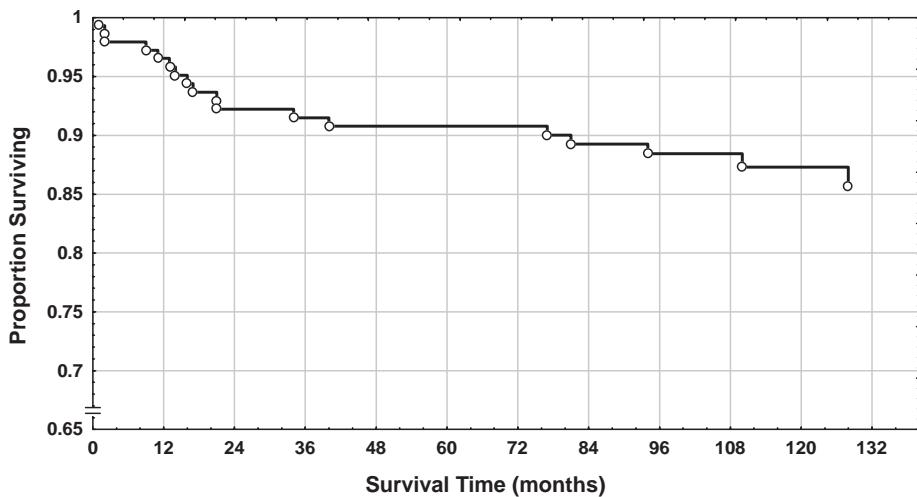
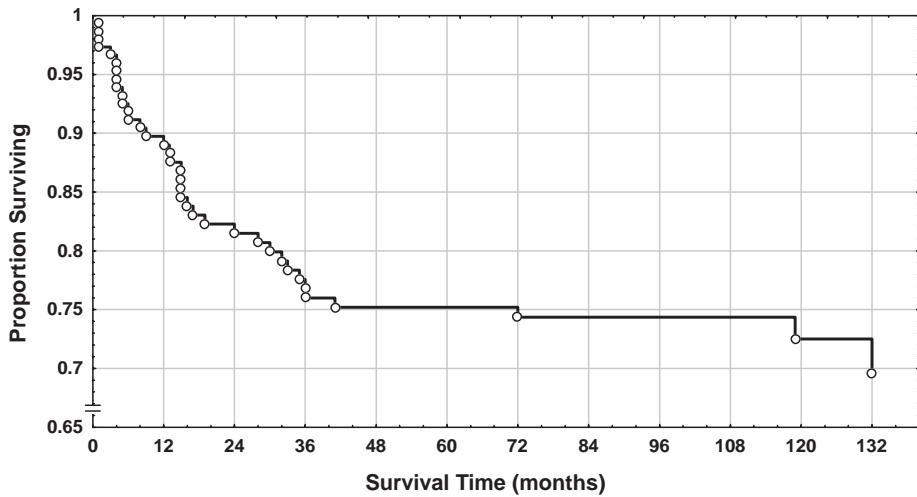


Gráfico 3

Survivorship Function Reattempts (N = 37)



de suicidios vuelve a sus cifras anteriores, la precipitación, ahorcadura y otros métodos los sustituyen.

Presencia del suicidio en los medios de comunicación

El riesgo de imitar la conducta suicida, sobre todo en suicidios de personajes famosos y entre los jóvenes, ha derivado en una prudencia, a veces excesiva, para silenciar la problemática del suicidio y sus condicionantes. Sin embargo los medios de comunicación son también de gran eficacia para la adecuada información y conocimiento de la realidad suicida. Las guías de la OMS, asociaciones de psiquiatría, familiares de pacientes, Departamentos de Salud, etc, contienen indicaciones sobre cómo tratar la información del suicidio en diferentes medios (OMS, 2000; Crane, 2005; Pirkins, 2006).

Internet merece un comentario especial, sobre todo de cara a la población adolescente y joven (Biddle, 2008). Hay innumerables webs (4.100.000 sólo en Google en español), chats, blogs, videos, sobre el suicidio, tanto para prevenir y ayudar como para incitar y explicar métodos suicidas. Los pactos suicidas a través de la red, aunque infrecuentes, son preocupantes. Algunos países proyectan la prohibición de algunas de estas webs, como se ha hecho en otro tipo de conductas de riesgo.

CONCLUSIONES

A la pregunta que encabeza el artículo: *¿se puede prevenir el suicidio?*, no hay una respuesta absoluta. El suicidio y las conductas autodestructivas son en parte un problema sanitario pero también social y personal. Desde la perspectiva sanitaria es posible aumentar la supervivencia de las personas en riesgo suicida como se ha revisado.

En Cataluña, el Departamento de Salut Mental de la Conselleria de Sanitat ha esponsorizado un programa de prevención del suicidio en el barrio de la Derecha del Ensanche. El programa en síntesis ha coordinado a todos los dispositivos sanitarios de la zona: Servicio de Psiquiatría del Hospital de Sant Pau, el Centro de Salut Mental de Psicoterapia de Barcelona y las Áreas Básicas de Salud. La asistencia a los pacientes suicidas contó con una valoración inmediata, gestión del caso hasta su vinculación, grupos de psicoterapia específicos. Se informó y “sensibilizó” a los agentes sociales y población general a través de charlas con un documental, folletos, etc., de manera que se conocieran todos los dispositivos donde recurrir. Los resultados al cabo de un año se compararon con los de los otros barrios limítrofes similares atendidos por el Hospital. Los datos más relevantes coinciden con los de otros estudios: en la Derecha del Ensanche hubo más consultas por ideación suicida, menor número de intentos suicidas, menor proporción de repetición de tentativas (10% vs 34% en otros barrios) y menor proporción de ingresos psiquiátricos (8% en la Derecha del Ensanche vs 22% en el grupo comparativo). Para más información puede consultarse la web del programa www.suicidioprevencion.com. Estos resultados son alentadores, si se tuviesen que resumir los consejos ofrecidos a la población general, se diría:

- El que habla del suicidio, es el que lo intenta.
 - Si alguien habla de suicidio hay que asegurar su supervivencia.
 - Pedir al posible suicida que aplace su decisión para consultar antes con un profesional sanitario.
-

El suicidio es posiblemente la muerte más desoladora, tanto para el suicida como para los que le sobreviven. El suicidio no es en sí mismo una enfermedad, es una conducta, la vía final resultado de diversos factores de riesgo: los principales son la enfermedad mental y los intentos de suicidio previos; las enfermedades médicas que cursan con dolor crónico, incapacitantes, o las que determinen secuelas o deterioro cognitivo; los acontecimientos vitales estresantes, especialmente las pérdidas o rupturas afectivas y finalmente el desarraigo y aislamiento social. El tratamiento de los pacientes con conductas suicidas incluye la farmacoterapia, la psicoterapia y las intervenciones sociales. Se realiza una revisión de los más efectivos.

Los modelos de prevención de las conductas suicidas se agrupan en: programas de psicoeducación en asistencia primaria, a "Gatekeepers" y a la población general; detección y seguimiento de grupos de riesgo; control de los medios de comunicación y de los métodos autolíticos.

Palabras clave: suicidio, factores de riesgo, prevención, psicoeducación.

Referencias bibliográficas

- ÅSBERG, M., TRÄSKMAN, L. & THORÉN, P. (1976). 5-HIAA in the cerebrospinal fluid- a biochemical suicide predictor?. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1193-1197.
- BATEMAN, A. & FONAGY P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- BIDDLE, L. DONOVAN, J. HAWTON, K. KAPUR, N. & GUNNELL D. (2008). Suicide and internet. *British Medical Journal*, 336, 800-802.
- BROWN, G.K., TEN HAVE, T., HENRIQUES, G.R., ET AL. (2005). Cognitive Therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 294, 563-570.
- BRYAN, C.J., DHILLON-DAVIS, L.E. & DHILLON-DAVIS, K.K. (2009). Emotional Impact of a Video-Based Suicide Prevention Program on Suicidal Viewers and Suicide Survivors. *Suicide Life & Threatening Behavior*, 39(6), 623-632.
- CARLSTEN, A., WAERN, M., EKEDAH, A. & RANSTAM J. (2001). Antidepressant medication and suicide in Sweden.. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 10, 525-530.
- CIPRIANI, A., PRETTY, H., HAWTON, K. & GEDDES, J. (2005). Lithium in the prevention of suicidal behaviour and all cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomised trials. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1805-1819.
- CRANE, C., HAWTON, K., SIMKIN, S. & COULTER, P. (2005). Suicide and the Media: Pitfalls and Prevention.. *Crisis*, 26(1), 42-47.
- CRAWFORD, M.J., THOMAS, O., KHAN, N. & KULINSKAYA, E. (2007). Psychosocial interventions following self-harm: systematic review of their efficacy in preventing suicide. *British Journal of Psychiatry*, 190, 11-7.
- DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA. (2003). *Pla de salut de Catalunya 2002-2005*. Estratègies de salut per a l'any 2010. Barcelona: Direcció General de Salut Pública.

- DURKHEIM, E. (1897). *Le Suicide, étude de sociologie*. Paris: Alcan édit. (Traducción española: *El Suicidio*. Akal. Madrid 1976).
- FARBEROW NL, SHNEIDMAN ES (eds). (1961). *The Cry for Help*. New York: McGraw-Hill.
- FERGUSSON, D., DOUCETTE, S., GLASS, K.C., ET AL. (2005). Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 330, 396.
- GIBBONS, R.D., HUR, K., BHAUMIK, D.K. & MANN, J.J. (2005). The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide.. *Archives of General Psychiatry*, 65, 165-172.
- GOLDNEY, R.D. (2005). Suicide Prevention. A Pragmatic Review of Recent Studies. *Crisis*, 26 (3), 128-140.
- GUNNELL, D. & FRANKEL S. (1994). Prevention of Suicide: aspirations and evidence. *British Medical Journal*, 308, 1227-1233.
- HALL, D.J., O'BRIEN, F., STARK, C., PELOSI, A. & SMITH, H. (1998). Thirteen-year follow-up of deliberate self-harm, using linked data. *British Journal of Psychiatry*, 172, 239-242.
- HAWTON, K., ARENSMAN, E., TOWNSEND, E., BREMNER, S. ET AL. (1998). Deliberate self-harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal*, 317, 441-447.
- HAWTON, K., TOWNSEND, E., ARENSMAN, E., ET AL. (2002). Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database Systematics Reviews*, CD001764.
- HAWTON, K. & VAN HEERINGEN, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381.
- HEGERL, U., ALTHAUS, D., SCHMIDTKE, A. & NIKLEWSKI, G. (2006). The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine*, 36(9), 1225-33.
- KREITMAN, N. (1977). *Parasuicide*. London: Wiley.
- MANN, J.J., APTER, A., BERTOLOTE, J., BEAUTRAIS, A., CURRIER, D., ET AL. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Journal of American Medical Association*, 294(16), 2064-74.
- MARIS, R. (2002). Suicide. *Lancet*.
- MELTZER, H.Y., ALPHS, L., GREEN, AI., ALTAMURA, A.C., ANAND, R. ET AL. (2003). Clozapine Treatment for Suicidality in Schizophrenia (InterSePT). *Archives of General Psychiatry*, 60, 82-91.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (2006). *Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*.
- NOCK, M.K., BORGES, G., BROMET, E.J., ALONSO, J., ANGERMEYER, M., BEAUTRAIS, A., ET AL. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192, 98-105.
- OMS. (2000). *Prevencion del suicidio . Un instrumento para profesionales en los medios de comunicacion*. Ginebra.
- PIRKINS, J., BLOOD, R.W., BEAUTRAIS, A. ET AL. (2006). Media guidelines on the reporting of suicide. *Crisis*, 27, 82-87.
- RODGERS, P.L., SUDAK, H. S., SILVERMAN, M. M. & LITTS, D. A. (2007). Evidence-Based Practices Project for Suicide Prevention. *Suicide Life & Threatening Behavior*, vol 37, 2, 154-164.
- RUTZ, W., VON KNORRING, L. & WALINDER, J. (1989). Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 151-4.
- SARRÓ, B. & DE LA CRUZ, C. (1991). *Los suicidios*. Barcelona: Martínez Roca.
- STENGEL, E. (1965). *Psicología del suicidio y de los intentos de suicidio*. Buenos Aires: Paidós.
- SZANTO, K., KALMAR, S., HENDIN, H., RIHMER, Z. & MANN, J.J. (2007). A Suicide Prevention Program in a Region With a Very High Suicide Rate. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 914-920.
- TEJEDOR, M. C., DÍAZ, A., CASTILLÓN, J.J. & PERICAY, J.M. (1999). Attempted suicide: repetition and survival findings of a follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 100, 205-211.
- TEJEDOR, M.C., DÍAZ, A., ET AL. (1999). Intento de suicidio: cambios epidemiológicos entre 1969–1996. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27(5), 292-297.
- TYRER, P., THOMPSON, S., SCHMIDT, U. ET AL. (2003). Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm. The POPMACT study. *Psychological Medicine*, 33, 969-976.
- WHO EUROPE. (2005). *Mental Health: facing the challenges, building solutions* : report from the WHO European Ministerial Conference. Geneva, World Health Organization, p. 195.

REFLEXIONES EN TORNO AL SUICIDIO: desestabilizando una construcción discursiva reduccionista

M^a del Mar Velasco Salles

Departamento de Psicología Social. Universidad Autónoma de Barcelona.

E-mail: salles07@hotmail.com

Margot Pujal i LLombart

Departamento de Psicología Social. Universidad Autónoma de Barcelona.

E-mail: Margot.pujal@uab.cat

Our report revolves around the questioning of knowledge production practises of suicide, which are inscribed primarily inside the positivist camp of knowledge of Psychiatry and Sociology from a Psicosocial point of view. We try to problematize the conventional notion of suicide, introducing subjectivity as an analytical and political category and focussing on the subjectivatation processes, from a foucaultian perspective.

The incorporation of the social dimension to the suicide study, by means of the inclusion of its subjective and intersubjective dimensions, will allow us to introduce concepts that will make possible to move the questions about suicide.

As a conclusion, we make our work, with the aim of introducing new elements of analysis to discuss about some of the possibility conditions from which our capacity of acting emerges. Moreover, we want to put forward aspects about the different ways in which dying of our attempts (and desires) in daily life may happen.

Keywords: Suicide, subjectivatation, subjective, desire.

INTRODUCCIÓN

Ante el acto del suicidio no hay réplica, cualquier posibilidad se ha terminado y aniquilado junto con el sujeto. Pero el suicidio, paradójicamente y a pesar del silencio al que nos arroja, deja un sinfín de preguntas sobre las condiciones (tanto emocionales como materiales), en las que el sujeto se produce dentro de los **juegos de poder**.

1. Trazando el punto de partida

El afán de trabajar con el tema del suicidio nos surge del ánimo de **problematizar la noción convencional del suicidio**. Poniendo en juego el **concepto de subjetividad** como categoría analítica y política, concepto que permite darle movimiento a la pregunta sobre éste, en el intento de **diluir la contraposición entre suicidio y vida**.

Así como introducir nuevos elementos de análisis para discutir sobre algunas de las condiciones desde las que emerge nuestra capacidad de actuar, lo cual, más que pensar sobre la muerte, nos ha ido llevando a plantearnos aspectos sobre las formas en que se puede llegar a producir el morir de nuestros intentos y deseos en la vida cotidiana.

En breve, discurrir sobre el suicidio, en este caso, es el medio para plantear una serie de reflexiones desde las cuales establecer una ruptura radical de la **polarización y disimetría** (psiquiátrica y sociológica) en que la Ciencia moderna ha instalado la pregunta sobre el suicidio. Se trata también de remover el pensar sobre el suicidio de los espacios de saber enquistados y, en los que se ha vuelto Verdad y mantenido como tal a lo largo de la historia; lo que nos permitirá despojarlo de las celdas de su encierro, conectándolo a un **proceso de pensar vivo**, renovado pero peligroso a la vez.

