UNIVERSIDAD DE DEUSTO

FACULTAD DE FILOSOFIA Y CIENCIAS DE LA EDUCACION

(SECCION PSICOLOGIA)

COMPRENSION DEL PROCESO DE IDEACION Y CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES A TRAVES DE FACTORES PSICOSOCIALES

Tesis Doctoral presentada por Dña. María Lourdes Villardón Gallego

Dirigida por el Catedrático D. Aurelio Villa Sánchez

EL DIRECTOR

EL DOCTORANDO

Bilbao, Marzo 1993

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer profundamente al Dr. Aurelio Villa, director de este trabajo, su absoluta disposición y ayuda durante la realización de este estudio. Gracias por todo lo que he podido aprender de su persona tanto profesional como humanamente.

Asimismo, quiero expresar mi agradecimiento a George Domino, Ph. D. (University of Arizona), a Lillian Range, Ph. D. (Southern Mississippi University) y a Alexander Rich, Ph. D. (Indiana University of Pennsylvania) por su hospitalidad durante mi estancia en cada uno de sus respectivos departamentos. Sus consejos y conocimiento sobre el tema han sido de gran ayuda para el diseño de esta investigación

Un agradecimiento muy especial al Dr. Oscar Fernández Santana porque sin su ayuda profesional y sin su apoyo personal me habría sido difícil concluir esta Tesis Su estado de ánimo y sentido del humor, su compañía y su paciencia me han ayudado mucho en los momentos más difíciles. Su colaboración en el tratamiento informático-estadístico de los datos ha sido de gran utilidad para la realización de este trabajo.

Muchas gracias al Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad de Deusto y a todo su personal por su buena disposición y acogida y por los medios puestos a mi alcance. Asimismo, quiero agradecer al Dr. José Ignacio Ruiz Olabuenaga sus consejos en relación al diseño metodológico del trabajo.

Por último, y no por ello con menos intensidad, muchas gracias a mis

compañeros de la Universidad, los becarios de FICE, por su amistad y apoyo. Gracias a mis amigos y a toda mi familia por su cariño, consejos y paciencia durante todo el tiempo que ha durado la realización de este estudio.

A mis padres

INDICE GENERAL

INTRODUCCION 1

I - ENCUADRE TEORICO DEL SUICIDIO: ACERCAMIENTO CONCEPTUAL Y APROXIMACIONES TEORICAS 16

I.1.- CONCEPTUALIZACION Y CONCEPCIONES EN TORNO AL SUICIDIO 18

I 2.- CUESTIONES METODOLOGICAS EN TORNO AL ESTUDIO DEL SUICIDIO 34

I.2.1.- Dificultades metodológicas en la investigación 34
I.2.2.- Dificultades metodológicas en la práctica clínica 46

I.3.- TEORIAS EXPLICATIVAS DEL SUICIDIO 48

I.3.1.- El suicidio desde el ámbito sociológico 50
I.3.1.1.- Factores extrasociales del suicidio 52
I.3.1.2.- Causas sociales de suicidio 56
I.3.1.4.- Matizaciones conceptuales a la teoría de Durkheim 70
I.3.1.5.- Cuestiones metodológicas al estudio de Durkheim sobre la tasa de suicidios 79
I.3.3.- El suicidio desde la perspectiva psiquiátrica 84
I.3.3.1.- Orientación psiquiátrica clásica 84
I.3.3.2.- Epidemiología psiquiátrica 89
I.3.4.- Explicaciones psicológicas del suicidio 110
I.3.4.1.- Explicación psicoanalítica del suicidio 111
I.3.4.2.- Orientación "propiamente" psicológica 121

II - EL SUICIDIO CONSIDERADO DESDE LA MULTIDIMENSIONALIDAD 132

II.1.- AVANCES EN EL ESTUDIO INTERDISCIPLINAR DE LA CONDUCTA SUICIDA 134
II.1.1.- Modelos de vulnerabilidad biológica 135
II.1.2.- Modelos de vulnerabilidad psicológica 136
II.1.3.- Modelos de vulnerabilidad psicosocial 140
II.1.4.- Modelos de vulnerabilidad biopsicosocial 147

II.2.- HACIA UN MODELO SOCIOINDIVIDUAL INTEGRADO DE LA CONDUCTA SUICIDA 154

II.2.1.- Contexto socio-individual de la conducta suicida 157
II.2.1.1.- Contexto social general 158
II.2.1.2.- Contexto social inmediato 162
II.2.1.3.- Entramado individual del sujeto suicida 165
II.2.2.- Estado mental suicida 169
II.2.3.- Proceso dinámico de la conducta suicida 172

II.3.- APLICACION PRACTICA DEL MODELO SOCIOINDIVIDUAL INTEGRADO DE LA CONDUCTA SUICIDA 179

III - EL ESTRES Y EL AFRONTAMIENTO COMO ASPECTOS DEL CONTEXTO SOCIO-INDIVIDUAL DE LA CONDUCTA SUICIDA 184

III.1.- EL ESTRES. APROXIMACION TEORICA Y SUS RELACIONES CON EL SUICIDIO 185
III.1.1.- Modelos teóricos del estrés 186
III.1.1.1.- Modelos basados en la respuesta 186
III.1.1.2.- Modelos basados en el estímulo 188
III.1.1.3.- Modelos interactivos 191
III.1.2.- Estrés y conducta suicida 200
III.1.2.1.- Estrés como aspecto implicado en la predicción de la conducta suicida 202
III.1.2.2.- Acontecimientos vitales estresantes asociados a la conducta suicida 211

III.2.- EL AFRONTAMIENTO AL ESTRES Y SU INCIDENCIA EN LA CONDUCTA SUICIDA 227
III.2.1.- Planteamientos teóricos del afrontamiento 228
III.2.1.1.- Modelo conductual explicativo del afrontamiento 228
III.2.1.2.- Modelo de la psicología del yo 229
III.2.1.3.- Modelo Transaccional 235
III.2.2.- Delimitación conceptual del afrontamiento y medición 237
III.2.3.- Relaciones entre afrontamiento y suicidio 245
III.2.3.1.- Personalidad y conducta suicida 247
III.2.3.2.- Estilos cognitivos y conducta suicida 251
III.2.3.3.- Recursos cognitivos y conducta suicida 255
III.2.3.4.- Condicionantes cognitivos y conducta suicida 264
III.2.3.5.- Modos de afrontamiento y conducta suicida 267