Decimos peligroso ya que, “pensar peligrosamente consiste en entregarse sin miedo al vértigo del objeto pensado, a la aparición en uno mismo que necesita de lo acumulado socialmente como fuerza de producción intelectuales. Ese pensar es peligroso porque **pone continuamente en cuestión al individuo**, entregándolo a algo que lo excede, a algo que le hace recordar sus sufrimientos, su ser dividido, su no ser individuo; porque **pone en cuestión sus relaciones con lo social** y no siempre con el final feliz de una aceptación; porque implica libertad y resistencia. Pensar peligrosamente consiste en no tomar nada que uno no haya examinado, aún con el riesgo del error y de la trivialidad, del castigo que imponen quienes lo ven ya todo claro y exigen obediencia previa. Pensar peligrosamente es hoy negarse a cumplir los mecanismos de control con los que se sustituye el pensar por el mero aplicar métodos a parcelas bien delimitadas” (Aguilera, 1996, p.131-132).

De esta forma es como planteamos la problematización del abordaje convencional del suicidio: desde el **proceso subjetivo e intersubjetivo**, y no desde el **acto positivo, descripción** o mera **categorización disciplinar**. Proceso subjetivo que evidentemente puede tener como desenlace la muerte, la cual curiosamente suele ser el punto de partida común del interés de gran parte de los estudios sobre el suicidio; contabilizando muertes y acumulando datos estadísticos. Desmarcando de la trama, la pregunta sobre las **dimensiones subjetivas e intersubjetivas**, articuladas y puestas en juego, dentro de unas relaciones de poder cada vez más sofisticadas.

Proceso subjetivo e intersubjetivo que pasa en muchas ocasiones por una continua e invisibilizada lánguida muerte en vida; en palabras de Butler, por una

muerte en “el contexto de la vida” (Butler, 1997, p.53). Planteamiento que pone en juego y cuestiona el proceso cotidiano del vivir y las diferentes formas de morir en éste. Muerte que, desde nuestros planteamientos, se trenza con las formas que toma el devenir sujeto en permanente proceso de subjetivación. “La categoría de **sujeto y/o la de subjetividad** representa, como está dicho, una dificultad necesaria, un ámbito teórico insoslayable a la hora de intentar arrojar algún tipo de luz sobre lo que nos ocurre” (Cruz, 1996, p.16).

2. Partiendo desde una mirada psicosocial y una posición crítica

Interrogantes que planteamos desde el espacio de saber y hacer de la psicología social crítica. Coincidiendo con lo que señala Garay, al decir que “la psicología social crítica puede ser vista como la consecuencia del continuo **cuestionamiento y problematización** de las prácticas de producción de conocimiento. Además participa también del proyecto/intento de permeabilización de las disciplinas científico-sociales, pudiendo ser vista como un magma informe que impregna lugares y recovecos en el ámbito genérico de las humanidades y las ciencias sociales” (Garay, 2001, p. 49).

Posición crítica que requiere un no dejar pasar lo evidente por su evidencia, así como lo conocido por las certezas que nos seducen con el anzuelo del poder/saber y la verdad. Ánimo de reflexión situado en un diálogo enmarcado por espacios de producción de conocimiento que fracturen lo aparentemente incuestionable, las verdades intocables y asumidas de forma natural.

Consideramos pues, que hablar desde una posición crítica implica poner en juego como herramienta analítica las dimensiones tanto emocionales como materiales del devenir sujeto. Otorgando mayor reconocimiento a los terrenos de experiencia compartible, abriendo espacio a las tensiones y ambivalencia en las que se articula nuestro proceso de subjetivación.

Admitiendo que, “lo que una psicología social como crítica debe cuestionar es que la realidad exista con independencia de nuestro modo de acceso a la misma” (Domènech y Ibáñez, 1998, p.12-21).

Cuestionamiento que se nutre mayoritariamente de la perspectiva socio-construcciónista en Psicología (Ibáñez, 2001; Gergen, 1985), del post-estructuralismo en las Ciencias Sociales (Foucault, 1978, 1975; Deleuze y Guattari, 1980) y la perspectiva política de la subjetividad planteada desde la Teoría Feminista contemporánea (Butler, 1997; Rosi y Braidotti, 2000; Donna y Haraway, 1991)

3. Transitando las posiciones (y discursos) hegemónicos sobre el suicidio

Después del giro lingüístico en las Ciencias Sociales (Ibáñez, 2003) podemos decir que históricamente el suicidio ha sido construido a partir de la **retórica de la**

verdad, encarnada por el saber filosófico, religioso, médico, sociológico y psicológico entre otros. La educación, las pasiones, el clima o las enfermedades como motivos de suicidio, son parte, igualmente, de las verdades construidas en torno a uno de los actos que más prejuicios y opiniones de rechazo levantan dentro de la sociedad. Objeto de discusión moral, religiosa, filosófica y científica; sinónimo de libertad o de locura, tabú que arranca las más duras condenas y los temores más inciertos (Sarró y De la Cruz, 1991).

En particular, lo que repasaremos en estas líneas son los **dispositivos de poder/ saber** que han conformado gran parte de la producción de conocimiento contemporáneo sobre el suicidio. Éste como objeto de conocimiento de la psiquiatría, seguido de un recorrido por el estudio sobre “*El suicidio*”, desde la perspectiva sociológica durkheimiana.

Ocupando un lugar privilegiado en el discurso sobre el suicidio, durante el siglo XIX y XX las **teorías psicopatológicas y sociológicas** han sido las principales encargadas de hacer las lecturas científicas del suicidio. En este sentido, se puede decir que por una parte y sobretodo el descargo del suicidio, desde entonces, se ha venido cobijando, en el manto paternalista de la medicina; justificando a quien se quita la vida con los argumentos del discurso psiquiátrico de la locura, provenientes principalmente, de los trabajos de la escuela francesa de la primera mitad del siglo XIX (Sarró y De la Cruz, 1991).

Juego bastante resbaladizo, ya que a la vez que exculta y justifica, desdibuja e invisibiliza la (posible) agencia del sujeto que lleva a cabo un suicidio. Desvinculando radical y arbitrariamente el acto del suicidio, del proceso de producción subjetivo e intersubjetivo en que se inscribe. Arrolladas hacia el saco de la enfermedad mental, las manifestaciones del **sufriimiento y malestar cotidiano** suelen clasificarse, entonces, como síntomas mentales de patologías diversas. La enfermedad mental está considerada como el factor de riesgo más importante de suicidio, al cual define como un problema de naturaleza individual, y causa de acontecimientos aislados. Valoraciones **sacadas de contexto y ahistóricas**. Preocupando lo que más, lograr invisibilizar la participación agente del sujeto que lo lleva a cabo; y su dimensión subjetiva.

Es esta **concepción reduccionista** del suicidio como asunto perteneciente a la patología, la que lo condena desde un primer momento a las sombras de lo inabordable. Tal parece que el papel que se atribuye hoy en día a su comprensión, tras siglos de deambulación errática en manos de la iglesia como uno de los peores pecados a castigar y de la justicia como crimen, es ahora exclusivamente el de una enfermedad, o síntoma final de un proceso patológico. Como si al hablar de suicidio, estuviéramos aludiendo al fruto malsano de una enfermedad que como tal debe ser tratada médica y reducida a la autopsia del hecho.

Por otra parte, el **sociólogo Emile Durkheim** abre paso al suicidio como fenómeno que de ser estudiado a nivel individual e interno, sea susceptible de ser

estudiado sociológicamente; considerándolo un hecho social producto de fuerzas o factores externos al individuo. En su obra *El suicidio*, establece una **tipología del suicidio** en permanente relación con estados de organización social. Determinando así que la única vía para explicar la cifra social de los suicidios, es a partir de la sociología. Advierte que, “es la constitución moral de la sociedad la que fija en cada instante el contingente de las muertes voluntarias. Cada grupo social tiene realmente por este acto una inclinación colectiva que le es propia y de la que proceden las inclinaciones individuales; de ningún modo nace de éstas. Lo que la constituye son esas corrientes de **egoísmo**, de **altruismo** y de **anomia** que influyen en la sociedad examinada en torno a tendencias como la **melancolía lánguida**, al **renunciamiento colectivo** o al **cansancio exasperado**, que son sus consecuencias. Son esas tendencias de la colectividad las que, penetrando en los individuos, los impulsan a matarse” (Durkheim, 1897, p.326). Para Durkheim en todo suicidio o casi todo, existen causas sociales y generales del fenómeno a partir de las cuales poderlo explicar, y así encontrar o definir su marca colectiva. De esta forma la relación entre la Sociología y el suicidio se ha ido articulando, privilegiando la validez científica de los estudios estadísticos sistemáticos. Representando el suicidio como un fenómeno social constante, inaccesible a ser comprendido a partir de actos individuales; dependiente y condicionado sobre todo por el conjunto de influencias sociales como la familia, la religión, el trabajo y la profesión (Durkheim, 1897).

La **Sociología** y la **Psiquiatría**, de manera disímétrica a favor de la última, han sido pues los dos espejos reduccionistas a través de los cuales el suicidio ha sido reflejado. Aunque ambas proyecciones comparten una invisibilización del espacio subjetivo e intersubjetivo en el que se articula dicho acontecimiento.

4. Desplazando la pregunta sobre el suicidio: del morir en el contexto de la vida

a) Sociedad disciplinaria y relaciones poder/ saber

Repasados los discursos hegemónicos que conforman los principales modelos de pensamiento sobre el suicidio, queremos introducir en la pregunta sobre éste las condiciones de **producción normativa de la subjetividad**, o el **proceso de subjetivación** articulado entre las **relaciones de poder** que lo atraviesan.

Un efecto central de los juegos que atraviesan el **poder a través de la verdad y la verdad a través del poder**, es la construcción de identidades concretas y señaladas, vueltas objeto de ser conocidas y evaluadas, caracterizando así a cada sujeto en sus particularidades. Sujetos-sujetados de estas **verdades normalizadoras** se nos juzga, condena, clasifica, y determina en nuestras decisiones, destinadas a un cierto modo de vivir y de morir, en relación de los verdaderos discursos que son los agentes de los efectos específicos del poder (Foucault, 1975)

Por lo tanto, centramos nuestra reflexión a partir del poder como productor de realidad y de saber. Y como Foucault señala, no se puede estar fuera del poder, no

queriendo decir con eso que estemos atrapados en éste. Sino por el contrario, posibilitados, a abrir continuamente espacios, puesto que como el mismo autor señala, “**no hay relaciones de poder sin resistencia**”.

De esta forma conceptualizamos las relaciones de poder, siguiendo a Foucault (1975, 1976). Autor interesado, más que por el concepto de poder en general y por buscar una definición concreta de entre la polisemia del término, en el estudio de su formación y especificidad. El poder, pues, como elemento constitutivo y constituyente en la producción de realidad y de saber y a la inversa, los dispositivos de poder/ saber. Decimos esto, en la línea de que todo ejercicio de poder, es a la vez un lugar de producción de saber, y convencidas también de que quienes experimentamos sus efectos, a su vez contribuimos y formamos parte de su producción.

Vastas son las afirmaciones que hablan del poder como represivo, que descalifica, limita, niega y contiene. Sin embargo, “hay que admitir más bien que el poder produce saber; que **poder** y **saber** se implican directamente el uno al otro. En suma, no es la actividad del sujeto de conocimiento lo que produciría un saber, útil o reacio al poder, sino que el poder – saber, los procesos y las luchas que lo atraviesan y que lo constituyen, son los que determinan las formas, así como también los dominios posibles del conocimiento” (Foucault, 1975, p.34). En otras palabras, el poder como algo que vincula a los seres humanos de diversas formas, y no como algo que está o que posee alguien.

Foucault integra la cuestión del saber y del poder a partir de su obra “**Vigilar y Castigar**”, a través de una mirada genealógica tomando como ejemplo, el surgimiento de la prisión. Abocado en el estudio de “la metamorfosis de los métodos punitivos a partir de una tecnología política del cuerpo donde pudiera leerse una historia común de las relaciones de poder y de las relaciones de objeto. De suerte que por el análisis de la benignidad penal como técnica de poder, pudiera comprenderse a la vez cómo el hombre, el alma, el individuo normal o anormal han venido a doblar el crimen como objeto de la intervención penal, y cómo **un modo específico de sujeción** ha podido dar **nacimiento al hombre como objeto de saber** para un discurso con estatuto “científico” (Foucault, 1975, p.30-31).

Cuestionando la razón dominante, es como si Foucault armara y desarmara el andamiaje en que se gesta y circula un sistema de poder específico, que controla y teje poco a poco su red con los hilos de quienes encarnan el peligro y lo repulsivo, lo que no se quiere ver. Llámeseles leprosos, locos o criminales; señalando la manera en que se establecen las dicotomías entre, por ejemplo, normalidad – anormalidad, racionalidad – irracionalidad, orden – desorden, inclusión – exclusión, dentro del pensamiento moderno occidental. En otras palabras, analiza las instituciones desde el **paradigma estratégico**, según el cual el poder “es una situación estratégica que coexiste en una relación” (Cabruja, 2003, p.135-187).

Centrándose en las formas de ejercicio de poder radicalmente nuevas, es como el texto de Vigilar y Castigar nos enfrenta con los cambios que han tenido lugar,

respecto a las formas de ejercicio de poder a finales del siglo XVIII. Pasando del **sistema punitivo (el cuerpo) al sistema disciplinario (el alma)** (Blanchot, 1988), en el cual la sociedad se vuelve un complejo que dota de hábitos y disciplina al sujeto por doquier. Produciendo comportamientos concretos que caractericen a los sujetos, y así, mediante hábitos específicos definan su pertenencia a una sociedad, fabricando lo que sería la norma; vuelto el poder la forma cotidiana de la norma – lugar común a partir del cual se reconoce el sujeto–ocultándose como poder y desplegándose como sociedad.” El discurso que a partir de entonces va a acompañar al poder disciplinario va a ser aquel que funda, analiza y especifica la norma para volverla prescriptiva. Puede entonces desparecer el discurso del Rey y ser reemplazado por el discurso de aquello que la norma dice; de aquello que vigila, que realiza la división entre lo normal y lo anormal, es decir el discurso del maestro de escuela, del juez, del médico, del psiquiatra [...]” (Varela y Álvarez, 1987, p.216).

En suma, de cara a la segunda mitad del siglo XVIII tiene lugar un movimiento que cuestiona el modo y el lugar del ejercicio penal, proceso que lleva a constituir una nueva economía y tecnología del poder de castigar (reforma penal del siglo XVIII); se instaura la disciplina normalizante (mecanismos científico-disciplinario), cuyo ejemplo paradigmático es la prisión. Y así pretenden que el alma (psique, subjetividad, personalidad, conciencia, etc.) sustituya al cuerpo (se introduce el poder de castigar más profundamente en el cuerpo social) como objeto de la penalidad, menos crueldad, menos sufrimiento, más benignidad, más respeto, más “humanidad” (Foucault, 1975).

Es la sociedad disciplinaria planteada por Foucault, la que ha posibilitado una nueva manera de estudiar las **relaciones de poder/ saber**, que a su vez abren paso a la crítica de las teorías científicas vigentes hasta ahora. “Michel Foucault ha demostrado que el internamiento psiquiátrico, las instituciones penales y la normalización de los ciudadanos han sido esenciales para el funcionamiento expedito de las sociedades capitalistas. El control de los desviados, la inculcación de las conductas socialmente valorizadas, la disciplinarización de los sujetos, no son efectos residuales o superestructurales en nuestras sociedades, sino instancias constitutivas y centrales al propio sistema. La **producción de sujetos** y la **producción del orden social** constituyen el corazón mismo de nuestras formaciones sociales de capitalismo avanzado” (Varela y Álvarez, 1987, p.105).

b) Formación discursiva

Por otra parte, desde su enfoque arqueológico y discursivo Foucault analiza como desde *El nacimiento de la clínica* moderna a finales del siglo XVIII, la subjetividad del enfermo cede el paso a la objetividad de los síntomas, “que no remiten a un ambiente, a una manera de vivir, a una serie de costumbres contraídas, sino a un cuadro clínico, en que las diferencias individuales, que repercuten en la evolución de la enfermedad, desaparecen ante aquella gramática de los síntomas”

(Galimberti, 1996, p.12). Así, más que expresión de un malestar y de unas condiciones de vida, los síntomas pasan a ser signos de una enfermedad; una nueva alianza entre **el saber y el dolor**, donde la verdad del sufrimiento, no se conoce sino a través de la **designación de la enfermedad**. Paradojas de la vida cotidiana, que claman “la necesidad de incorporar en el discurso [...] la dimensión de lo no sabido, de lo no pensado pero actuado a través de él” (Pujal, 2003, p.130).

Así, en *El nacimiento de la clínica*, Foucault muestra cómo la anatomía patológica dota a la medicina moderna de las bases conceptuales y semánticas que constituyen los significantes de su lenguaje; del **enunciado preciso** y el **estilo conciso del saber médico** sobre una enfermedad –y por tanto sobre el sujeto al que inviste–. Como señala Foucault, “la mirada, que recorre un cuerpo que sufre, no alcanza la verdad que busca sino pasando por el momento dogmático del *nombre*, en el cual se recoge una doble verdad: ésta, oculta, pero ya presente de la enfermedad, ésta, cerrada, pero claramente deducible de la conclusión y de los medios. No es la mirada misma la que tiene el poder de análisis y de síntesis; sino la verdad sintética del lenguaje que viene a añadirse desde el exterior y como una recompensa a la mirada vigilante [...]” (Foucault, 1963, p.93).

Conscientes del abismo construido entre el sujeto y su **experiencia**, nos preguntamos sobre los efectos que tiene el inscribir el futuro o las posibilidades (pronóstico) a partir de los medios (diagnóstico) con los que éste es objetivado.

c) Ambivalencia constitutiva y constituyente del sujeto

Por otra parte, siguiendo a Butler, se puede dar un vuelco a lo que venimos planteando, si también hacemos referencia a la formación del sujeto basada en la **productividad de la norma**, definiendo la **prohibición tanto privativa como productiva**. Como señala Butler, “el poder actúa sobre el sujeto por lo menos de dos formas [...]. Como *súbdito* del poder que es también *sujeto de poder*, el sujeto eclipsa las condiciones de su propia emergencia; eclipsa al poder mediante el poder” (Butler, 2001, p.24-25).

Señalando de esta forma que en el caso del diagnóstico, aparte de censurar, se posibilita (hasta cierto punto) la **construcción de la conciencia** (sujeto reflexivo, que reflexiona y refleja) **volviendo al sujeto objeto para sí mismo**. Y continuamos con Butler al apuntar que, “cuando las categorías sociales garantizan una existencia social reconocible y perdurable, la aceptación de estas categorías, aun si operan al servicio del sometimiento, suele ser preferible a la ausencia total de existencia social” (Butler, 1997, p.31). Estableciéndose como reto, más que su evitación, la **superación de dicha ambivalencia constituyente**.

Ampliamos lo dicho siguiendo a Pujal al plantear que, “la tarea creativa / política asociada a la subjetividad consistiría en convivir con una contingencia y ambigüedad irreductibles, pero no en ignorarlas –imagen de sujeto moderno– o someterse mansamente a ellas –imagen de algunas versiones del sujeto postmoderno–

. La subjetividad / identidad no supondría, en este sentido, un punto de partida, sino la siempre renovada capacidad de referirse al sí mismo y al propio actuar en el mundo. De lo contrario caeríamos en la ilusión que es posible transformar el mundo sin transformarnos a nosotros mismos y al revés, o en la fantasía de pensar que podemos actuar sin tomar en cuenta nuestro punto de partida” (Pujal, 2003, p.134).

Al hilo de lo anterior, tomamos de ejemplo el **orden médico** como régimen que delimita y establece a qué se le puede llamar vida, y a qué se le puede llamar muerte. Por lo tanto cómo deben gestionarse ambos, o sea, el vivir y el morir. Para ver cómo el discurso médico ejerce una censura a partir de lo que no entra o se sale de su orden o coherencia. En otras palabras, cómo establece clasificaciones de las que emergen la psiquiatría y el enfermo mental, el “suicida” en este caso, como objeto de estudio.

d) La irreductible tensión sujeción - agencia

- El morir como espacio de imposibilidad subjetiva e intersubjetiva

Con el propósito de abrir nuevas vías de análisis a la pregunta sobre el suicidio, introducimos ahora la reflexión sobre el **morir en el contexto de la vida**. Centrando nuestro interés en la problematización de la producción del sujeto definido en los bordes del discurso hegemónico, concretamente desde el ya conocido **sujeto “suicida”**.

A partir de aquí es que hacemos la pregunta sobre **cómo se puede morir en el intento de vivir correctamente la vida**. Para lo cual, reflexionamos sobre el **sometimiento radical**; equivalente al cese de la vida subjetiva o desborde de sufrimiento, articulado a partir del debate y tensión entre la producción subjetiva y el proceso de sujeción. Proceso en el que se da el vuelco del **deseo por la norma** como condición de existencia social, como anclaje para ser en la categoría lingüística de sujeto, y así poder ser nombrado y nombrar. Como señala Butler, (1997, p. 31), “obligado a buscar el reconocimiento de su propia existencia en categorías, términos y nombres que no ha creado, el sujeto busca los signos de su existencia fuera de sí, en un discurso que es al mismo tiempo dominante e indiferente. Las categorías sociales conllevan simultáneamente subordinación y existencia”

Preguntamos pues, cómo es que se puede llegar a la imposibilidad de desplazar y mantener el rastro del deseo entre la subordinación fundacional, entumeciendo el movimiento del deseo dentro del proceso de subjetivación. Gestándose así relaciones infiltradas con alta dosis de sometimiento. Las cuales, dejan fuera de los márgenes de la realidad el deseo imposibilitado, el que no entra dentro del orden de lo posible. Produciendo relaciones en las que el flujo del deseo queda radicalmente supeditado al orden simbólico.

Esta pregunta nos posibilita reflexionar sobre la **subordinación inaugural** como forma de poder que llega a someter al sujeto, pero que a su vez le abre las condiciones iniciales de existencia. Paso indispensable para poder seguir el hilo de

la producción del sujeto en (el deseo por) la norma que da existencia social, pero que a su vez puede ir mermando las posibilidades de un **sujeto de deseo**.

Siguiendo el ejemplo del orden discursivo y disciplinar médico/ psiquiátrico se podría pensar que debido a que tanto el médico como el enfermo están atravesados y articulados por el poder a partir de una subordinación inaugural, parten de una condición de sujeto similar. Pero como el proceso de subjetivación va emergiendo ligado a ciertas condiciones de posibilidad (tanto emocionales como simbólicas y materiales), relacionadas con la posición de poder simbólica y material que va ocupando el sujeto en el discurso, el rumbo que toma su situación de sometimiento produce efectos y posibilidades muy distintas en la vida cotidiana de ambos.

Pudiendo significar en un primer momento, que el sometimiento del enfermo al orden médico, sea su única vía de posibilidad para hacerse de una entrada precaria, pero inteligible en el orden simbólico. Ilusión socialmente construida y sostenida, que tanto puede dar sentido a su vida como sometimiento ante ella, explicándose a sí mismo a partir de ella. Pero que preso de una versión impermeable y hermética de sí mismo, activa su muerte en el contexto de la vida. Encarnando, siguiendo a Butler, una **posición identitaria** en el discurso como un **ideal normativo - desviado** más de un dispositivo médico y no como un aspecto subjetivo de su experiencia.

Cuestión que nos plantea la pregunta sobre los límites y los efectos del saber médico en relación al suicidio. ¿Cuál es el límite del saber médico, acaso la muerte? Más que el acto de la muerte física, del cual el discurso de la ciencia nos pretende librar a toda costa, parece que lo que más importa, es el hecho de que ésta se produzca dentro de un orden, o sea, que tenga lugar y sea reconocible para el saber médico. La **anatomía patológica**, encargada de poner orden en la enfermedad y la muerte, ¿qué hace en el caso del suicidio?, acontecimiento que indudablemente se le escapa de las manos.

Sujetos incómodos como los “suicidas”, objetos de indignación y mancha imborrable en el discurso vigilante de los otros. Ponen bajo sospecha los imperativos intocables de supervivencia y las formas de resistencia ante la **imposibilidad de inscribirse desde su propio deseo en el orden social**. Cuestionan lo establecido como cierto por quien cree “poseer poder” sometiendo, y por quien cree “saber verdad” imponiendo realidad.

En otras palabras, sujetos cuyos deseos circulan enmohecidos y melancólicos por el discurso. Haciendo de la muerte un lugar donde no se la esperaba, instituyen en el acto suicida un orden de posibilidad radical distinto, aunque **paradójicamente** lleve a la imposibilidad absoluta, al agujero negro. Desestabilizando así, los discursos de verdad, vinculados al orden simbólico, del contexto en el que, invitados o no, por fin participan.

En la mayoría de las ocasiones el **deseo de supervivencia** es tal, que se prefiere

“existir en la subordinación a no existir” (Butler, 1997, p.18), lo cual de igual forma implica un riesgo de muerte, aunque de manera distinta. **Muerte subjetiva e intersubjetiva:** muerte, donde ya no veo mis ojos en la mirada del Otro, donde ya no hay sitio para subvertir el orden simbólico desde mis deseos, donde ya no cabe crearme sino simplemente ser. Cuerpo disecado, inflado de significación y de mera exhibición, asesinato diario del deseo que tiene el valor cotidiano de un suicidio.

Cuando la presencia del sujeto no logra una **articulación subjetiva** en el mundo, se ve arrojando enunciados sin marca y sin lectura, **imposibilitados para trazar una huella en el Otro**. Como señala Patricia Amigot en una comunicación no publicada “Cuando no existe la posibilidad de **elaborar un sentido**, cuando no existe la posibilidad de desplazamiento por los significantes (significantes que nos han venido de otros), quizá **el deseo queda asfixiado**, queda condenado el sujeto, a un no decirse o a un no poder moverse, crear, a fin de cuentas. Ahí puede dar la vuelta el deseo y ser **deseo de desaparecer**”.

¿Cómo se puede llegar a la muerte en el intento de vivir correctamente la vida? Una vida que va aniquilando las posibilidades de articular el deseo, y llegar a subvertir los límites de lo posible.

Más que buscar respuestas para establecer conclusiones sobre el tema que nos ocupa, queremos introducir la **reflexión sobre la posibilidad**, enmarcada en la necesidad de plantear el abordaje del suicidio en el contexto de la vida. Esto es, desde el proceso de producción subjetiva e intersubjetiva en que nos des-hacemos.

¿Es que acaso se puede seguir prescindiendo al problematizar el suicidio del **residuo del proceso de subjetivación**, sin que esto implique la anulación del sujeto agente, y por tanto la posibilidad en la creación de espacios de resistencia?

- El vivir como espacio de posibilidad subjetiva e intersubjetiva

Dicho esto, introducimos la **noción de deseo**, como un espacio de reflexión distinto en relación a la pregunta sobre los límites de posibilidad e imposibilidad desde los que nos inscribimos en el orden del discurso. Sobre los límites, fronteras y estructuras asumidas como infranqueables y como parte de la naturaleza ontológica de los seres humanos. La noción de deseo nos invita a pensar en la posibilidad de resquebrajar la concepción de un sujeto completo, consciente de sí mismo, sano o enfermo, normal o anormal, que cabe o que ha de quedar necesariamente fuera. Apuntamos entonces, hacia el **deseo como encuentro**, como algo que sucede en el curso de nuestra historia como **residuos de singularidad** inscritos en un proceso de subjetivación constante.

Para ampliar la idea, nos apoyamos en lo que señala Butler al respecto. Pues, si el sujeto es constituido por el poder, ese poder no cesa en el momento en que el sujeto es constituido, dado que ese sujeto nunca está plenamente constituido, sino que se va constituyendo y produciendo continuamente. De tal forma que, el sujeto no es base ni tampoco producto, ya que tiene la posibilidad permanente de un cierto proceso de resignificación, que es desviado y bloqueado mediante otro mecanismo

de poder, pero que posibilita retrabajar el poder (Butler, 1998).

Con el interés de abrir espacios de posibilidad distintos, trazados en **nuevos agenciamientos del deseo** como movimiento de resistencia y parte inmanente de la producción en sujeción; llegamos al último momento del texto para pensar en **el vivir como espacio de posibilidad**, reflexionando en torno a la posibilidad de “pensar una singularización, que no pase por la muerte, sino por la vida” (López, 2003, p.108).

Espacio desde el cual poder crear nuevas formas de resistencia para acceder a condiciones, formas, y prácticas de vida distintas. Aclaramos la idea: la resistencia como espacio desde donde poder conectar, y crear dando inteligibilidad al sujeto a través de nuevos movimientos del deseo con otros medios que no sea necesariamente mediante la huella de un acto suicida. Producido existencia emocional, al posibilitar inteligibilidad ya no desde la melancolía, sino articulando nuevos agenciamientos del deseo.

Y así, hablar de un **posible sujeto de deseo**. Producido en la creación de espacios y prácticas de resistencia y por lo tanto de posibilidad. Desde los cuales poder inaugurar otras conexiones y territorios, subvirtiendo el orden simbólico desde nuevos movimientos del deseo; siguiendo a Pujal, “lugar en el que se originan y desde el cual surgen estas prácticas, [...] prácticas que acompañan, atraviesan o relacionan lo pensado y lo no pensado pero actuado” (Pujal, 2003, p.132).

Planteamos pues como posibilidad, la creación de espacios y prácticas de resistencia en el agenciamiento del deseo como proceso de producción en el hilo de la existencia social.

Sin olvidar, al hablar de dimensiones de posibilidad distintas, tomar en cuenta los espacios de resistencia en los que nos movemos y con los que contamos. Contextos en los que se inscribe y articula dicha posibilidad. Ya que antes que hablar de dosis y de prudencia, hemos de identificar los contextos de resistencia, tener en cuenta la configuración, los bordes, los vacíos y los excesos que lo conforman. Así, poder **hacer del vivir pequeñas dosis** de potencia –sistema rizomático–, desarticular con cautela, con prudencia, sin movimientos demasiado abruptos. “Lo peor no es quedar estratificado – organizado, significado, sujeto – sino precipitar los estratos en un desmoronamiento suicida o demente que lo hace recaer sobre nosotros, como peso definitivo” (Deleuze y Guattari, 1980, p.165).

Así, desde nuestra lectura de Deleuze, planteamos la necesidad de conservar pequeñas dosis de subjetividad siempre necesarias para sortear la realidad dominante, dejándose tocar por ésta únicamente como estrategia y así conectar, conjugar y continuar. Ampliar el territorio conectando y no abandonando.

Ya que precisamente es ése el contexto, el espacio de batalla, son precisamente dichas conexiones simbólicas y discursivas las que se han de mantener abiertas como vías por donde dejar circular el desconocimiento, la sospecha y el asombro.

Los caminos irremediablemente se trazan desde ahí, hará falta ceder parte de

la existencia, pero es justamente en dicho acto en el que se posibilitarán elaboraciones de algo distinto. Situaciones enmarcadas desde la ambivalencia del sujeto ante el poder, como **sujeto determinado por el poder**, y como **sujeto que determina al poder**. Abriendo la permanente posibilidad de nuevos movimientos, y ciertos procesos de resignificación. Relacionamos lo apenas dicho con lo que señala Agamben, “una vida que no puede separarse de su forma es una vida que, en su modo de vivir, se juega el vivir mismo y a la que, en su vivir, le va sobre todo su modo de vivir. ¿Qué significa esta expresión? Define una vida – la vida humana – en que los modos, actos y procesos singulares del vivir no son nunca simplemente hechos, sino siempre sobre todo posibilidad de vivir, siempre y sobre todo potencia” (Agamben, 2001, p.14).

Nuestra pregunta es sobre la posibilidad. Posibilidad en el intento de desatar los nudos que someten el deseo azotándolo contra los muros de una realidad dominante, con efectos mortales (suicidio físico) y/o de imposibilidad para muchos (muerte subjetiva).