IV - CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DEL "ESTADO MENTAL SUICIDA" I: SOLEDAD Y AUTOCONCEPTO 274

IV.1.- LA SOLEDAD Y EL APOYO SOCIAL COMO ASPECTOS ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA 276

IV.1.1.- Aproximaciones teóricas al estudio de la soledad y del apoyo social y relaciones con el bienestar 277

IV.1.1.1.- Apoyo social. Concepto y funciones 277
IV.1.1.2.- Modelos explicativos de la relación del apoyo social con el estrés y el bienestar 288
IV.1.1.3.- Apoyo social y soledad. Puntos de confluencia de dos perspectivas 295
IV.1.1.4.- El concepto de soledad. Perspectivas teóricas 300
IV.1.1.5.- Factores asociados a la soledad 313
IV.1.2.- Apoyo social y soledad. Relaciones con el suicidio 319
IV.1.2.1.- Apoyo social real y conducta suicida 320
IV.1.2.2.- Apoyo social percibido y conducta suicida 333
IV.1.2.3.- Soledad y comportamiento suicida 340

IV.2.- AUTOCONCEPTO Y CONDUCTA SUICIDA 346
IV.2.1.- El autoconcepto. Aproximación teórica 348
IV.2.2.- El autoconcepto en la adolescencia 355
IV.2.3.- Relaciones del autoconcepto con la conducta suicida 360

V - CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DEL "ESTADO MENTAL SUICIDA" II: DEPRESION Y DESESPERANZA 369

V.1.- EN TORNO A LA DEPRESION 370
V.1.1.- Tipología de los trastornos depresivos 375
V.1.2.- Sintomatología de la depresión 380
V.1.3.- Modelos explicativos de la depresión 386
V.1.3.1.- Modelos psicoanalíticos 388
V.1.3.2.- Modelos biológicos de la depresión 393
V.1.3.3.- Modelos conductuales y animales de depresión 398
V.1.3.4.- Modelos cognitivos de la depresión 404
V.1.3.5.- Modelos integrados de depresión 416

V.2.- RELACION ENTRE DEPRESION Y CONDUCTA SUICIDA 423
V.2.1.- El diagnóstico de depresión y la conducta suicida 423
V.2.2.- La depresión como un aspecto de vulnerabilidad al suicidio 436
V.2.3.- La desesperanza y la depresión. Relaciones comparadas con el suicidio 445

VI - HIPOTESIS 457

VI.1.- HIPOTESIS I 458

VI.2.- HIPOTESIS II 461

VI.3.- HIPOTESIS III 463

VII - ASPECTOS METODOLOGICOS DE LA "APLICACION PRACTICA" DEL MODELO SOCIOINDIVIDUAL DE LA CONDUCTA SUICIDA 464

VII.1.- MUESTRA 465
VII.1.1.- Diseño muestral 465
VII.1.2.- Descripción de la muestra 468

VII.2.- PROCEDIMIENTO 468

VII.3.- INDICADORES E INSTRUMENTOS UTILIZADOS 469
VII.3.1.- Cuestiones de identificación y académicas 470
VII.3.2.- Estrés 471
VII.3.3.- Utilización de afrontamiento 475
VII.3.4.- Soledad 483
VII.3.5.- Depresión 487
VII.3.6.- Desesperanza 491
VII.3.7.- Razones para vivir 496
VII.3.8.- Autoconcepto 502
VII.3.9.- Pensamiento de suicidio 505

VII.4.- TRATAMIENTO INFORMATICO-ESTADISTICO DE LOS DATOS Y VARIABLES 510
VII.4.1.- Creación y modificación de variables 510
VII.4.2.- Técnicas estadísticas utilizadas 519

VIII - RESULTADOS Y DISCUSION 521

VIII.1.- VISION DESCRIPTIVA DE LOS DATOS 522
VIII.1.1.- Preparación y tratamiento de los datos 523
VIII.1.2.- Problemática y características psicológicas del adolescente. Diferencias entre los distintos grupos 525
VIII.1.2.1.- Nivel medio de estrés y de utilización de afrontamiento 526
VIII.1.2.2.- Nivel medio de "Estado mental suicida" 538
VIII.1.2.3.- Razones para vivir y nivel medio de Pensamiento de suicidio 549

VIII.1.3.- Incidencia del Pensamiento de suicidio. Diferencias entre los distintos grupos 558

VIII.1.4.- Conclusiones respecto a la problemática psicológica adolescente y a la incidencia de Pensamiento de suicidio 575

VIII.2.- DIFERENCIAS EN EL "ESTADO MENTAL SUICIDA" EN FUNCION DEL NIVEL DE ESTRES Y DE LA UTILIZACION DE AFRONTAMIENTO (HIPOTESIS I) 579
VIII.2.1.- Preparación y tratamiento de los datos 580
VIII.2.2.- Diferencias en el "Estado mental suicida" según el nivel de Estrés y la utilización de Afrontamiento general 582
VIII.2.2.1.- Efecto de la interacción del Estrés y el Afrontamiento general 582
VIII.2.2.2.- Efecto independiente del Estrés y el Afrontamiento general 583
VIII.2.3.- Diferencias en el "Estado mental suicida" en función del nivel de Estrés y de la utilización de Afrontamiento adaptativo y maladaptativo 585
VIII.2.3.1.- Efecto de la interacción del Estrés y el Afrontamiento adaptativo y maladaptativo 586
VIII.2.3.2.- Efecto independiente del Estrés y el Afrontamiento adaptativo y maladaptativo 590
VIII.2.4.- Conclusiones en torno al nivel de "Estado mental suicida" en función del Estrés y del Afrontamiento 593

VIII.3.- DIFERENCIAS EN EL PENSAMIENTO DE SUICIDIO EN FUNCION DEL NIVEL DE ESTRES Y DE LA UTILIZACION DE AFRONTAMIENTO (HIPOTESIS II) 601
VIII.3.1.- Preparación y tratamiento de los datos 602
VIII.3.2.- Diferencias en el Pensamiento de suicidio según el nivel de Estrés y de utilización de Afrontamiento general 603
VIII.3.2.1.- Sin neutralizar el "Estado mental suicida" 603
VIII.3.2.2.- Neutralizando el "Estado mental suicida" 604
VIII.3.3.- Diferencias en el Pensamiento del suicidio en función del Estrés y del Afrontamiento adaptativo y maladaptativo 609
VIII.3.3.1.- Sin neutralizar el "Estado mental suicida" 610
VIII.3.3.2.- Neutralizando el "Estado mental suicida" 612
VIII.3.4.- Conclusiones respecto a la incidencia del Estrés y el Afrontamiento en el Pensamiento de suicidio 616