5. Trazando un cierre

En breve y para concluir. Nuestro interés lo situamos en la búsqueda por **abrir espacios de resistencia** relacionados con juegos de poder que promuevan el cuidado del sujeto, en su más simple y a la vez compleja cotidianidad. Cuidado que vendría a posibilitarse, multiplicando las venas del discurso por donde el deseo pueda ir estableciendo nuevos contactos, nuevas conexiones entre el orden simbólico hegémónico y un **lenguaje fugaz**.

Paliativos médicos, filosóficos, psicológicos, entre otros ya hay bastantes. Señalamos esto, para enfatizar que nuestra preocupación e interés en relación con el tema del suicidio nos lleva más que a pensar en estrategias somníferas que enmudezcan las distintas expresiones de la angustia de existir, a contribuir en la producción de conocimiento que vehicule formas y prácticas de vida que hablen de posibilidad en la ruptura, de posibilidad en la incertidumbre.

Sencillamente, el tema del suicidio más que de la muerte, nos ha ido planteando cuestiones del vivir y del morir. En breve, de las formas que puede llegar a tener **el morir de nuestros intentos y deseos en la vida cotidiana**. Planteamos así esta reflexión, porque **la vida como relación** no se puede concebir como algo que está por habitar. La vida se nos muestra y se nos esconde todo el tiempo, jugando a ser vista en los actos más sencillos por los que así transita. “No es lo mismo el morir que la muerte” (Marín, 2003, p.105). El morir es parte indisoluble de la vida, digamos que es la piel que envuelve todos y cada uno de los movimientos de los que se compone nuestro día.

De esta forma es como cuestionamos nuestro ejercicio del vivir partiendo de un pensar distinto, tomando en cuenta las condiciones socio-históricas en que nos hemos formado. Pues, “una historia del suicidio no es más que una historia del dolor,

o mejor dicho, **una historia social del dolor**" (Andrés, 2003, p.312).

Nuestro trabajo gira en torno al cuestionamiento de los discursos de producción de conocimiento sobre el suicidio, inscritos principalmente dentro del campo de saber positivista de la psiquiatría y de la sociología desde una mirada psicosocial. Pretendemos problematizar la noción convencional del suicidio introduciendo la subjetividad como categoría analítica y política; y centrándonos en los procesos de subjetivación, desde una perspectiva foucaultiana.

La incorporación de la dimensión social al estudio del suicidio, mediante la inclusión de sus dimensiones subjetivas e intersubjetivas, nos permitirá poner en juego conceptos que nos posibiliten desplazar las preguntas sobre éste.

Confeccionamos así nuestro trabajo, con el propósito de introducir nuevos elementos de análisis para reflexionar sobre algunas de las condiciones de posibilidad desde las que emerge nuestra capacidad de actuar; y sobre las formas en que se puede llegar a producir el morir de nuestros intentos y deseos en la vida cotidiana.

Palabras clave: *Suicidio, Subjetividad, Subjetivación, Deseo.*

Nota editorial: Este artículo fue publicado en la revista Athenea Digital (2005), nº 7: 133-147. Agradecemos a las autoras el permiso para su publicación

Referencias bibliográficas

- AGAMBEN, G. (2001). *Medios sin fin, notas sobre política*. Valencia: Pre-Textos.
- AGUILERA, A. (1996). El sujeto escindido: un es cansado que fue y será. En M. Cruz, (Ed.), *Tiempos de subjetividad*. Barcelona: Paidós.
- ÁLVAREZ, F., BERMEJO J., SOTO, L., MOREY, M., PINTOS, J., CASANOVAS, P., SERRANO, A., VARELA, J. (Eds.) (1987). *Discurso, poder, sujeto. Lecturas sobre Michel Foucault*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- ANDRÉS, R. (2003). *Historia del suicidio en occidente*. Barcelona: Península.
- BLANCHOT, M. (1988). *Michel Foucault tal y como yo lo imagino*. Valencia: Pre-Textos.
- BONDER, G. (1998) Género y Subjetividad. Avatares de una relación no evidente. Encuentro de Universidades de Latinoamérica y el Caribe: Género y epistemología: mujeres y disciplina. Santiago de Chile. <http://www.revue.csociales.uchile.cl/genero/mazorka/debate/gbonder.htm>
- BRAIDOTTI, R. (2000). *Sujetos nómades: corporización y diferencia sexual en la teoría feminista contemporánea*. Buenos Aires: Paidós
- BUTLER, J. (1997). *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción*. Madrid: Cátedra. 2001.
- BUTLER, J. (1998). Fundamentos contingentes: el feminismo y la cuestión del "postmodernismo". *Cuadernos de Pagu*, (11).
- CABRUJA, T. (2003). Las instituciones sociales. Reproducción e innovación en el orden social. Resistencia y cambio social. En F. Vázquez (Ed.), *Psicología del comportamiento colectivo*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- CRUZ, M. (1996). Ese extraño problema que nos constituye. En M. Cruz (Ed.), *Tiempos de subjetividad*. Barcelona: Paidós.
- DELEUZE, G. (1977). *Diálogos Gilles Deleuze, Claire Parnet*. Valencia: Pre-Textos, 1980.

- DELEUZE, G. & GUATTARI, F. (1980). *Mil Mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*. Valencia: Pre- Textos. 2002.
- DOMÉNECH, M. & IBÁÑEZ, T. (1998). La Psicología Social como Crítica. *Anthropos*, (177).
- DURKHEIM, E. (1897). *El suicidio*. Madrid: Akal. 1998
- FOUCAULT, M. (1963). *EL nacimiento de la clínica*. Madrid: Siglo XIX. 1999.
- FOUCAULT, M. (1975). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI. 2000.
- FOUCAULT, M. (1976). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber. Vol. I*. Madrid: Siglo XXI. 1998.
- GALIMBERTI, U. (1996). La enfermedad: Entre el cuerpo y el organismo. *Archipiélago*, (25), 12.
- GARAY, A. (2001). *Poder y subjetividad. Un discurso vivo*. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- GERGEN, K. (1985). El movimiento socio-construcciónista en la psicología moderna *American Psychologist*, 40, 266-275.
- HARAWAY, D. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra. 1995.
- IBÁÑEZ, T. (2001). *Municiones para disidentes. Realidad – Verdad – Política*. Barcelona: Gedisa.
- IBÁÑEZ, T. (2003). El giro lingüístico. En L. Iñiguez (Ed), *Análisis del discurso*. (pp.21-42). Barcelona: UOC.
- LÓPEZ PETIT, S. (2003). *El infinito y la nada. El querer vivir como desafío*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- MARÍN, F. (2003). Derecho a morir con dignidad: ¿tabú o no? *Archipiélago*, 56, 105.
- PUJAL, M. (2003). La tarea crítica: interconexiones entre lenguaje, deseo y subjetividad. *Sociedad y Política*, 40(1), 129-140.
- SARRÓ, B. & DE LA CRUZ, C. (1991). *Los suicidios*. Barcelona: Martínez Roca.

IDEACIÓN SUICIDA EN EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD: Reflexiones sobre el proceso terapéutico.

Francisco Sanchis Cordellat
E-mail: fransanchis@yahoo.es

This article presents a case with persistent suicidal ideation which was part of a limits-of-personality disorder. The therapeutic process followed was approached from a cognitive behavioral perspective. During the process it was necessary to keep and to rebuild the aims as well as to constantly adapt to the existential situation of the patient. According to the circumstances surrounding the case, the therapeutic alliance and the adhesion to the treatment were the aims that allowed going on with the therapeutic opened process. This made the psychological stabilization of the patient possible although his persistent and negative idea of ending with his own life.

Keywords: suicidal ideation, cognitive-behavioural therapy, narrative, therapeutic alliance

INTRODUCCIÓN

En el presente artículo se describe un caso de perturbación psicológica desde un enfoque cognitivo conductual. Se han utilizado los relatos de la paciente para comprender los significados que la persona atribuye a los acontecimientos cotidianos y que van a ayudarnos a entender la forma particular que cada persona otorga a las experiencias vividas. Este caso terminó derivando en un trastorno complejo donde la sintomatología presente correlacionaba con criterios diagnósticos DSM-IV y la ideación suicida era un factor recurrente. Dadas las circunstancias que relataremos a continuación, la alianza terapéutica y la adhesión al tratamiento fueron objetivos prioritarios en el proceso terapéutico. Estos objetivos permitieron una estabilización psicológica del paciente a medio-largo plazo.

Como prolegómeno, quisiera recordar que cuando una persona llega a terapia suele hacerlo porque tiene una historia que contar, una historia en la que el paciente es el personaje principal y el relato que explica se construye en base al sistema de creencias que rige la vida de esa persona. Por su parte, el terapeuta, en función de la corriente teórica a la que esté adscrito, participa activamente o no en aquello que

surge dentro del espacio terapéutico. Sea cual sea la corriente, el encuentro entre paciente y terapeuta se convierte en un espacio único donde la intimidad y la confianza constituyen la base del diálogo y de la alianza terapéutica.

La información relativa al caso que disponemos es la aportada por la paciente, una mujer joven, en las sesiones de terapia, en la narrativa de los escritos solicitados y así como la aportada por su pareja y en parte por su madre. Para garantizar el anonimato del caso se han modificado los datos personales de las personas que intervinieron.

Solicitud de consulta.

Ana es una mujer de 27 años que acude a la consulta a petición de su pareja actual y como condición puesta por ésta para resolver sus diferencias y poder seguir conviviendo juntos. Su pareja actual, a quien llamaremos Juan, refiere sentirse desbordado por las conductas agresivas y la hostilidad de Ana, y relata que cuando surge un conflicto en la pareja ella explota sin poderse contener, llegando a la agresión de diferentes formas: insultos, empujones, escupidos o abofeteos. Según explica la propia paciente, en los últimos meses su malestar ha ido incrementando, se ha encontrado muy inquieta y alterada, y lamenta sus problemas de pareja actuales. No obstante, dice que quiere luchar por esta relación, por su estabilidad y para que su hijo, fruto de una relación anterior, tenga una familia estable. Manifiesta, a su vez, miedo a que su actual pareja la acabe abandonando.

Su pareja actual, Juan, reconoce que reacciona mal frente a los repentinos cambios de humor de ella, a las conductas impulsivas y la agresividad que Ana proyecta sobre él. Cuando esto sucede Juan se retrae en las muestras de afecto que ella tanto demanda y dejan de hablarse durante algunos días, lo que vuelve a Ana aún más hostil y agresiva. Estos episodios van en aumento y actualmente la relación entre ellos se mueve entre los polos del amor-odio, según palabras de ambos.

Primeros datos

De los primeros datos aportados –y que a continuación se resumen brevemente– Ana destaca que se empezó a encontrar peor emocionalmente a raíz de un accidente de tráfico que tuvo lugar unos dos años atrás. La paciente permaneció varios meses de baja, y se vio obligada a modificar diversos aspectos de su vida cotidiana. Como consecuencia de la incapacidad laboral transitoria perdió un trabajo que le gustaba y que le hacía sentirse bien: desde entonces, y en palabras textuales, su vida es una porquería. Para combatir la ansiedad que le producía su situación, Ana, que consumía algunos tóxicos, siguió con el consumo y aumento de los mismos y en la actualidad sentía que no era capaz de cuidar ni de sí misma ni de su hijo. Según información facilitada por la propia paciente, el padre biológico del niño se desentendió de las responsabilidades que le correspondían después del nacimiento de éste. Ana añade que en estos últimos años ha mantenido algún

contacto esporádico con el padre biológico aunque su ayuda ha sido prácticamente nula o inexistente tanto en el apartado personal como en el económico.

De los datos obtenidos en los primeros escritos solicitados a la paciente también podemos resaltar la siguiente información:

Antecedentes de salud mental: Historia de trastornos mentales en la familia: un hermano diagnosticado de Esquizofrenia Aguda, una hermana con Trastorno Afectivo y otra hermana con intento de suicidio.

Sobre la familia: Ana procede de una familia numerosa. Sobre sus padres dice que cree que estaban desequilibrados pero no aporta más información sobre los trastornos. Ana explica que conoció a su madre en circunstancias trágicas al inicio de su adolescencia.

Hábitos tóxicos: Ana explica que a los 14 años empezó a consumir tabaco, alcohol y cannabis, y posteriormente pasó a la cocaína y los alucinógenos. Relata que en alguna ocasión el importante abuso de tóxicos tuvo como consecuencia la aparición de sintomatología psicótica secundaria. Cuando acudió a la consulta comentó que en ese momento solo consumía cannabis y hachís.

Ingreso hospitalario: Ana habla de un ingreso en urgencias psiquiatría hace dos años por intento de autolisis por ahorcamiento. Estuvo ingresada diez días y se le diagnosticó un Trastorno bipolar. Una vez dada el alta hospitalaria, se pautó tratamiento medicamentoso con escaso éxito ya que la paciente lo abandonó al poco tiempo. Anteriormente también había realizado varios intentos de autolisis menores que no requirieron ingreso hospitalario. A este respecto, tanto en sus relatos escritos como en las conversaciones mantenidas en la terapia, Ana comenta, de manera textual, que concibió a su hijo cuando tenía 19-20 años para tener algo a lo que aferrarse en esta vida, de lo contrario ahora ya estaría muerta.

Las sesiones.

En cuanto al trabajo terapéutico, pusimos énfasis en que la relación terapeuta-paciente fuera de colaboración y el enfoque eminentemente didáctico para así fomentar la autonomía del paciente. En su inicio, pautamos que las sesiones siguieran un orden tradicional con alianza terapéutica, compromisos de trabajo y de soporte emocional, modificaciones conductuales enfocadas a trabajar la autoestima, disminuir los episodios turbulentos y a entender que la historia personal y familiar de cada uno ejercían un peso importante en la inestabilidad actual de la paciente. Asimismo dejamos la puerta abierta a la posibilidad de tratar un posible trastorno con medicación estabilizante solicitando para ello consulta psiquiátrica si era necesario. Tanto Ana como Juan acordaron colaborar y ayudarse mutuamente. Sin embargo, en el transcurso de las sesiones posteriores, dicho acuerdo fue difícil de mantener por parte de las dos personas implicadas.

Desde la primera visita constatamos la alteración e inestabilidad emocional de la paciente; mientras relataba los acontecimientos alternaba momentos de

impulsividad con otros de lloro y rabia. Ana mostraba, además, una demanda de afecto constante verbalizada entre lágrimas y que reprochaba a su pareja. Desde su punto de vista, su vida no había sido fácil y había luchado mucho para vivir mejor; decía, también, que ante la falta de afecto su vida carecía de sentido y prefería acabar con ella. De esta forma súbita y clara apareció la ideación suicida alrededor de la segunda sesión y se mantuvo como una constante donde solo variaba de graduación e intensidad a lo largo de todo el proceso.

En esta fase, Ana nos ayudó en el relato de su historia vital y se le pasaron cuestionarios de ayuda al diagnóstico. Se le solicitó que entre las sesiones siguientes respondiera por escrito a una serie de cuestiones siguiendo un texto que utilizamos y que recoge partes fundamentales de su historia personal y social con los siguientes apartados: conducta, sentimientos, sensaciones físicas, pensamientos, autoevaluación de personalidad, relaciones interpersonales y de los recuerdos y experiencias más significativas vividas en diferentes edades.

A partir de la información facilitada, de la sintomatología presente y de los resultados obtenidos en los instrumentos, se evidenció que era un caso psiquiátrico cumpliendo criterios diagnósticos DSM-IV-TR (2002). Ver cuadro nº 1. Entre las puntuaciones más elevadas se encontraban: depresión, ansiedad, hostilidad y obsesión. Se le orientó hacia un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP) y se solicitó colaboración para iniciar tratamiento farmacológico, por lo que la paciente fue derivada a un hospital público con el compromiso por nuestra parte de ofrecerle todo el apoyo psicológico necesario.

Al iniciar el tratamiento farmacológico se solicitó ayuda a la familia ya que su pareja actual manifestó no poder hacerse cargo de la situación personal de la paciente, dado que cada día se complicaba más. La madre de Ana se ofreció a ayudarla (Ana conoció a su madre biológica durante su adolescencia y posiblemente en el lugar menos adecuado, en el funeral de su padre). La ayuda no funcionó como tal y a las pocas semanas la madre de Ana la denunció a la Policía por motivos relacionados con conductas no apropiadas y solicitó una orden de alejamiento de su hija.

Una vez confirmada la evaluación diagnóstica de TLP, y habiendo establecido asimismo la pauta de medicación, la actitud de Ana fue poco colaboradora, basándose en los argumentos de que no necesitaba la medicación para controlar su elevada impulsividad y que solo requería de un soporte psicológico enfocado a resolver los conflictos de pareja. Del mismo modo, Ana mantenía que no podía seguir viviendo en la ciudad, porque no era bueno para ella ni para su hijo y se sentía absolutamente agobiada en la urbe. La impulsividad y la agresividad fueron aumentando a medida que sus opiniones eran contrarias a las recomendaciones de psiquiatría y de la terapia psicológica que cada vez era más difícil mantener de manera coherente. La ideación suicida aparecía habitualmente en el transcurso de las sesiones, o en las llamadas que realizaba al terapeuta en ocasiones con una

Cuadro nº 1

Criterios para el diagnóstico de

F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83)

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos por evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusado y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

frecuencia diaria. Por otra parte, Ana creía en los remedios naturales y estaba convencida de que no necesitaba tratamiento medicamentoso para estabilizarse emocionalmente. Sin embargo, su contacto con el terapeuta se mantenía y ella insistía que era lo único que necesitaba.

Sin pensar mucho en lo que realmente le convenía, dejó la terapia y el tratamiento farmacológico. Convenció a su pareja, que seguía ayudándola, de que el remedio de su situación pasaba por dejar la ciudad, viajar durante un año por España y hacer lo que les apeteciera. Entre otras cosas, esto significaba no realizar controles psiquiátricos, interrumpir el seguimiento y soporte psicológico y no escolarizar al niño, todo ello en contraposición a las recomendaciones psicoterapéuticas.

Ana y Juan dejaron de acudir a consulta e iniciaron su viaje por España. Los episodios de conflicto de pareja se van sucediendo de manera periódica y la impulsividad y agresividad se repite. En múltiples ocasiones Juan solicita ayuda al terapeuta vía telefónica y éste insiste en la estabilización medicamentosa y el soporte psicológico pautado. La pareja regresa a la ciudad después de varios meses

por España. Ana se encuentra bastante más desequilibrada que al principio y solicita terapia de nuevo porque se repiten las mismas situaciones de pareja que acaban por desbordarse. Después de alguna consulta terapéutica esporádica Ana cree que mejorará si se va de España; a pesar de la recomendación de seguir un tratamiento adecuado, la pareja termina por marcharse fuera de España. Después de su marcha, se suceden las llamadas al terapeuta en demanda de ayuda ante las situaciones de crisis que se producen continuamente. Durante este tiempo, Ana acude varias veces a urgencias de psiquiatría para estabilizaciones puntuales por recomendación del terapeuta y debido a la presencia de ideación suicida persistente. En uno de estos episodios de desequilibrio psicológico Ana realiza un intento de autolisis, el personal de emergencias sanitarias interviene y termina ingresada unos días en el hospital para su estabilización mental. Posteriormente surgen problemas para continuar con el tratamiento medicamentoso debido a la poca constancia de la paciente.

Pasados unos meses y en plena época de crisis personal, Ana y Juan vuelven a España. La situación de Ana ha empeorado al no seguir de manera continuada ningún tipo de tratamiento. Después de varios intentos infructuosos por continuar con la terapia su pareja le abandona y se produce otro intento de suicidio.

El *intento de suicidio* se produce en diciembre de 2009 con la ingestión, en dosis toxica de medicamentos. En plena crisis emocional, Ana avisa al terapeuta de la ingestión masiva de los medicamentos pautados (antipsicóticos y ansiolíticos) mientras su hijo está con ella. Cuando llegaron los servicios de emergencias y las fuerzas de seguridad Ana ya se encontraba inconsciente. Entonces es trasladada al hospital, donde se le efectúa un lavado gástrico y posteriormente es ingresada en psiquiatría. Cuando se le da el alta hospitalaria, Ana solicita nuevamente el apoyo del terapeuta no sin antes reprocharle y hacerle responsable de seguir con vida. Ante la situación y dadas las circunstancias –falto de apoyo familiar y social– intervienen los servicios sociales y le es retirada provisionalmente la custodia de su hijo. Aquí comienza un nuevo y difícil camino para Ana, donde su idea más recurrente es que una vida sin su hijo no vale la pena ser vivida.

A partir de este momento, los objetivos de la terapia se tuvieron que volver a reformular dando prioridad, en primer lugar, a la estabilización farmacológica y al soporte psicológico para hacer frente a una nueva perdida en su vida, la retirada provisional de la custodia de su hijo. Este acontecimiento negativo influyó necesariamente en el proceso terapéutico y le permitió, pasado un tiempo de perturbación emocional profunda, la posibilidad de descubrir que podía luchar por sí misma y por recuperar a su hijo.

Llegados a este punto es necesario retomar la historia y aportar más datos para una mejor comprensión de lo que estaba sucediendo hasta este momento. Para ello es imprescindible analizar la información obtenida a partir de sus escritos y de las sesiones de terapia que se mantuvieron de forma discontinua.

En la narrativa de Ana pudimos distinguir algunos aspectos de su historia vital anterior: a partir de las preguntas sobre su familia, encontramos una elevada disfuncionalidad familiar no coherente con un desarrollo emocional normalizado. Según la paciente, sus recuerdos de una familia tradicional son escasos y una de sus únicas referencias es una de sus hermanas con la que convivió con otros parientes. Sus recuerdos son de una infancia traumática donde sobresale una elevada carencia afectiva.

Respecto a su adolescencia, Ana la describe como una época no normalizada con carencia de normas y valores aceptados socialmente. De hecho, cuando Ana tenía 14 años ya intervinieron los servicios sociales porque vivía de manera independiente junto con una de sus hermanas.

En las sesiones Ana comentaba de forma explícita que se sentía vacía, que se aburría con facilidad y necesitaba estar buscando siempre algo que hacer, y aludía a la sensación de tener un sentimiento de vacío permanente. Este aburrimiento la llevó a iniciarse, a los catorce años, en el consumo de sustancias que, posteriormente, aumentaría tanto en cantidad como en peligrosidad (alcohol, marihuana, hachís, cocaína, drogas de diseño).

Durante la época que ella recuerda, no reconoce modelos adultos de referencia en su desarrollo emocional y comenta que ella y sus hermanos habitualmente estaban bajo el cuidado de *niñeras*, no recordando imágenes agradables del padre o de la madre.

Tanto en sus escritos como en las sesiones que de manera discontinua pudimos concertar, manifestaba un temor constante a ser abandonada. Para Ana el temor a ser abandonada estaba relacionado con la intolerancia a estar sola y a la necesidad de estar acompañada de otras personas. En alguna ocasión sus esfuerzos por evitar el abandono, real o imaginario, habían incluido comportamientos de autolisis o intentos suicidas. En este aspecto intervenía la constante ambivalencia que mantenía de la idealización-devaluación de la pareja, modelo que transportaba a sus relaciones sociales con otras personas de manera continua y que en este caso aplicaba a su pareja en una relación de amor-odio constante.

Además de los aspectos comentados, de entre las *características* que observamos durante el proceso terapéutico sobresalen las siguientes: su estado de ánimo básico era de tipo disfórico y que alternaba con períodos de ira y/o angustia. Era manifiesta su inestabilidad afectiva, la dificultad para controlar los impulsos, la baja tolerancia a la frustración y los arrebatos de ira, incluso durante las sesiones. A todo ello se sumaban los problemas interpersonales que le provocan sus pensamientos verbalizados acerca de la autolesión y la desesperación, y aunque en otros momentos aparecía extrovertida y sociable eran raras las ocasiones en las que un estado de bienestar o satisfacción llegaba a instalarse durante mucho tiempo. Su ideación suicida era recurrente y aparecía prácticamente en todas las sesiones ante la mínima contrariedad.

A partir del proceso descrito hasta ahora, es fácil entender que la terapia con pacientes afectos de un trastorno límite de personalidad es difícil y tiende a ser abordada con aprensión, dado que los resultados no suelen ser los esperados y el pronóstico es muy decepcionante (Links, Mitton y Steiner, 1990).

Reestructuración de los objetivos y el proceso

Por todo ello y después del último intento de suicidio, nuestros objetivos se reformularon de nuevo y se siguieron los propuestos en la terapia dialéctica conductual de Linehan (1993a), ver cuadro nº 2. Este proceso psicoterapéutico es una modificación de la terapia cognitiva conductual diseñado para individuos que presentan conductas de autolisis y pensamientos, deseos e intentos suicidas, problemas alimentarios y uso o abuso de psicofármacos y drogas. Linehan considera la desregulación emocional y el efecto de un ambiente invalidante como mecanismos etiopatogénicos y mantenedores del trastorno. A este respecto también queremos mencionar la importancia de un tratamiento farmacológico adecuado, que en el caso de la paciente se había resistido a seguir de una manera pautada.

Cuadro nº 2.

1. Disminución o eliminación de la conducta suicida.
2. Disminución o eliminación de las conductas que interfieren con la progresión de la terapia.
3. Disminución o eliminación de las conductas que obstaculizan llevar una vida razonablemente adaptativa (abuso de sustancias, conductas delictivas).
4. Adquisición de habilidades conductuales de afrontamiento (regulación de emociones, eficacia interpersonal, tolerancia al sufrimiento).
5. Reducción de los efectos del estrés postraumático.
6. Aumento del respeto por uno mismo.
7. Obtención de otros objetivos del paciente

En nuestro propósito, y sin olvidar el trabajo terapéutico anterior, existía un objetivo muy concreto: ayudar a Ana a creer en una vida que valiera la pena ser vivida, por ella misma y por su hijo, entendiendo que la alianza terapéutica y la adhesión al tratamiento debían ser objetivos indispensables para poder seguir trabajando en este proceso. En esta fase del tratamiento era necesario ayudar a la paciente a aprender nuevas conductas, entendiendo por conducta cualquier pensamiento, sentimiento o comportamiento de ella misma que le ayudara en la tarea de vivir una vida que mereciera la pena ser vivida.

Sobre el primer objetivo “*eliminación de la conducta suicida*” tuvimos que volver a pactar lo siguiente: cada vez que Ana tuviera ideaciones de autolisis o crisis que desembocaran en conducta suicida debía ponerse en contacto con el terapeuta (anteriormente ya se había trabajado este aspecto). La disminución de la ideación recurrente seguía siendo nuestra primera prioridad; nos comprometimos a poner

nuestros conocimientos y habilidades para ayudarla en esta nueva etapa mientras ella se comprometía a no hacerse daño, y se trabajaba para llegar a la comprensión que el suicidio o la autolisis no eran soluciones eficaces para ninguno de sus problemas.

Respecto a las “*conductas que interfieren con la terapia*” se trataron aquellas conductas que alteraban el proceso terapéutico, poniendo especial cuidado en el cansancio del terapeuta ante las insistentes demandas de atención y las amenazas de suicidio de la paciente. La desvalorización de las intervenciones terapéuticas era otro de los recursos utilizados por Ana durante el proceso terapéutico, a pesar de manifestar en muchas ocasiones que el terapeuta era la única persona en la que confiaba. Al requerir más atención que otros pacientes, y debido a la demanda incesante de ayuda mediatisada por las amenazas de poner fin a su vida, fue necesario establecer unos tiempos de espera y, en alguna ocasión, consensuar el horario en relación con las llamadas telefónicas para establecer ciertos límites que la paciente toleraba con disgusto.

En relación a las “*conductas que obstaculizan llevar una vida razonablemente adaptativa*”, se trataba de que Ana pudiera llevar a cabo un estilo de vida compatible con un funcionamiento adecuado dadas las circunstancias. Entre los objetivos a conseguir estaban la disminución del consumo de sustancias, y para ello se sugirieron conductas alternativas a la adicción, animándola a dejar de mantener aquellas relaciones que propiciaran los momentos de consumo de sustancias. Se trabajó este último aspecto diferenciando a las amistades que le podían proporcionar afecto y apoyo de las que le facilitaban la evasión a cualquier precio sin tener en cuenta los resultados posteriores (malestar psíquico y físico, sentimiento de culpabilidad, perdida de autoestima).

La propuesta de “*adquisición de habilidades conductuales de afrontamiento*”, se basa en la confirmación de que Ana presentaba déficit en áreas como la de tolerar el sufrimiento –de hecho, las personas con trastorno límite presentan esta incapacidad– y la de regular sus emociones, como así habíamos podido constatar durante las sesiones. Frente a cualquier adversidad, aunque ésta fuera mínima, u opinión diferente su incapacidad de afrontamiento y de tolerancia era manifiesta, y activaba su repertorio de autoinvalidaciones o dudas, ya sea sobre el terapeuta o sobre el contexto-situación en que ella vivía.

En referencia al *aumento del respeto por uno mismo*, en este caso se producía la autoinvalidación constante de sus propias emociones, pensamientos y conductas con la consiguiente perturbación del estado de ánimo. Las inferencias arbitrarias que realizaba, de su propia capacidad para cuidar de sí misma o de su hijo, la llevaban a la inexistente autoestima que presentaba en ocasiones cuando se autolesionaba o a la conclusión reiterada de que el suicidio era la única salida posible. Este fue uno de los aspectos más complicados del proceso terapéutico, dado que el respeto por uno mismo es contrario a al daño auto-inflingido, y en muchos

momentos del proceso Ana perdía este autorespeto en cuestión de minutos, lo que no daba opción a realizar un trabajo personal coherente. Con este objetivo y para potenciar su autoestima intentamos que la terapia le permitiera pensar que había una vida que merecía la pena ser vivida por ella y por su hijo. Para ello era necesario aprender conductas que no pusieran en riesgo su vida y mantener bajo control aquellas conductas que amenazaban su integridad y el afecto que uno debe sentir por uno mismo.

Para obtener mejor rendimiento de la terapia, en este caso pactamos la *obtención de otros objetivos* del paciente, entre los que se encontraban aprender nuevas habilidades, aprender a experimentar las emociones e ir alcanzando metas acordes con su estado. Ana se esforzó en aprender nuevas conductas entendiendo el porqué de sus reacciones emocionales descontroladas, integrando en sus acciones sentimientos pasionales y pensamientos lógicos. Esto se fue trabajando hacia el final del proceso y cuando se consiguió que la paciente ingresara en un grupo de terapia de trastorno límite de la personalidad. En la actualidad, y fruto de su trabajo y esfuerzo, Ana dispone de un régimen pautado de convivencia con su hijo que va en aumento de frecuencia y duración debido a la mejora sustancial del cuadro de la paciente.

DISCUSIÓN

En este caso y desde nuestra perspectiva teórica, el primer objetivo era ayudar a la paciente a avanzar en su autoconocimiento y en la resolución de sus problemas interpersonales y/o de pareja. Este aspecto le habría de permitir, al cabo del tiempo, conocer mejor cuál era su manera de pensar, sentir y actuar para afrontar las situaciones que depara la vida cotidiana. Entendíamos que, desde una mejor comprensión y aceptación de sí misma, Ana podría mejorar su forma de relacionarse con ella misma y con los demás, e ir progresando y resolviendo futuros acontecimientos vitales. En ese momento, sin embargo, no disponíamos de la información que posteriormente obtuvimos a partir del diagnóstico.

Sabemos que las conductas de las personas se desarrollan a lo largo de la vida a través de un proceso de aprendizaje en el que intervienen numerosos factores. Algunos de estos factores son controlables y otros no controlables, y es a partir de estos aprendizajes que vamos adquiriendo unas pautas de conducta que acaban siendo habituales en nuestra vida diaria. Quizás baste con la descripción realizada en este texto para entender que la terapia con pacientes que presentan ideación y conductas suicidas propias del TLP es compleja y tiende a abordarse con aprensión, ya que la realidad de estos pacientes es vivida, en muchas ocasiones, de manera límite. Quizás por ello Aramburu (1996) mantiene que el trastorno límite de la personalidad es uno de los retos más frustrantes en el campo de la salud mental. No sólo se trata de un problema de definición sino que, como afirman Widiger, Frances, Spitzer y Williams (1988), no está claro aún si el TLP describe un síndrome de

personalidad, un trastorno afectivo, una solapación de patología afectiva y de personalidad, un nivel de psicopatología o una mezcolanza heterogénea.