VIII.4.- EXPLICACION Y PREDICCION DEL PENSAMIENTO DE SUICIDIO A TRAVES DE ASPECTOS PSICOSOCIALES (HIPOTESIS III) 619
VIII.4.1.- Preparación y tratamiento de los datos 620
VIII.4.2.- Predicción del grado de Pensamiento de suicidio a través de aspectos psicosociales 623
VIII.4.2.1.- Análisis discriminante con puntuaciones totales 624

VIII.4.2.2.- Análisis discriminante con factores y puntuaciones totales 627
VIII.4.2.3.- Conclusiones en torno al poder predictivo de los aspectos psicosociales propuestos 631
VIII.4.3.- Explicación del Pensamiento de suicidio a través de aspectos psicosociales 634
VIII.4.3.1.- Análisis de Regresión Multiple con puntuaciones totales 635
VIII.4.3.2.- Análisis de Regresión Multiple con factores y puntuaciones totales 636
VIII.4.3.3.- Conclusiones en relación al poder explicativo de factores psicosociales 637
VIII.4.4.- Conclusiones en torno a la posibilidad de explicar y predecir el pensamiento de suicidio a través de aspectos psicosociales 638

IX - CONCLUSIONES 641

BIBLIOGRAFIA 660

INDICE DE GRAFICOS

I.1.- Una tipología de suicidio

I.2.- Un modelo teórico cúbico de suicidio

II.1.- Representación esquemática de la teoría socioindividual de conductas suicidas

II.2.- La patogénesis del suicidio

II.3.- Modelo hipotético de variables interpersonales, cognitivas y ambientales que llevan a conducta suicida

II.4.- Un paradigma biopsicosocial transaccional

II.5.- Modelo socioindividual de la conducta suicida

II.6.- Proceso dinámico de la conducta suicida del modelo socioindividual

IV.1.- Modelo de movilización del apoyo efectivo

IV.2.- Modelo de amortiguación del estrés

IV.3.- Modelo de efectos directos

V.1.- Cadena causal específica en la teoría de la desesperanza de la depresión

INDICE DE TABLAS

VII.1.- Número de alumnos de Bizkaia por comarcas y tipo de estudios (Enseñanzas Medias 1989-90)

VII.2.- Muestra de alumnos de Bizkaia por comarcas y tipo de estudios (Enseñanzas Medias 1989-90)

VII.3.- Resultados del análisis factorial de la escala de "Afrontamiento"

VII.4.- Resultados del análisis factorial de la escala de "Soledad"

VII.5.- Resultados del análisis factorial de la escala de "Depresión"

VII.6.- Resultados del análisis factorial de la escala de "Desesperanza"

VII.7.- Resultados del análisis factorial de la escala de "Razones para vivir"

VII.8.- Resultados del análisis factorial de la escala de "Autoconcepto"

VII.9.- Resultados del análisis factorial de la escala de "Pensamiento de suicidio"

VIII.1.- Medias y desviaciones típicas de Estrés y Afrontamiento según características estructurales

VIII.2.- Medias y desviaciones típicas de Estrés y Afrontamiento según aspectos académicos

VIII.3.- Medias y desviaciones típicas de los componentes del "Estado Mental Suicida" según características estructurales

VIII.4.- Medias y desviaciones típicas del "Estado Mental Suicida" según aspectos académicos

VIII.5.- Medias y desviaciones típicas de Razones para vivir y Pensamiento de suicidio según características estructurales

VIII.6.- Medias y desviaciones típicas de Razones para vivir y Pensamiento de suicidio según aspectos académicos

VIII.7.- Porcentajes verticales de respuesta sobre Pensamiento de suicidio según características estructurales

VIII.8.- Porcentajes verticales de respuesta sobre Pensamiento de suicidio

según aspectos académicos

VIII.9.- Puntuación media de varios aspectos del "Estado Mental Suicida" según nivel de Estrés

VIII.10.- Puntuación media de varios aspectos del "Estado Mental Suicida" según utilización de Afrontamiento general

VIII.11.- Puntuación media de Autoconcepto según nivel de Estrés y utilización de Afrontamiento adaptativo y maladaptativo

VIII.12.- Puntuación media de varios aspectos del "Estado Mental Suicida" según nivel de Estrés y utilización de Afrontamiento maladaptativo

VIII.13.- Puntuación media de varios aspectos del "Estado Mental Suicida" según utilización de Afrontamiento adaptativo

VIII.14.- Puntuación media de varios aspectos del "Estado Mental Suicida" según utilización de Afrontamiento maladaptativo

VIII.15.- Puntuación media de Pensamiento de suicidio según nivel de Estrés

VIII.16.- Puntuación media de Pensamiento de suicidio según utilización de Afrontamiento general

VIII.17.- Puntuación media de Pensamiento de suicidio según utilización de Afrontamiento adaptativo

VIII.18.- Puntuación media de Pensamiento de suicidio según utilización de Afrontamiento maladaptativo

VIII.19.- Variables elegidas después del paso 7 (ordenadas según la "F de salida") en el discriminante con puntuaciones totales

VIII.20.- Coeficientes estandarizados y estructurales de las variables explicativas en la función discriminante del análisis con puntuaciones totales

VIII.21.- Resultados globales de la clasificación del análisis discriminante con puntuaciones totales

VIII.22.- Variables elegidas después del paso 10 (ordenadas según la "F de salida") en el discriminante con puntuaciones totales y factores

VIII.23.- Coeficientes estandarizados y estructurales de las variables explicativas en la función discriminante del análisis con puntuaciones totales y factores

VIII.24.- Resultados globales de la clasificación del análisis discriminante con puntuaciones totales y factores

VIII.25.- Resultados globales del análisis de regresión múltiple realizado con puntuaciones totales

VIII.26.- Resultados globales del análisis de regresión múltiple realizado con puntuaciones totales y factores

INTRODUCCION

Las tasas oficiales de muerte por suicidio varían de forma importante de unos países a otros. Tradicionalmente, las tasas mayores de suicidio han venido correspondiendo a las personas de más edad y a las de sexo masculino. Sin embargo, en los últimos veinte años se percibe una tendencia general al aumento de muertes autoprovocadas entre los jóvenes, incluso entre los adolescentes (HAWTON, 1989), y entre las mujeres (DIEKSTRA Y HAWTON, 1987). Esta evolución parece estar relacionada con el aumento que, a su vez, han experimentado los intentos de suicidio, los cuales, en algunos países se han doblado o, incluso triplicado, en las dos últimas décadas.