Durante el proceso vital y para que se dé un correcto aprendizaje necesitamos una estructura o andamiaje que nos ayude a sostener e incorporar las nuevas informaciones que nos permiten avanzar en nuestro desarrollo cognitivo y emocional. Las experiencias que forman nuestra historia personal nos influyen y nos hacen ver el mundo a través de un filtro que favorece o complica nuestra existencia, tanto a pacientes como terapeutas. De lo que no tenemos duda es que hemos aprendido a ver y vivir las cosas de una manera determinada. En el caso de Ana las estructuras necesarias para su desarrollo integral se habían ido deformando con los años y con la ausencia de un tratamiento adecuado. A este respecto tampoco debemos olvidar que el ser humano es un ser bio-psico-social cuya conducta es la suma de la integración de factores como la carga genética, las experiencias, las relaciones personales significativas y las circunstancias que lo envuelven. La adaptación o inadaptación a estos factores suele estar en la base de la salud mental.

Estos aspectos nos ayudaron a redirigir nuestros objetivos durante el proceso terapéutico con el ánimo de ofrecerle una ayuda más adecuada a la paciente. En esta línea, se tuvo en cuenta, por un lado, que una de las causas frecuentes del abandono prematuro de la terapia es la impulsividad constante del paciente, y por otro lado el cansancio o *burnout* del terapeuta, que surge como resultado de trabajar con pacientes muy difíciles. A este respecto, Linehan (1993a) supone que un terapeuta cansado tiene una probabilidad muy alta de ser iatrogénico y de emitir conductas que interfieran con la relación terapéutica y/o con el progreso. En la misma línea, la escasa adhesión al tratamiento farmacológico, por parte de la paciente, era una dificultad añadida al proceso terapéutico.

Para finalizar, durante este proceso hemos intentado proporcionar guía, apoyo y educación en unas circunstancias que no eran las mejores para un proceso pautado de psicoterapia. Pero el terapeuta no elige las circunstancias que se dan; las vive o las recibe como parte intrínseca de la relación que se establece entre terapeuta y paciente. De la misma manera el paciente debe saber que la psicoterapia no debe limitarse al tiempo que dure la sesión, y el terapeuta tiene que estar preparado para los acontecimientos vitales negativos o positivos que se deriven de esta así como la continuidad o discontinuidad en las sesiones. Poder adaptarse a las experiencias que surgen en cada nuevo caso en sin lugar a dudas un soporte válido en el proceso psicoterapéutico.

Por último, creemos que el diagnóstico así como el trabajo de la constancia, la honestidad y la duda, han formado parte de un proceso donde la alianza terapéutica y la adhesión al tratamiento eran el objetivo-vínculo que permitía mantener el proceso terapéutico abierto y dirigido en una sola dirección: continuar ayudando a Ana a encontrar una vida que mereciera la pena ser vivida por ella y por su hijo.

Este artículo presenta un caso con ideación suicida recurrente que formaba parte de un trastorno límite de personalidad. El proceso terapéutico seguido fue abordado desde una perspectiva cognitivo conductual. Durante el proceso fue necesario mantener y reconstruir los objetivos así como adaptarse continuamente a la situación vivencial de la paciente. Dadas las circunstancias que rodeaban el caso, la alianza terapéutica y la adhesión al tratamiento fueron los objetivos que permitieron mantener el proceso terapéutico abierto. Esto posibilitó la estabilización psicológica de la paciente frente a la idea persistente y negativa de terminar con su propia vida.

Palabras clave: *ideación suicida, terapia cognitivo-conductual, narrativa, alianza terapéutica*

Referencias bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Mason.
- ARAMBURU, B. (1996). La Terapia Dialéctica Conductual para el Trastorno Limite de la Personalidad. *Psicología Conductual*, vol. 4, nº 1, pp.123-140.
- BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, F.S. & EMERY, G. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- GARCÍA-PALACIOS, A. (2006). La terapia dialéctico-comportamental: terapia individual. *Psicología Conductual*, 14, 453-466.
- LINEHAN, M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- LINEHAN, M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- WIDIGER, T. A., FRANCES, A.J., SPITZER, R. L. y WILLIAMS, J.B.W. (1988). The DSM-III-R personality disorders: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 144, 786-795.

INFLUENCIA DE LOS ESTILOS PARENTALES EN ADOLESCENTES QUE HAN INTENTADO SUICIDARSE

Jorge Raúl Palacios Delgado

Centro de Investigación e Innovación Biopsicosocial, AC. México

E-mail: kobuj@yahoo.com.mx

The objective of this research was analyzing the differences between parental styles and suicide attempt on adolescents, and predictive level of parental practices on suicide behavior. 1000 high school students participated in the study, 485 males and 515 females, from 14 and 22 years old. In order to measure the parental practices has been used the parental style scale (Palacios y Andrade, 2006) and an instrument realized for evaluating suicide behavior. The results indicate different levels in parental style authoritarian and democratic. The suicide behavior was predicted by mother autonomy, mother imposition and father supervision showed was the predictors for suicide behavior in adolescents.

Keywords: Style and Parental practices, suicide behavior, adolescents.

INTRODUCCIÓN

El intento de suicidio tiene una tendencia epidemiológica ascendente, por lo que se le considera un problema relevante de salud pública. Los perfiles epidemiológicos de México muestran que los jóvenes son el grupo poblacional con mayor riesgo suicida (González-Forteza, Villatoro, Alcantar, Medina-Mora, Fleiz, Bermúdez y Amador, 2002). El Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2005) reporta que la mayor proporción de suicidios se ubica en la población de 15 a 24 años, por lo que cabe considerar que el estudio del intento suicida sea pertinente en las poblaciones aún más jóvenes.

En cuanto a las diferencias sobre el intento de suicidio para el Distrito Federal entre hombres y mujeres, se reporta que en 1997, la prevalencia en las mujeres fue de 12.1% y en los hombres de 4.3%, lo que representa una proporción de tres mujeres por cada hombre. En el año 2000, la prevalencia en las mujeres aumentó a 15.1%, y en los hombres disminuyó a 3.9%, por lo que la proporción hombre-mujer se incrementó a casi 4:1 (González-Forteza et al, 2002). La literatura indica

que los hombres ejecutan el suicidio con una frecuencia cinco veces mayor que las mujeres, así mismo, se señala que las mujeres intentan suicidarse tres o cuatro veces más frecuentemente que los hombres (Cohen, Spirito y Brown, 1996).

Por otra parte, el suicidio en cualquiera de sus manifestaciones, ya sea como un acto consumado, intento o ideación, ha sido estudiado para determinar sus causas, por ejemplo, existe evidencia que indica que la edad y el sexo se relacionan con el intento de suicidio (Cohen et al, 1996), el perfil sintomático y la ideación suicida (González-Forteza, Berenzon-Gorn, Tello-Granados, Facio-Flores y Medina-Mora, 1998), la depresión (González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, 2003), el ambiente familiar (Andrade, Betancourt y Camacho, 2003) y los estilos parentales (Palacios, 2005).

La evidencia a nivel internacional señala que la familia es una de las variables a la que se le ha otorgado importancia en el intento suicida, por ejemplo, mantener una relación no satisfactoria o conflictiva con el padre o la madre incrementa el riesgo para cometer una tentativa de suicidio. Un clima familiar positivo disminuye la probabilidad del intento de suicidio, es decir, los jóvenes que no han intentado suicidarse, perciben sus relaciones familiares con mayor cercanía, apoyo, convivencia e integración entre los miembros que la integran (Fernández, González y Lasa, 1998; Lai y McBride-Chang, 2001). A la par de este argumento, los adolescentes que han intentado suicidarse manifiestan dificultades familiares, lo que indica que en sus relaciones familiares existen obstáculos para tener una interacción armónica entre los miembros de la familia, tienden a pelear con frecuencia, a agredirse y no lograr dar solución a sus problemas (Rivera, 2000).

El comportamiento suicida también se ha relacionado con las prácticas parentales, en este sentido Lai et al, (2001) señalan que la ideación suicida se asoció de forma significativa con una parentalidad autoritaria, un bajo apoyo parental, un alto control materno, y prácticas negativas entre el padre y el hijo (a).

En México, el ambiente familiar se ha estudiado como uno de los factores parentales asociados al intento suicida en los jóvenes. La investigación en esta área ha demostrado que algunas características positivas de los padres (apoyo, comunicación) se asocian con la ausencia de conductas de riesgo (consumo de sustancias adictivas, conducta sexual, intento de suicidio y conducta antisocial) en hombres y mujeres. En el caso de adolescentes que han intentado suicidarse una menor percepción de unión y expresión en su ambiente familiar, es decir, que no se les permite hablar de sus sentimientos, ideas o propuestas, incide en intentar suicidarse (Andrade, Betancourt y Camacho, 2003; Rivera, 2000). Asimismo los jóvenes que no han intentado suicidarse, perciben sus relaciones familiares con mayor cercanía, apoyo, convivencia e integración entre los miembros de la familia (Palacios, 2009; Rivera, 2000).

Debido al aumento de conductas de riesgo en los jóvenes (Capaldi, Stoolmiller, Clark y Owen, 2002; Palacios, 2009; Palacios, 2010; Palacios, Andrade y Betancourt,

2006; Palacios, Bravo y Andrade, 2007); y dada la importancia que tiene la influencia de las variables familiares sobre distintos comportamientos en adolescentes (Barber, Olsen y Shagle, 1994; Gray y Steinberg, 1999; Weiss y Schwarz, 1996) y el posible desarrollo de conductas de riesgo (Baumrind, 1991; Lamborn, Mounts, Steinberg y Dornbusch, 1991) es necesario investigar los aspectos asociados o determinantes en las conductas como el intento de suicidio, con el fin de identificar variables que permitan diseñar programas encaminados a la prevención, ya que estas conductas se han convertido en problemas del México actual, como lo manifiestan las encuestas epidemiológicas (González-Forteza et al, 2002) que muestran un panorama del intento suicida. Debido a esto, el objetivo de la presente investigación fue conocer las diferencias en los estilos parentales de los adolescentes que han intentado suicidarse, así como identificar el efecto que tienen las prácticas parentales sobre el intento suicida.

MÉTODO

Participantes

Se seleccionó una muestra no probabilística de 1000 jóvenes, 485 hombres y 515 mujeres, con un rango de edad entre 14 y 22 años y una media de 16.37 años, estudiantes de una escuela pública de educación media superior del Distrito Federal.

Instrumento

Para evaluar los estilos parentales, se aplicó la escala multidimensional elaborada por Palacios y Andrade (2006), que mide la percepción de los adolescentes de las prácticas parentales de apoyo, autonomía, imposición, reconocimiento, control, supervisión, toma de decisiones y motivación, que permiten conformar cuatro estilos parentales: autoritario, democrático, negligente e inconsistente. El instrumento está dividido en una subescala para papá y otra para mamá, con una consistencia interna (alfa de Cronbach) que oscila entre 0.74 y 0.97. La escala se conforma por 107 reactivos tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (casi nunca a todo el tiempo).

Para medir el intento de suicidio se utilizaron las respuestas a los reactivos del instrumento de González-Forteza (1996), que evalúa la respuesta afirmativa a la pregunta: ¿Alguna vez a propósito te has hecho daño con el fin de quitarte la vida?, la edad del único/ último intento, así como, el motivo para hacerlo. Ambos instrumentos han sido validados en población mexicana.

Procedimiento

La información se obtuvo a lo largo de tres meses que duró la investigación y se aplicó el instrumento a los adolescentes de manera grupal, utilizando a los grupos escolares para tal fin. Así mismo, se les pidió que respondieran a un cuestionario el

cual había sido elaborado para conocer las actividades que realizan los jóvenes. Su participación fue voluntaria y se les aclaró que la información era confidencial y se utilizaría únicamente para fines de la investigación.

RESULTADOS

De los 1000 adolescentes encuestados, el 12.3 % ha intentado quitarse la vida, de éstos, el 28.4% fueron hombres y el 71.5% mujeres, a su vez el 68.5% de los hombres y el 63.6% de las mujeres que reportaron intento suicida, lo han hecho una vez y el 31.4% de los varones y 36.3% de las mujeres lo han intentado dos o más ocasiones.

La edad promedio del único o último intento fue de 14.43 ($DE = 2.1$) en los varones y de 14.39 ($DE = 1.6$) en las mujeres, es decir, que la conducta suicida se llevó a cabo durante la educación secundaria. Dentro de los motivos que llevaron a los jóvenes a cometer el intento suicida, se encontró que el motivo más frecuente corresponde a la esfera interpersonal con un 26.4% que corresponde principalmente a los problemas familiares tanto para hombres como para las mujeres.

Para el caso de la dimensión emocional y de forma específica la soledad, la tristeza y la depresión, se obtuvo el porcentaje mayor con 30.6%, tanto para hombres como para las mujeres. El evento precipitante más frecuente se refiere a los problemas escolares con un 1.7% y por último aparece una dimensión que no ha sido reportada por estudios previos (González-Forteza et al, 2002) con una frecuencia menor, la cual hace referencia a conductas de riesgo como al consumo de alcohol y drogas con un porcentaje para hombres y mujeres de 2.5%.

El método más habitual para llevar a cabo el intento suicida en hombres y mujeres fue utilizar algún objeto punzocortante (11.7% en hombres y 31% en mujeres). El segundo método utilizado fue la ingestión tóxica de fármacos, con un porcentaje para las mujeres de 25.2% y de 6.7% en los hombres. Seguido de lanzarse al vacío con 3.3% para los hombres y 5% para las mujeres, así como, el ahorcarse/asfixiarse, con 1.6 % para varones y 3.36 para mujeres, por último se encuentra consumir drogas en exceso con un 1.68% solo para los hombres. Con la finalidad de conocer si el intento suicida les había dejado alguna consecuencia, se indagó si fueron hospitalizados y solo el 19.7% respondió afirmativamente a esa pregunta.

Para conocer las diferencias en el intento suicida por estilo parental de ambos padres, se realizaron análisis de varianza de una vía (ANOVA), encontrando efectos significativos en los estilos parentales de ambos padres y el intento suicida. El análisis de comparaciones entre los estilos (*post hoc* [Bonferroni]) mostró que tener un papá con un estilo autoritario se asocia con los niveles más altos de intento suicida. Este estilo difiere significativamente de un padre con estilo democrático o inconsistente, siendo estos padres quienes tienen los niveles más bajos de intento suicida, de igual forma un padre negligente difiere significativamente de uno inconsistente (Ver Tabla 1). La edad del intento suicida no mostró un efecto

significativo entre los estilos parentales.

Tabla 1. Diferencias en el estilo parental del papá y el intento suicida

Intento de suicidio	Autoritario	Democrático	Negligente	Inconsistente	F
Edad del intento	14.69 (1.9)	14.43 (1.7)	14.17 (1.6)	14.06 (1.1)	.83
Número de veces	1.27 (.5)	1.10 (.3)	1.19 (.5)	1.08 (.3)	8.62***

* p< .05 ** p< .01 *** p< .001

Nota: los valores entre paréntesis corresponden a la desviación estándar.

Los (as) adolescentes que caracterizan a una madre como autoritaria tienen los niveles más altos de intento suicida. Este estilo difiere significativamente de una madre con estilo democrático o inconsistente quienes tienen los niveles más bajos de intento suicida (Ver Tabla 2). La edad del intento suicida no mostró un efecto significativo entre los estilos parentales.

Tabla 2. Diferencias en el estilo parental de la mamá y las el intento suicida

Intento de suicidio	Autoritaria	Democrática	Negligente	Inconsistente	F
Edad del intento	14.38 (1.7)	14.59 (1.4)	14.48 (2.2)	14.13 (1.1)	.19
Número de veces	1.29 (.6)	1.07 (.3)	1.18 (.5)	1.08 (.3)	12.66***

* p< .05 ** p< .01 *** p< .001

Nota: los valores entre paréntesis corresponden a la desviación estándar.