El suicidio existe desde que existe el hombre, teniendo en cada época y en cada sociedad un significado bien distinto. Por citar un ejemplo, hasta que San Agustín no dictó normas en contra del suicidio, el cristianismo aceptó el martirio como una forma bastante común de protesta política y de salvación espiritual (CURRAN, 1987).

En la actualidad se plantean dos posturas bien diferenciadas en torno al suicidio. Por un lado, la concepción racional, que presenta el suicidio como una alternativa sensata y racional a una vida en circunstancias intolerables (MARIS, 1983). Y por otro lado, la concepción de la intensificación de la vida que afirma que las personas sucumben ante lo que consideran una coerción poderosa de su entorno para dejar de vivir. Se trataría, en

consecuencia, de modificar el entorno para evitar los suicidios (BOLDT, 1988).

La sociedad está cambiando progresivamente hacia una aceptación del suicidio como salida posible y justificable a diversas situaciones (FARBEROW, 1989); se está "normalizando" el suicidio, lo cual puede favorecer el hecho de que se hayan tomado pocas medidas eficaces y se hayan realizado pocos estudios dirigidos a la prevención. Por otro lado, la persona "potencialmente suicida", al verse menos castigada por la sociedad, podría decidir con menos dificultad el camino de la muerte autoprovocada. No obstante, como se ha comentado, en la actualidad, las actitudes hacia el suicidio son dispares y contradictorias y, para un gran número de personas, el suicidio es, como mucho, un tema abstracto del que se filosofa, piensa y comenta, pero nunca una posibilidad de actuar en una situación concreta con una persona específica, sea ésta cercana o no. Cuando el suicidio, o la amenaza de suicidio, se personaliza pasa de ser una abstracción a ser tabú. Esto es, se niega la posibilidad de que pueda ocurrir y se oculta la verdad si ha ocurrido.

Esta situación de oscurantismo respecto a los suicidios dificulta el conocimiento de los hechos, las circunstancias, móviles, etc., que rodean las muertes autoprovocadas y, por lo tanto hace difícil la detección precoz, la prevención y el tratamiento. Siendo así que el suicidio es un comportamiento que termina en muerte igual que un asesinato, es un importante tema **social**

sobre el que se debe investigar para, en la medida de lo posible, evitar su consecución.

El suicidio, sin embargo, no es un tema que deba interesar solamente a los teóricos de la sociedad. La tasa de suicidios entre enfermos terminales y enfermos psiquiátricos es mayor que el número de suicidios entre la población en general. Por tanto, el suicidio es un tema que debe estar situado entre los prioritarios dentro de la investigación clínica, ya que no muchas enfermedades son tan "mortales" como el suicidio.

Siendo así que la tasa de suicidio está aumentando entre la población joven y considerando que la conducta suicida es un continuo que va desde la mera ocurrencia a la consecución pasando por la ideación, planificación, la amenaza y el intento (PFEFFER, et al., 1989; CHOKET Y MENKE, 1989), el papel de la educación en la detección y prevención del suicidio es innegable.

El trabajo que nos ocupa se sitúa en este último ámbito, esto es, el escolar. Reconociendo la importancia de las otras dos áreas de investigación: social y clínica y sabiendo que toda elección supone una limitación, se ha elegido la orientación educativa por varias razones. En primer lugar, la decisión de investigar el mundo adolescente conduce inexorablemente al mundo escolar, ya que en nuestro país, salvando excepciones, los sujetos de este grupo de

edad están cursando estudios de Enseñanzas Medias. Es entonces al centro escolar donde hay que acudir para conocerlos e investigar. En segundo lugar, la escuela ofrece la posibilidad de actuar sobre los muchachos de forma sistemática atendiendo sus problemas y planificando la prevención de conductas no deseables. Por último, la intención exploratoria de la población general que se ha planteado en esta investigación explica que no se haya acudido a centros clínicos de asistencia sino a centros de enseñanza, ya que a los primeros acude solo la parte de la población general con algún tipo de problema específico.

Como se ha adelantado, los sujetos del estudio son los adolescentes escolarizados. Una vez constatado que el número de suicidios está aumentando entre los jóvenes y partiendo de la continuidad progresiva de la conducta suicida, es esperable que sea en la adolescencia cuando empiezan a tomar fuerza los pensamientos de suicidio. Por tanto, interesa detectar cuál es el grado de ideación suicida de nuestros adolescentes como primer paso para la prevención, labor que puede llevarse a cabo, como se ha dicho, desde el mundo escolar. En resumen, interesa estudiar la población general adolescente.

Sin embargo, la convicción de que el pensamiento de suicidio está relacionado con una serie de variables psicosociales hace que el objetivo principal de la investigación, la detección del grado de ideación suicida y de su

determinación, se amplíe a la búsqueda del conocimiento de la problemática psicosocial de los adolescentes. Por otro lado, de todos es sabido la importancia que toman determinadas vivencias y sentimientos en esta difícil etapa evolutiva.

Los datos que sobre conducta suicida se poseen en la Comunidad Autónoma Vasca (CAV) en general y sobre Bizkaia en particular, son muy escasos, recogidos, en su mayoría, en dependencias psiquiátricas, u obtenidos a través de las informaciones forenses, o, finalmente a través del Instituto Vasco de Estadística, pero por ninguna de las tres vías se pueden obtener datos sobre pensamiento de suicidio sino sobre hechos concretos, bien sean como "intentos" o como "suicidios consumados" a través de familiares o conocidos de las mismas. No se tienen noticias sobre ningún estudio realizado en la C.A.V. que haga un chequeo de la adolescencia en lo que se refiere a su ideación suicida. Este estudio puede cubrir una laguna sobre la génesis y evolución del fenómeno de la conducta autodestructiva desde las primeros momentos de aparición.

A nivel general, el propósito de este estudio es conocer qué variables personales, psicológicas y sociales determinan, influyen o favorecen los pensamientos suicidas de los adolescentes. Se trata de un estudio predictivo con el objetivo último y primordial de la prevención. Se considera que los individuos que presentan un grado mayor de ideación suicida tienen

más probabilidades de intentar o de cometer suicidio que los sujetos con menor grado de pensamiento de suicidio. El conocimiento de la presencia de ideas suicidas y de los posibles factores determinantes permitiría la actuación sobre dichos factores y, como consecuencia, la prevención del suicidio. No se trata, por tanto, de investigar los datos procedentes de registros en torno a intentos de suicidio y/o suicidios consumados sino de conocer la situación en un momento cronológicamente anterior a la consecución del acto autodestructivo.

A nivel específico, los objetivos perseguidos en esta investigación son muy diversos. En primer lugar, conocer el grado de ideación suicida que presentan los adolescentes de nuestro entorno. Segundo, probar empíricamente parte del modelo socioindividual propuesto para explicar la conducta suicida. En tercer lugar, realizar una compilación teórica actualizada de las teorías y los estudios existentes en torno al suicidio y a los distintos aspectos psicosociales implicados en la conducta suicida. Cuarto, la adaptación a nuestro contexto geográfico de distintos instrumentos de medición tanto del pensamiento de suicidio como de los diversos aspectos psicosociales que se quieren evaluar.

El trabajo que se presenta a continuación está organizado en dos grandes bloques. El primero de ellos recoge el acercamiento teórico al tema del suicidio y a las variables que se incluyen en el modelo explicativo de la conducta autodestructiva. Constituye, por un lado, una revisión bibliográfica

actualizada de las teorías más importantes en torno al tema y de las investigaciones que relacionan el suicidio con alguno o alguno de los aspectos incluidos en el estudio y, por otro, una propuesta teórica explicativa del suicidio (del capítulo primero al quinto).

El segundo bloque incluye el estudio empírico de la aplicación práctica del modelo socioindividual propuesto. Tras la formulación de las hipótesis y exposición clara y concreta de diversos metodológicos, se exponen los resultados que conducen a las conclusiones del estudio en torno a si el modelo teórico queda o no refutado por los datos reales (del capítulo sexto al noveno).

El encuadre teórico del suicidio viene de la mano del primer capítulo del trabajo. En él se definen y delimitan los conceptos relacionados con la conducta suicida tales como "suicidio", "intento de suicidio", "pensamiento de suicidio", etc. Se presentan una serie de mitos o concepciones erróneas en torno al tema que están asumidas por la población en general y que suponen una barrera a la prevención del suicidio y se comentan las dificultades metodológicas con las que se enfrenta toda investigación y todo profesional al tratar un tema con unas características inherentes tan peculiares. No en vano el suicidio es un hecho definitivo realizado por un individuo que deja de estar presente como sujeto de estudio desde el momento mismo en el que realiza el acto.

El suicidio se ha estudiado desde diversas perspectivas, entre las que se comentan las tres más importantes. La perspectiva sociológica, representada principalmente por DURKHEIM (1965. Original en 1897), cuya famosa tipología de suicidio basada en la consideración de los factores sociales como determinantes principales de la tasa de suicidio ha sido matizada y criticada por varios colegas (HALBWACHS, 1930; HENRY Y SHORT, 1957; GIBBS Y MARTIN, 1964; DOUGLAS, 1966; GIDDENS, 1966; ATKINSON, 1968; PESCOSOLIDO y GEORGIANNA, 1989). La orientación psiquiátrica, en sus dos vertientes, clásica y epidemiológica, que consideran el suicidio como una patología -la primera- (ESQUIROL, 1838; ACHILLE-DELMAS, 1932; LADAME, 1987), y centrada en estudiar los factores de riesgo tanto de tipo patológico como sociodemógrafico -la segunda. Por último, la perspectiva psicológica incluye la explicación psicoanalítica de suicidio, que entiende la conducta autodestructiva como resultado de una dinámica inconsciente de fuerzas (FREUD, 1917; FREUD, 1920; ZILBOORG, 1937; MENNINGER, 1972/1938; ROSENKRANTZ, 1978; PFEFFER; 1985; WADE, 1987; RANGELL, 1988) y la perspectiva denominada "propiamente psicológica", que explica la autodestrucción a través de variables psicológicas (NEYMEYER, 1983; RIGDOM, 1983; SHNEIDMAN, 1988).

Una vez presentadas las orientaciones teóricas clásicas en el estudio del suicidio, el segundo capítulo da paso a las nuevas tendencias. El suicidio ya no se entiende como un hecho social o psíquico exclusivamente,

sino que se conceptualiza como evento multicausado y demasiado complejo como para poder ser abarcado por una única perspectiva. Las nuevas tendencias defienden la combinación de factores ambientales con distintos aspectos del individuo que le hacen vulnerable a desarrollar este tipo de conductas. Dependiendo de la naturaleza de estos factores se habla de vulnerabilidad biológica (DE CATANZARO, 1980; 1981), psicológica (LUSCOMB et al., 1980; SCHOTTE Y CLUM; 1982; 1987; LINEHAN Y SHEARIN, 1988), psicosocial (GARFINKEL, 1986); BONNER Y RICH, 1987; RUDD, 1990), biopsicosocial (MACK, 1986; RICH Y BONNER (1991). La exposición de los diferentes modelos de vulnerabilidad conduce a la propuesta de este trabajo que no es sino un intento más de aunar las aportaciones de los distintos enfoques y que se denomina "modelo socioindividual integrado de la conducta suicida". Este modelo propugna, en términos generales, que la confluencia de varios aspectos del contexto socio-individual pueden producir la aparición de un "estado mental suicida" y llevar a la aparición de algún tipo de conducta suicida.

La imposibilidad de probar en el estado actual de conocimiento todas las variables incluidas en el modelo y todas sus transacciones y relaciones dinámicas obliga a concretar en el apartado titulado "Aplicación práctica del modelo socioindividual de la conducta suicida" una visión más simple y resumida del modelo teórico propuesto, susceptible de ser probada empíricamente.

Una vez presentada la versión abreviada y comprobable del modelo socioindividual propuesto, a lo largo de los tres capítulos siguientes se procede a la profundización teórica de las variables que componen dicha versión. Así, el capítulo tercero incluye el estudio del estrés y de la capacidad de afrontar dicho estrés como variables que componen el contexto socioindividual del suicidio. La presentación de los diferentes modelos explicativos de ambos conceptos y la revisión exhaustiva de la relación de cada uno de ellos con el suicidio engrosan este apartado.