Con la finalidad de conocer la influencia de las prácticas parentales sobre el intento suicida, se realizó un análisis de regresión, considerando el intento suicida como variable dependiente y a las siete dimensiones parentales del papá y las siete dimensiones parentales de la mamá como independientes. Los resultados indican la siguiente información: Se identificaron tres predictores independientes y significativos que entraron en el modelo de regresión para el número de veces que un (a) adolescente ha intentado suicidarse. En el primer paso entró como el mejor predictor una menor autonomía por parte de la mamá ($R^2 = .060$, $p<.001$). En el segundo paso, se introdujo la imposición materna ($R^2 = .065$, $p<.01$), lo que indica que en la medida que el/la adolescente perciba mayor imposición por parte de la mamá, el número de veces que intente suicidarse será mayor. En el último paso se incorporó la supervisión paterna ($R^2 = .070$, $p<.05$), de manera tal que a menor supervisión del papá, mayor número de intentos suicidas realizará el/ la adolescente (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Análisis de regresión múltiple para predecir el intento suicida

	Variable	B	SE B	β
Paso 1	Autonomía mamá	-.185	.025	-.244***
Paso 2	Imposición mamá	.082	.035	.093**
Paso 3	Supervisión papá	-.041	.019	-.077*

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

Por último, para identificar el grado de letalidad del intento suicida, se estimó la proporción de adolescentes que habían sido hospitalizados a causa de su intento suicida a través de una regresión logística. Los resultados obtenidos mostraron que la práctica parental que se estimó en mayor proporción para estar hospitalizado fue la imposición por parte del papá ($OR = 9.6$, IC 95% = 1.4- 65.8, $p<.05$); con un porcentaje correcto de clasificación de 81.7% y con una pseudo R^2 de Negelkerke = .223, es decir, los adolescentes que fueron hospitalizados después de haber intentado suicidarse, tienen 9.6 veces mayor probabilidad de tener un papá impositivo.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos respecto a la prevalencia, el motivo y la edad del intento apoya lo encontrado por otros estudios (Andrade et al, 2003; González-Forteza et al, 2002). La edad promedio del único o último intento suicida, así como el valor observado por las desviaciones estándar, muestra que éste se llevó a cabo mientras los adolescentes cursaban la escuela secundaria; por lo que estos niveles educativos se tornan sectores propicios para la prevención de la conducta suicida, además de que los últimos años de primaria, resultan ser sectores idóneos para realizar programas de prevención, así como, para promover una educación para la salud (González-Forteza et al, 2002).

Uno de los objetivos del presente estudio fue conocer las diferencias de los estilos parentales en el intento suicida. Se puede apreciar que los estilos que tuvieron mayor presencia tanto para el papá como para la mamá fueron los estilos autoritarios, democráticos y negligentes. Ser un papá o mamá democrático(a) percibido por el adolescente, presentará los mejores patrones de conducta, es decir, niveles bajos o moderados en intentar suicidarse, estos resultados corroboran los hallazgos realizados por otros autores (Baumrind, 1991; Capaldi et al, 2002; Fernández et al, 1998; Gray et al, 1999; Lai et al, 2001; Lamborn et al, 1991; Palacios, 2005; Rivera, 2000; Weiss et al, 1996).

Al analizar la influencia que tienen las prácticas parentales de ambos padres, se aprecia que la asociación de una menor autonomía materna, menor supervisión

paterna y una mayor imposición paterna se encuentra presente en los(as) jóvenes que intentan suicidarse con mayor frecuencia. Adicionalmente parece conveniente resaltar el efecto que puede tener un papá impositivo sobre el grado de letalidad que se encuentra en el intento suicida. Resultados similares han presentado varios autores como Andrade, et al, (2003); Cohen et al, (1996); González-Forteza, (1996); González- Forteza, et al, (2002); Lai et al, (2001); Palacios, (2005); Rivera, (2000), quienes encontraron que las características que favorecen la presencia del intento suicida en los jóvenes son las siguientes: conductas paternas basadas en la crítica, un alto control psicológico, imponer reglas, realizar prácticas negativas entre los padres y el hijo(a) así como un bajo apoyo parental, ausencia de canales comunicativos que posibiliten la transmisión y expresión de afectos entre el hijo y los padres es decir, que no se les permita hablar de sus sentimientos, ideas o propuestas.

Un elemento importante a destacar es que la mayoría de los estudios realizados para conocer el efecto de los estilos parentales sobre el comportamiento de los hijos(as) se basan en la dinámica de la familia en general o bien solo estudian a la madre y dejan de lado la influencia que el papá tiene en el desarrollo de los hijos(as). Los hallazgos encontrados en el presente estudio dejan claro el efecto diferenciado que tienen tanto del papá, como la mamá sobre las conductas de riesgo. Parece ser que los padres democráticos promueven en menor frecuencia intentos de suicidio en los(as) adolescentes y en consecuencia se promueven conductas que favorecen el cuidado a la salud.

El entendimiento del comportamiento de los padres asociado a las conductas de riesgo de los hijos(as) permite comprender cómo la familia tiene un papel importante en la transmisión de pautas de comportamiento para involucrarse o no en conductas que comprometen la salud de los adolescentes. Los resultados confirman la importancia de la familia y de la percepción que el adolescente tiene de sus relaciones familiares con la presencia o ausencia de comportamientos de riesgo, en este sentido, Rivera (2000) señaló que para el abordaje de la prevención es importante incluir a la familia como un factor promotor de salud, brindando interés en la vida y estabilidad en el adolescente.

La aportación de esta investigación es mostrar que el comportamiento parental parece confirmar y vislumbrar que el estilo democrático incide en la formación de conductas positivas en los hijos (as). Asimismo la conducta individual también se encuentra relacionada en la interacción de la persona con la situación en la que se encuentre (conducta suicida o no). De esta manera, al conocer los determinantes de la conducta y observar las características del contexto (familia), además de la construcción de dicho contexto (estilos y prácticas parentales), permitirá por un lado conocer las características de personalidad de los hijos(as) que se formaran bajo cada estilo, así como los rasgos conductuales que puedan ser medidos en conductas (Baumrind, 1980), con lo que se podrá observar las distintas acciones que los hijos(as) desarrollan en una interacción recíproca con el ambiente, en donde su

contexto ambiental (familia) es crucial para los jóvenes.

Al conocer los estilos parentales relacionados con las conductas de riego, podemos entender que elementos pueden ayudar a disminuir los problemas de salud en los adolescentes. No debemos olvidar que estos adolescentes dentro de unos años se transformarán en la fuerza laboral y económicamente activa del país los cuales presentarán o no problemas de salud y probablemente serán gente joven que necesitará ayuda.

El objetivo de esta investigación fue conocer las diferencias en los estilos parentales de los adolescentes que han intentado suicidarse, así como identificar el efecto que tienen las prácticas parentales sobre el intento suicida. Se utilizó una muestra de 1000 jóvenes de los cuales 485 eran hombres y 515 eran mujeres, con un rango de edad entre 14 y 22 años. Para medir los estilos parentales se utilizó el instrumento multidimensional de Palacios y Andrade (2006) el cual mide cuatro estilos parentales, con base en siete prácticas parentales. Para medir el intento suicida se integró una sección con preguntas relativas al intento de suicidio. Los resultados mostraron diferencias en los estilos parentales, específicamente los estilos autoritario y negligente se vinculan con este comportamiento. Por otro lado, una menor autonomía materna, la imposición por parte la madre y una menor supervisión del papá influyen en la presencia de intentar suicidarse un mayor número de veces en los adolescentes.

Palabras clave: Estilos y prácticas parentales, intento suicida, adolescentes.

Referencias bibliográficas

- ANDRADE, P. P. BETANCOURT, O. D. & CAMACHO, V. M. (2003). Ambiente familiar de adolescentes que han intentado suicidarse. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, XIX, 1, 55-64.
- BARBER, K. B., OLSEN, E. J. & SHAGLE, S. C. (1994). Associations between parental psychological and behavioral control and youth internalized and externalized behaviors. *Child Development*, 65, 1120-1136.
- BAUMRIND, D. (1980). New directions in socializations research. *American Psychologist*, 35, (7), 639-652.
- BAUMRIND, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11, 56-95.
- CAPALDI, D., M., STOOLMILLER, M., CLARK, S. & OWEN, D. (2002). Heterosexual risk behavior in at-risk young men from early adolescence to young adulthood: prevalence, prediction, and association with STD contraction. *Developmental Psychology*, 38, 394-406.
- COHEN, Y., SPIRITO, A. & BROWN, L. (1996). Suicide and suicidal behavior. En: DiClemente, R. J., Hansen, W. B. & Lynn, P.E. (Eds.). *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York and London: Plenum Press.
- FERNÁNDEZ, R. A., GONZÁLEZ, T. M. & LASA, Z. A. (1998). Aspectos diferenciales de las familias de adolescentes y jóvenes adultos que realizan tentativas de suicidio. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 26, 97-103.
- GONZÁLEZ-FORTEZA, C. (1996). *Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes*. Tesis de Doctorado, México: Facultad de Psicología. UNAM.
- GONZÁLEZ-FORTEZA, C., BERENZON-GORN, S., TELLO-GRANADOS, A., FACIO-FLORES, D. & MEDINA-MORA, M., (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública de México*, 40, 430-437.

- GONZÁLEZ-FORTEZA, C., MARIÑO, M., ROJAS, E., MONDRAGÓN, L. & MEDINA- MORA, M. (1998). Intento de suicidio en estudiantes de la ciudad de Pachuca, Hgo. Y su relación con el malestar depresivo y uso de sustancias. *Revista Mexicana de Psicología*, 15 (2), 165- 175.
- GONZÁLEZ- FORTEZA, C., RAMOS, L. L., CABALLERO, G. A. & WAGNER, E. F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15, (4) 524- 532.
- GONZÁLEZ- FORTEZA, C., VILLATORO, V. J., ALCANTAR, E. I. MEDINA- MORA, M., FLEIZ, B. C. BERMÚDEZ, L. P. & AMADOR, B. N. (2002). Prevalecía del intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25(6), 1-12.
- GRAY, M. R. & STEINBERG, L. (1999). Unpacking Authoritative Parenting: Reassessing a Multidimensional Construct. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 574- 587.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI). (2005). Estadísticas sobre Intentos de Suicidio y Suicidios. Recuperado Febrero 10, 2006, de <http://www.inegi.gob.mx/est/default.asp>
- LAI, K. W. & MCBRIDE-CHANG, C. (2001). Suicidal ideation, parenting style, and family climate among Hong Kong adolescents. *International Journal of Psychology*, 36, 81-87.
- LAMBORN, S. D., MOUNTS, N. S., STEINBERG, L. & DORNBUSCH, S., M., (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62, 1049-1065.
- PALACIOS, D. J. (2005). *Estilos parentales y conductas de riesgo en adolescentes*. Tesis de Licenciatura, México, Facultad de Psicología, UNAM.
- PALACIOS, D. J. (2009). *Modelo biopsicosocial de las conductas de riesgo*. Tesis de Doctorado, no publicada. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- PALACIOS, D. J. (2010). Autoeficacia e intención conductual del consumo de tabaco en adolescentes: validez factorial y relación estructural. *Adicciones*, 22 (4), 325-330.
- PALACIOS D. J. & ANDRADE, P. P. (2006). Escala de estilos parentales en adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 22, 49- 64.
- PALACIOS, D. J., BRAVO, F. M. & ANDRADE, P. P. (2007). Consumo de alcohol y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Psychology International*, 18 (4), 1-13.
- RIVERA, H. M. (2000). Percepción de las relaciones intrafamiliares y su relación con el intento suicida en adolescentes. *La Psicología Social en México*, 9, 555-559.
- WEISS, L. H. & SCHWARZ, J. C. (1996). The relationship between parenting types and older adolescent personality, academic achievement, adjustment, and substance use. *Child Development*, 67, 2101-2114.

EL INVENTARIO DE HISTORIA DE PÉRDIDAS (IHP): PRESENTACIÓN Y UTILIDAD CLÍNICA

Chaurand, A.

Universitat de Barcelona

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México

Feixas, G.

Universitat de Barcelona

Neimeyer, R. A.

University of Memphis

Contemporary theories of grief and bereavement emphasize the role of active adaptation to loss as a factor affecting a broad range of psychosocial outcomes. Despite the substantial empirical research supporting this view, investigators typically have limited their attention to responses to the most recent losses suffered by the bereaved, rather than studying the legacy of adaptation to losses incurred across a lifetime. To provide this broader view, the authors present the History of Loss Inventory (HLI), which systematically assesses the way losses have been experienced by respondents and their perception of having adapted successfully or unsuccessfully to each. The HLI therefore could assist in psychological assessment and treatment planning, as well as permit the collection of relevant historical data in further research on bereavement.

Keywords: grief, bereavement, loss, depression.

Después de las reflexiones iniciales de Freud (1915), la psicología ha evolucionado sin que el tema del duelo (y la propia muerte) tuvieran mucho protagonismo. La obra de Bowlby (1973) contribuyó sustancialmente a destacar la importancia que el duelo merece en la compresión del sufrimiento humano y de la salud mental. Este proceso al que se enfrenta el ser humano tras sufrir una pérdida se vive como un episodio difícil y doloroso al que se tiene que hacer frente, por lo general, en varias ocasiones a lo largo de la vida.

En las últimas cuatro décadas, el desarrollo conceptual y metodológico sobre este tema ha sido muy importante, y las aportaciones realizadas en el desarrollo de la intervención psicológica en situaciones de duelo ha permitido ayudar de forma mucho más efectiva a las personas que las sufren. Actualmente es aún mayor el

esfuerzo que se hace por estudiarlo, pues viviendo en una sociedad muy centrada en el día a día, con poco tiempo para compartir con los demás y para darse apoyo, el duelo es visto como una enfermedad, como “algo patético en lo que la persona no debería de perder el tiempo” tal como lo expresó en consulta un paciente. Además, en estos momentos en que las redes de apoyo con las que cuenta el ser humano son cada vez más impersonales, escasas y sin contacto real, el duelo ha mostrado mayores complicaciones, haciéndose presente de forma conflictiva en un número considerable de las personas que lo viven.

Como profesionales de la salud (y más como psicoterapeutas) es importante que al estar frente a un paciente haciendo una revisión sobre sucesos importantes de su vida, no dejemos de lado la evaluación de las pérdidas; éstas han marcado una parte importante en cada uno de nosotros ya desde el momento de nacer.

Al parecer la definición que más aceptación ha obtenido en cuanto a la pérdida es la propuesta por Harvey y Weber (1998) quienes la explican como cualquier daño en los recursos personales, materiales o simbólicos con los que hemos establecido un vínculo emocional.

El proceso que las pérdidas desencadenan en la persona, como lo mencionábamos anteriormente es el duelo, el cual según Payás (2010): “Es una experiencia de fragmentación de la identidad, producida por la ruptura de un vínculo afectivo: una vivencia multidimensional que afecta no solo a nuestro cuerpo físico y a nuestras emociones, sino también a nuestras relaciones con los demás y con nosotros mismos, a nuestras cogniciones, creencias y presuposiciones y a nuestro mundo interno existencial o espiritual” (p. 22).

Aunque algunas pérdidas se viven como más significativas que otras, suelen venir acompañadas de dolor y sufrimiento y requieren un tiempo de recuperación y readaptación, o como sugiere Neimeyer (2007), de reconstrucción del mundo personal de significados que ha sido cuestionado por la propia pérdida. Para esta reconstrucción no existe un patrón definido, sino que cada persona con sus recursos personales debe encontrar la manera de hacer frente a la pérdida y todo lo que ello implica. El resultado más deseable de un proceso de duelo sano sería conseguir sacar algún provecho de la pérdida, como lo plantean Gil-Juliá, Bellver y Ballester (2008): “Es una experiencia inevitable que conlleva sufrimiento, pero también puede ser una oportunidad de crecimiento” (p. 103).