Dentro de los modelos explicativos del estrés se presentan los modelos basados en la respuesta SELYE (1978. Original en 1956), los modelos basados en el estímulo (WELFORD, 1973) y los modelos interactivos (TRUMBULL Y APPLEY, 1986; LAZARUS Y FOLKMAN 1986a). El conocimiento teórico de esta variables lleva a la exposición de las diferentes investigaciones que relacionan el estrés con el suicidio, cuyos resultados justifican la inclusión de este aspecto en el modelo explicativo propuesto. Se exponen, asimismo, los modelos teóricos del afrontamiento, esto es, el modelo conductual; el modelo de la psicología del yo (HAAN, 1985), que defiende la existencia de distintos estilo de afrontar las situaciones, los cuales pueden ser o no adaptativos (CARVER et al. 1989); y el modelo transaccional (LAZARUS Y FOLKMAN, 1986a), que habla, por contra de modos de afrontar situaciones estresantes específicas y no de estilos transituacionales. La clarificación de los conceptos centrales en la teoría del afrontamiento, esto es, recursos, condicionantes,

estilos y modos de afrontamiento supone un paso previo a la presentación de las investigaciones que relacionan el afrontamiento con el coping. Hay que decir, no obstante, que no son muchos los estudios sobre estilos y modos de afrontamiento como tal y suicidio. Su inclusión en este trabajo supone, en este aspecto, una ruptura con los estudios realizados hasta el momento y se basa fundamentalmente en la medición de estilos y de la capacidad general de afrontamiento.

Una vez comentadas las dos variables incluidas en el contexto socioindividual de la conducta suicida, se procede a la exposición de las variables que componen el denominado por RICH Y BONNER (1991) "estado mental suicida". El desarrollo de este tema se divide en dos capítulos debido a la extensión de dicha presentación. En el cuarto capítulo se incluyen la soledad y el autoconcepto y, en el quinto y último del bloque teórico, la depresión y la desesperanza.

La soledad y el apoyo social son dos conceptos que se han venido estudiando separadamente pero que, de hecho, están muy relacionados entre sí y con el estrés y el bienestar. La aproximación teórica a ambos conceptos se sigue de la presentación de los datos en torno a la relación de la soledad y el apoyo social con el suicidio, los cuales justifican, al igual que en el caso otras variables, su inclusión en el modelo.

El autoconcepto es otra de las variables incluidas en este capítulo. Para su exposición mantiene el mismo esquema que para las variables explicadas con anterioridad. Esto es, tras una primera aproximación teórica se pasa a comentar los datos disponibles en torno a la relación del autoconcepto con el suicidio. Además, se hace referencia a la importancia que esta variable adquiere en la adolescencia, período evolutivo de especial interés en este trabajo.

La depresión es la variable que más frecuentemente se ha venido relacionando con el suicidio. La aproximación teórica a este concepto supone la exposición de los distintos tipos de depresión que se conocen y los criterios de clasificación, la presentación de la sintomatología típica y la explicación de los modelos teóricos más importantes, esto es, los modelos psicoanalíticos, los modelos biológicos, modelos conductuales y animales y modelos integrados. La exposición de las investigaciones que relacionan la depresión con el suicidio se han dividido en tres apartados. En primer lugar, se presentan las relaciones del diagnóstico de depresión con el suicidio; en segundo lugar, se entiende la depresión como una variable de vulnerabilidad al suicidio, es decir, los sujetos no necesitan estar diagnosticados clínicamente de depresión; y por último, se presentan las relaciones comparativas de la desesperanza en el futuro y la depresión con el suicidio. La desesperanza es una variable que se relaciona frecuentemente con suicidio y que está teóricamente vinculada a la depresión. Los datos en torno a la mayor importancia de una u otra variable en relación al

suicidio no son concluyentes.

En síntesis, este trabajo pretende ser uno de los escasos estudios existentes en la actualidad en nuestro país que investiguen la conducta suicida adolescente en sus orígenes, es decir, desde que es tan solo pensamiento y los factores que la predicen. La predicción se supone un primer paso necesario para la prevención.

La exposición de la depresión y de los resultados de las investigaciones que la relacionan con el suicidio culmina la parte teórica de esta investigación. La redacción de las hipótesis de trabajo en el sexto capítulo supone el principio de la parte práctica encaminada a la comprobación del modelo explicativo propuesto.

Se proponen tres hipótesis generales, cada una de ellas desglosada en varias subhipótesis. La primera está encaminada a probar que las personas con una alta capacidad de afrontamiento son menos vulnerables a desarrollar los afectos negativos que componen el "estado mental suicida". etc ante la vivencia de estrés que los sujetos con poca capacidad de afrontamiento. Dentro de esta hipótesis se incluye dos subhipótesis, una referida a la capacidad general de afrontamiento y otra referida al afrontamiento adaptativo y maladaptativo, con el objetivo, esta última de comprobar si existe un estilo general de afrontar los problemas que sea mejor que otro.

La segunda hipótesis trata de probar la vulnerabilidad de los sujetos con poca capacidad de afrontamiento a desarrollar pensamiento de suicidio cuando se encuentran en momentos de estrés. Al igual que en la hipótesis anterior, se desglosa en dos, una referida a la capacidad de afrontamiento general y otra al estilo de afrontamiento adaptativo y maladaptativo.

Por último, la tercera hipótesis, va dirigida a comprobar que las variables incluidas en el modelo predicen el pensamiento de suicidio, aspecto que, en última instancia se trata de explicar para poder prevenir conductas posteriores más arriesgadas.

Los capítulos siguientes, esto es, el capítulo séptimo y el de resultado, esto es el octavo, están centrados en la comprobación de las hipótesis propuestas. Así, el capítulo séptimo expone el diseño llevado a cabo para seleccionar a los sujetos del estudio seleccionadas de la población total de adolescentes escolarizados de Bizkaia. Una vez descrita la muestra, se pasa a exponer el procedimiento seguido para la recolección de datos y se describen los instrumentos utilizados, sus dimensiones y su fiabilidad. La presentación del tratamiento estadístico-informático de los datos da por terminada la exposición de los aspectos metodológicos de la investigación.

I - ENCUADRE TEORICO DEL SUICIDIO: ACERCAMIENTO CONCEPTUAL Y APROXIMACIONES TEORICAS

Antes de comenzar a estudiar un tema determinado, parece importante tener claro qué es lo que vamos a investigar. Para ello es necesario definir los términos y delimitar los conceptos. La calificación de una muerte como suicidio y de una persona o un acto como suicida es un aspecto que, como veremos, está rodeado de dificultades.

Las concepciones erróneas que la gente tiene del suicidio supone una dificultad añadida al estudio del suicidio. Por ello, una vez tratado el tema de la definición del concepto se procederá a la presentación y corrección de las ideas erróneas preconcebidas más comúnmente asociadas con la conducta suicida.

La investigación en torno al suicidio conlleva, además de los problemas ya comentados concernientes a la conceptualización y definición, una serie de problemas metodológicos inherentes que parece conveniente reseñar.

La exposición sintetizada de las principales aproximaciones teóricas al estudio del suicidio nos dará una visión general del estado del conocimiento sobre el tema, desde el que situar la propuesta de este trabajo de investigación.

I.1.- CONCEPTUALIZACION Y CONCEPCIONES EN TORNO AL SUICIDIO

Uno de los grandes problemas con los que nos encontramos al estudiar el suicidio es el de su propia definición. La aplicación del término a comportamientos diversos y la consideración del fenómeno desde diferentes puntos de vista, son algunas de las razones de esta dispersión:

> *"El mayor problema en la investigación del suicidio está relacionado con la adecuada definición del fenómeno. El nombre, suicidio, implica una serie de acciones, comportamientos y experiencias diversas. Esta vaguedad de la definición ha obscurecido la naturaleza del acto, así como ha disminuido su utilidad para el desarrollo de predicciones específicas." (NEURINGER, 1974: 7)*

SHNEIDMAN (1973) expone algunas de las dificultades que giran en torno al calificativo "suicida". La primera se refiere al hecho de que "suicida" se aplica a diferentes categorías de conducta; se llama suicida a la persona que ha cometido, intentado y pensado en el suicidio. La segunda confusión con la que nos encontramos al calificar a alguien como suicida está relacionada con el aspecto temporal; se habla de suicida tanto para referirse a la persona que intentó en el pasado un acto suicida como para definir a la persona que en el momento presente comete un acto de suicidio. La tercera fuente de confusión se relaciona con la idea de propósito; la intención es un factor clave a tener en cuenta para definir un acto como suicida.

En el Diccionario de Uso del Español de María Moliner (1983) el suicidio se define como "acción de matarse a sí mismo". La palabra está formada por el pronombre latino "sui" y la terminación de "homicidio". Suicidarse se entiende, por tanto, como "matarse voluntariamente a sí mismo". En definitiva, lo que distingue el suicidio del homicidio es que la acción recae sobre el propio actor y lo que lo distingue de otro tipo de muerte es que, en el suicidio, la muerte es el resultado de un acto voluntario [1].

Esta concepción de suicidio como un acto voluntario de matarse a sí mismo presupone por parte del suicida una concepción de la muerte y la combinación del deseo consciente de muerte con la acción para llevar a cabo este deseo. Asimismo supone que la finalidad de la acción se relacione con la muerte (SHNEIDMAN, 1973) [2].

Sin embargo, como se ha dicho, el adjetivo suicida se aplica a un abanico de comportamientos además de la propia muerte por suicidio. Así, el problema de la conceptualización del suicidio se hace mayor en el momento en que se hace referencia a una serie de comportamientos que no concluyen en muerte y que son provocadas voluntariamente por el propio sujeto. Son, en

---

[1] Precisamente este carácter de voluntariedad o intención es lo que hace difícil la distinción "a posteriori" del suicidio como causa de muerte. Este es uno de los problemas con los que se enfrentan los estudios epidemiológicos de suicidio y, en general, todos aquellos estudios basados en las estadísticas oficiales.

[2] Esta concepción de suicidio, dejaría excluidas otras conductas que producen daño y lesión en el sujeto pero que no se relacionan con la muerte.

definitiva, conductas suicidas que, sin embargo, no producen la muerte del sujeto.

Dentro de las conductas suicidas no fatales, los intentos de suicidio son los que han recibido una mayor atención por parte de los investigadores ya que constituyen la población viva más cercana a los suicidas fallecidos y, por tanto, son la vía más directa de conocer la problemática de las personas que cometen suicidio.

Además de los intentos de suicidio se distinguen otros comportamientos suicidas como son las amenazas y los pensamientos de suicidio. En este sentido se aplica el término suicida tanto a las personas que amenazan con suicidarse como a las personas que piensan en ello:

> *"Se dice que una persona es suicida si amenaza con matarse." (NEURINGER, 1974: 9)*

> *"Una persona se considera suicida si piensa en suicidarse." (NEURINGER, 1974: 9)*

En la misma línea, POKORNY (1986), de acuerdo a la nomenclatura y clasificación del National Institute of Mental Health, propone el término "suicidio consumado" para la muerte por suicidio y "conductas suicidas" para una serie de términos relacionados. Habla de tres grandes

categorías de conductas suicidas: el suicidio consumado, el intento de suicidio y las ideas suicidas:

> *"El suicidio consumado incluye todas las muertes en las cuales un acto deseado, autoproducido y amenazante para la vida ha terminado en muerte." (POKORNY, 1986: 36)*

> *"El intento de suicidio incluye aquellas situaciones en las que una persona ha realizado una real o supuestamente conducta amenazante para la vida con la intención de arriesgar su vida o de dar la apariencia de tal intención, pero que no termina en muerte. Esta categoría incluye todas las acciones no letales previamente clasificadas como suicidios incompletos, fallidos, gestos suicidas, intentos de suicidio histriónicos, suicidios abortados, y suicidios ambivalentes." (POKORNY, 1986: 36)*

> *"La categoría ideas de suicidio incluyen comportamientos que pueden ser directamente observados o inferidos y que se relacionan con o se mueven en la dirección de una posible amenaza a la vida del individuo, pero en el cual el acto letal no se ha llevado, de hecho, a cabo..." (POKORNY, 1986: 36)*

Las ideas de suicidio pueden inferirse de la conducta, aunque con mucha cautela, y/o a través de la comunicación del paciente, ya sea por escrito, espontáneamente, en una entrevista o a través de un cuestionario.

Otros autores (VAN EGMOND Y DIEKSTRA, 1989) distinguen el parasuicidio como un tipo de conducta diferente al intento de suicidio. Para estos autores el parasuicidio supone una comportamiento autolesivo para el sujeto pero conscientemente no mortal, en tanto que el intento de suicidio es

entendido como un suicidio fallido [3]. Es equivalente al concepto "gesto suicida" que utilizan algunos autores (ABRUZZI, 1985). Se entiende el parasuicidio como:

a) Un acto no habitual sin resultado fatal,
b) que es deliberadamente iniciado y desarrollado por el individuo quien tiene expectativas de tal resultado,
c) que causa daño en la persona o lo causaría sin la intervención de otros,
d) y que el resultado es considerado por el agente como un instrumento para conseguir cambios deseados en la conciencia y/o condiciones sociales.