Es importante señalar que se puede vivir el proceso de duelo de forma satisfactoria y en la mayoría de ocasiones sin la necesidad de ayuda profesional. Bonanno y Kaltman (2001) señalan que la mayoría de las personas hacen frente a su pérdida y regresan a niveles de funcionamiento saludables durante el segundo año después de su ocurrencia. Complementando esto, Shear y cols. (2007) comentan que existe una minoría para la que la resolución del duelo agudo se ve bloqueada, lo que resulta en un duelo complicado (DC) que puede persistir por años e inclusive décadas.

La resolución satisfactoria o insatisfactoria del proceso de duelo depende en

gran medida de diversos factores relacionados con la pérdida o mediadores de ésta (Worden, 2004): cómo era la persona, antecedentes históricos, variables de personalidad, edad y género, estresantes actuales, etc.

En general, la pérdida de un hijo, un esposo/a o un hermano (relaciones de primer grado) son consideradas más serias e inquietantes que las de relaciones de segundo grado (p. ej., abuelos, tíos, etc.) y que otras pérdidas. Pero hay siempre grandes diferencias individuales en función de cuando sucedió la pérdida, cómo sucedió (de forma violenta vs. natural, repentina vs. anticipada), las características de afrontamiento de la propia persona (segura vs. insegura), etc., éstos son factores relevantes para determinar el nivel de la sintomatología depresiva o del duelo, siendo estas dos formas de sufrimiento diferentes la una de la otra.

La respuesta natural a la pérdida que constituye el duelo está formada por un conjunto de reacciones a nivel cognitivo, conductual, emocional, etc., las cuales en ocasiones pueden ser semejantes a la sintomatología presentada en el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) por lo que resulta, en la práctica, difícil de distinguir.

Se han llevado a cabo varios trabajos en los cuales se presentan críticas consistentes ante el criterio de exclusión del duelo en el DSM-IV-TR, con la finalidad de proponer la posible inclusión del diagnóstico de Duelo Complicado en el próximo DSM-V, así como también la de un apartado que especifique la sintomatología que puede presentarse debido a la reacción conocida como duelo normal (Lamb, Pies y Zisook, 2010; Zisook, Shear y Kendler, 2007; Zisook y Shear, 2009; Zisook, Reynolds, Pies, Simon, Lebowitz, Madowitz et al., 2010; Zisook, Simon, Reynolds, Pies, Lebowitz, Tal Young et al., 2010) o duelo agudo (Shear y Mulhare, 2008).

Tanto en el apartado de exclusión del DSM-IV-TR como en las propuestas mencionadas, el duelo es entendido únicamente como una reacción ante la muerte de un ser querido. Sin embargo, algunos investigadores (p. ej., Wakefield, Schmitz, First y Horwitz, 2007) consideran que deberían tenerse en cuenta también otros tipos de pérdidas.

Con la finalidad de estudiar con cierto detalle la historia de pérdidas de pacientes depresivos, y con la intención de poder investigar la relación entre duelo y depresión buscamos algún instrumento que nos permitiera conocer la historia de pérdidas que la persona presenta y su percepción sobre el hecho de haberlas superado o no. Pero no nos fue posible encontrar dicho instrumento ni tampoco investigaciones que evalúen la historia de las diversas pérdidas a lo largo de la vida de una persona. Algo que si encontramos fueron diversos tests adecuados para evaluar solamente los factores relacionados con el duelo por la muerte de un ser querido, como por ejemplo el Grief Evaluation Measure (GEM, Jordan, Baker, Matteis, Rosenthal y Ware, 2005). Encontramos también que existen herramientas de evaluación específicas para muerte perinatal, para cuidadores de pacientes con demencia, etc. (véase Neimeyer, Hogan y Laurie, 2009, para una revisión) pero

ninguno que investigara la adaptación a los cambios que acompañan a una pérdida distinta a la de un ser querido.

Consideramos de gran importancia que los profesionales de la salud llevemos a cabo evaluaciones más completas y personalizadas. Con este propósito, y teniendo en cuenta algunas publicaciones anteriores sobre instrumentos de medición relacionados con el duelo y la pérdida (Neimeyer y Hogan, 2001; Neimeyer, et al., 2009) desarrollamos el inventario de Historia de Pérdidas (IHP), un instrumento que nos permite obtener de forma breve una descripción de la historia de pérdidas del sujeto, detectar factores de riesgo o de complicación en el duelo y conocer la percepción que el paciente tiene tanto de la superación de su pérdida como de su sintomatología depresiva. Esto permitirá, en conjunto con lo que el profesional pueda detectar por medio de la evaluación clínica y de otros tests especializados, poder lograr un diagnóstico adecuado y planificar un tratamiento conveniente.

El inventario de Historia de Pérdidas (IHP)

Es un inventario breve (véase anexo) en el que se pide al sujeto que haga una lista de las pérdidas significativas que ha vivido a lo largo de su vida. Para cada pérdida se le pregunta el tiempo transcurrido desde que ocurrió, la forma en que sucedió, y si considera haberla superado. Finalmente, se le pide que conteste afirmativa o negativamente si cree que alguna de estas pérdidas es el origen de su sintomatología depresiva o bien si considera que no presenta este tipo de síntomas.

Una aplicación interesante del IHP sería estudiar la relación que presenta con otros tests como el inventario de Duelo Complicado (adaptación al castellano de Limonero, Lacasta, García, Maté y Prigerson, 2009) versión en español del Inventory of Complicated Grief (Prigerson, Maciejewsky, Reynolds III, Bierhals, Newsom, Fasiczka, et al., 1995) para estimar el valor predictivo que pudiera presentar el IHP ante el diagnóstico de DC.

Aunque no consideramos necesario preguntar en esta breve evaluación por la red de apoyo del paciente, ni por el tipo de afrontamiento que ha presentado frente a pérdidas anteriores (factores evaluados por el GEM), creemos que es interesante tomar en cuenta esto a la hora de planificar el tratamiento, así como hacer una investigación más exhaustiva de aquellos aspectos fundamentales que a nivel personal podrían estar afectando la superación de la pérdida en la persona (Gil-Julia, et al., 2008).

Finalmente, destacar la necesidad de seguir investigando en los ámbitos del duelo y la depresión, así como llevar a cabo siempre una buena evaluación, completa y detallada. Con esto, podremos realizar un diagnóstico más preciso y otorgaremos a nuestros pacientes un mejor tratamiento. En la actualidad existen algunos tratamientos propuestos para el duelo complicado que están siendo puestos a prueba (Payás, 2010; Shear, Frank, Houck y Reynolds, 2005; Worden, 2004).

ANEXO
INVENTARIO DE HISTORIA DE PÉRDIDAS (IHP)

Nombre: Edad: Hombre/Mujer
Situación personal: Estudios:
(Soltero, casado, viviendo en pareja, etc.)

Con las siguientes preguntas se pretende de forma breve y detallada hacer un recuento sobre las pérdidas que la persona ha vivido a lo largo de su proceso vital.

1.- Asegúrese de leer con atención cada pregunta y responder de forma concreta. Es importante que mencione solamente las pérdidas que considere más significativas para usted (no es necesario llenar todos los espacios, ni tampoco limitarse a ellos). (Ejemplos: muertes o separaciones de seres queridos, mascotas, bienes materiales, partes corporales, salud, proyectos personales, etc.)

	Nombre o descripción de la pérdida	¿Hace cuánto sucedió? (Especificar en meses o años)	¿Como sucedió? (Por enfermedad, accidente, suicidio, de forma esperada o inesperada, etc.)	¿Considera usted haber superado esta pérdida?
a)				
b)				
c)				
d)				
e)				
f)				
g)				
h)				
i)				
j)				

2.- Si presenta usted alguna sintomatología depresiva en la actualidad: ¿Considera que ésta se presentó como resultado de alguna de las pérdidas mencionadas previamente?

-Sí -No - No considero que yo tenga síntomas depresivos

3.- ¿De cuál(es)?

Las teorías contemporáneas sobre el duelo enfatizan en el papel de la adaptación activa a la pérdida como un factor que afecta a un amplio rango de aspectos psicosociales. A pesar del considerable número de investigaciones empíricas que refuerzan este punto de vista, los investigadores comúnmente han limitado su atención a las respuestas a las pérdidas más recientes sufridas por las personas en duelo antes que estudiar su posible adaptación a las diversas pérdidas sufridas a lo largo de su historia vital. Para ello, los autores presentan el Inventory de Historia de Pérdidas (IHP), el cual evalúa sistemáticamente la forma en que las pérdidas han sido experimentadas por los sujetos y su percepción de haberse adaptado satisfactoriamente o insatisfactoriamente a cada una de ellas. El IHP puede ayudar en la evaluación psicológica y en la planificación del tratamiento, así como permitir la recolección de datos históricos relevantes para la investigación futura en temas de duelo y pérdida.

Palabras clave: duelo, pérdida, depresión.

Referencias bibliográficas:

- BONANNO, G. Y KALTMAN, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 705-734.
- BOWLBY, J. (1973). *Separation: Anxiety and anger. Attachment and loss*. Londres. Hogarth Press.
- FREUD, S. (1915). Mourning and melancholia. *SE* (14), 237-258.
- GIL-JULIÁ, B., BELLVER, A. Y BALLESTER, R. (2008). Duelo: Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103-116.
- HARVEY, J. Y WEBER, A. (1998). *Why there must be a psychology of loss*. En H. J. Harvey (comp.), *Perspectives of loss: A sourcebook*. Filadelfia: Taylor & Francis.
- JORDAN, J., BAKER, J., MATTEIS, M., ROSENTHAL, S. Y WARE, E. (2005). The grief evaluation measure: An initial validation study. *Death Studies*, 29(4), 301-332.
- LAMB, K., PIES, R. Y ZISOOK, S. (2010) The bereavement exclusion for the diagnosis of major depression: To be or not to be. *Psychiatry*, 77(7), 19-25.
- LIMONERO, J., LACASTA, M., GARCÍA, J., MATÉ, J Y PRIGERSON, H. (2009) Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*, 16(5), 291-297.
- NEIMEYER, R. (2007). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Bolsillo Paidós.
- NEIMEYER, R., HOGAN, N. Y LAURIE, A. (2009). The measurement of grief: Psychometric considerations in the assessment of reactions to bereavement. En M. Stroebe, R. Hansson, H. Schut, y W. Stroebe (Comps.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 133-161). Washington: American Psychological Association.
- PAYÁS, A. (2010). *Las tareas del duelo: Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo relacional*. Barcelona: Paidós.
- PRIGERSON, H., MACIEJEWSKI, P., REYNOLDS III, C., BIERHALS, A., NEWSOM, J., FASICZKA, A., FRANK, E., DOMAN, J. Y MILLER, M. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1-2), 65-79.
- SHEAR, K., FRANK, E., HOUCK, P. Y REYNOLDS III, CHARLES, F. (2005). Treatment of complicated grief. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association* 293 (21), 2601-2608.
- SHEAR, K., MONK, T., HOUCK, P., MELHEM, N., FRANK, E., REYNOLDS III, C. Y SILLOWASH, R. (2007). An attachment based model of complicated grief including the role of avoidance. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 257, 453-461.
- WAKEFIELD, J.C., SCHMITZ, M.F., FIRST, M.B. Y HORWITZ, A.V. (2007). Extending the bereavement exclusion for major depression to other losses. *Archivo General de Psiquiatria*, 64, 433-440.
- WORDEN, J.W. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- ZISOOK, S., SHEAR, K. Y KENDLER, K. (2007). Validity of the bereavement exclusion criterion for the diagnosis of major depressive episode. *World Psychiatry*, 6(2), 102-107.
- ZISOOK, S. Y SHEAR, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, 8 (2), 67-74.

- ZISOOK, S., REYNOLDS III, C., PIES, R., SIMON, N., LEBOWITZ, B., MADOWITZ, J., TAL YOUNG, I. Y SHEAR, K. (2010). Bereavement, complicated grief and DSM, Part 1: Depression. *Journal of Clinical Psychiatry* 71(0), 1-2.
- ZISOOK, S., SIMON, N., REYNOLDS III, C., PIES, R., LEBOWITZ, B., TAL YOUNG, I., MADOWITZ, J. Y SHEAR, K. (2010). Bereavement, complicated grief and DSM, Part 2: Complicated grief. *Journal of Clinical Psychiatry* 71(8), 1097-1098.

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán por medios o soporte electrónicos, escritos con un procesador de textos MS-Word, Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.
2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.
3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.
4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.
5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.
6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.
7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará el autor si el artículo ha sido seleccionado o no.
8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

INDICE GENERAL AÑO 2010

Nº 81 TERAPIA DE PAREJA. OTRAS MIRADAS

LA CONSTRUCCIÓN DE LA PAREJA: RETOS DE LA TERAPIA DE PAREJA
Victor E. Loos

INTIMIDAD: SER Y ESTAR EN LA RELACIÓN
M. Emilia Costa

CONSIDERACIONES SOBRE LA TERAPIA DE PAREJA: A PROPÓSITO DE UN CASO
Manuel Villegas y Pilar Mallor

NUEVO SISTEMA FAMILIAR EN TERAPIA DE PAREJA: PROPUESTA INTEGRATIVA DE LAS TEORÍAS SISTÉMICA Y DE APEGO
Mariana Veloso-Martins, M. Emilia Costa y Manuel Villegas

Nº 82/83 RECURSOS ANALÓGICOS EN PSICOTERAPIA

RECURSOS ANALÓGICOS EN PSICOTERAPIA (I): METÁFORAS, MITOS Y CUENTOS
Manuel Villegas y Pilar Mallor

LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS ANALÓGICOS COMO MEDIADORES EN EL TRABAJO EMOCIONAL
Dra. María José Pubill

UTILIDAD CLÍNICA DE LA AUTOBIOGRAFÍA
Carmen Maganto Mateo y Carmelo Ibáñez Aguirre

INTERVENCIÓN CONSTRUCTIVISTA NARRATIVA EN UN ESTUDIO DE CASO ÚNICO:
REELABORACIÓN DE LA HISTORIA DE MARIA
Maria Figueras Vives, Núria Grañó Solé y Lluís Botella García del Cid

ARTETERAPIA Y SU APORCIÓN A LAS PSICOTERAPIAS VERBALES
María Dolores López Martínez

LAS ARTETERAPIAS: NUEVOS ENFOQUES TERAPÉUTICOS
Monia Presta

Nº 84 IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA

IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA EN LOS JOVENES
Francisco Sanchis Cordellat y Edelmira Domènech-Llaberia

INTENTO DE SUICIDIO Y BÚSQUEDA DE SENSACIONES EN ADOLESCENTES
Jorge Raúl Palacios Delgado, Berenise Sánchez Torres y Patricia Andrade Palos

SUICIDIO: LA MUERTE IGNORADA *¿Se puede prevenir el suicidio?*
Carmen Tejedor Azpeitia, Anna Díaz Pérez, Judit Farré Berrecosa y Carmen Gómez Guijarro

REFLEXIONES EN TORNO AL SUICIDIO: desestabilizando una construcción discursiva reduccionista
Mª del Mar Velasco Salles y Margot Pujal i LLombart

IDEACIÓN SUICIDA EN EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD: Reflexiones sobre el proceso terapéutico.

Francisco Sanchis Cordellat

INFLUENCIA DE LOS ESTILOS PARENTALES EN ADOLESCENTES QUE HAN INTENTADO SUICIDARSE

Jorge Raúl Palacios Delgado

EL INVENTARIO DE HISTORIA DE PÉRDIDAS (IHP): PRESENTACIÓN Y UTILIDAD CLÍNICA

Chaurand, A., Feixas, G. y Neimeyer, R. A.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
Numancia, 52, 2º 2^a
08029 BARCELONA
Fax.: 933 217 532
e-mail: mvillegas@ub.edu**

Gestión y Administración:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
EDITORIAL GRAÓ
c./ Hurtado, 29
08022 BARCELONA
Tel.: 934 080 464
Fax: 933 524 337
e-mail: revista@grao.com**