ELLIS (1988) realiza una extensa revisión de los intentos teóricos y empíricos llevados a cabo para definir los distintos tipos de conductas suicidas. Según este autor, un primer intento de definir la conducta suicida viene dado por los sistemas basados en la teoría. Estos sistemas provienen tanto de las teorías sociológicas que tratan de explicar los hallazgos epidemiológicos (DURKHEIM, 1965) como de la experiencia clínica que trata de dar cuenta de las observaciones clínicas (NEURINGER, 1962 y SHNEIDMAN -1966 y 1968-, POKORNY, 1986).

Un segundo intento de clasificación de conductas suicidas se

[3] La diferente concepción de intento de suicidio y parasuicidio que existe entre los distintos estudiosos del tema puede dar cuenta de las diferencias encontradas en las investigaciones, ya que, en algunos casos, distintas poblaciones reciben los mismos nombres y, viceversa, dos poblaciones del mismo tipo son tratadas con nomenclatura diferente.

deriva de los datos provenientes de los estudios empíricos (HANKOFF, 1979). Por último, el tercer grupo de intentos de clasificación es el proveniente de la utilización de métodos estadísticos para obtener categorías (PAYKEL Y RASABBY, 1978).

Cada uno de estos intentos de clasificación se basan en dimensiones distintas. ELLIS (1988), en un intento de integrar las diversas orientaciones explicita las distintas dimensiones desde las que se puede considerar un fenómeno suicida. Estas dimensiones son las siguientes: la dimensión descriptiva, la dimensión situacional, la categoría psicológico-conductual y la teleológica.

La dimensión descriptiva especifica la naturaleza de la actividad suicida -suicidio, parasuicidio,...- así como aspectos tales como el método, la letalidad, etc. La dimensión situacional incluye información sobre las circunstancias que rodean el acto o pensamiento de suicidio. La dimensión psicológico-conductual representa el lazo mediacional entre los factores precipitantes y el hecho suicida. Por último, la dimensión teleológica se refiere al propósito o intención de la conducta suicida.

Además de estos conceptos, POKORNY (1986) propone cinco dimensiones que permiten calificar y conocer más objetivamente un acto suicida. Estas dimensiones son: certeza, letalidad, intención, circunstancias

atenuantes y método lesivo.

La certeza se refiere al grado de probabilidad de que una conducta particular sea o no suicida. La letalidad se refiere al peligro para la vida en el sentido médico o biológico [4]. La intención significa la seriedad o grado de sinceridad de el sujeto en su acción real o pensada en relación a acabar con su vida. Las circunstancias atenuantes incluyen aspectos como la edad, las enfermedades funcionales, etc, que podrían alterar la conciencia del paciente respecto a las consecuencias de su acción o que podrían potenciar temporalmente su propensión hacía la conducta autodestructiva. El método lesivo se refiere al modo en que la persona ha planeado o ha realizado el acto suicida.

Unido a la coexistencia de las distintas consideraciones y clasificaciones de los fenómenos suicidas, se presenta el dilema de la continuidad o no de las conductas suicidas. Ha habido varios estudios encaminados a probar las diferencias entre las distintas poblaciones suicidas (BRENT, PERPER et al., 1988) y entre las poblaciones suicidas y no suicidas (TRIOLO, McKENRY et al., 1984). VAN EGMOND Y DIEKSTRA (1989) han

---

[4] En función de la letalidad, los intentos de suicidio, se dividen en moderados y serios. PFEFFER (1986) nos ofrece la definición de cada uno de ellos, aplicada a la población infantil:

"... suicidio moderado es una acción autodestructiva que realmente no habría puesto en peligro la vida y no necesitó atención médica. Un intento serio es una acción autodestructiva que podría haber llevado a la muerte del niño y puede haber necesitado un cuidado médico intensivo." (PFEFFER, 1986: 21)

realizado un meta-análisis de estudios publicados a este respecto y han llegado a la conclusión general de que los sujetos con una mayor severidad de conducta suicida tienen o han tenido con anterioridad un mayor número de conductas suicidas, ya sean intentos o ideación, lo cual habla en favor de una continuidad de la conducta suicida:

> *"Tanto para los grupos de población psiquiátrica como para los de población no psiquiátrica, se encuentra que las variables "intentos de suicidio repetidos", "ideación suicida repetida" y "depresión" son significativamente más predominantes en aquellos que cometen suicidio." (VAN EGMOND Y DIEKSTRA, 1989: 48)*

> *"La idea suicida de ayer se convierte en una amenaza o en un intento de suicidio de hoy y en un suicidio consumado del mañana."(SHAFFII, CARRIGAN ET AL. (1985: 1064)*

Desde esta perspectiva, ROJAS (1978) habla de cinco estadios evolutivos que anteceden al acto suicida:

1. Estadio de la consideración de la posibilidad. En este momento se pasa del "sentirse culpable y triste" a "desear morir", del "desear morir" a "plantearse la búsqueda activa de la muerte".

2. Estadio de la ambivalencia. Se caracteriza por la indecisión y la lucha de tendencias hacia polos diferentes. Es el momento en el que son usuales los avisos de suicidio y, por tanto, de gran importancia para la prevención.

3. Estadio de las influencias informativas. Se distingue por una especial actitud del sujeto a captar todos los acontecimientos relacionados con el suicidio, autoagresiones, etc. ROJAS (1978) afirma que, en estas circunstancias, cualquier noticia puede desembocar en el cuarto estadio y en el acto mortal.

4. Fijación de la idea de suicidio. No es un paso obligado en la transición hacia el suicidio; se puede observar especialmente en aquellas depresiones muy profundas que han ido mejorando sin resolverse del todo.

5. Es la fase de decisión. En ella el enfermo ya ha calibrado en su mente los pros y los contras. Cuando ya ha adoptado la decisión de acabar con su vida, viene un período de preparación de cómo llevar a cabo el suicidio. Algunos enfermos viven este momento esperanzados y se produce una "mejoría" debido a una disminución de la ansiedad (aunque sea temporal). Cuando un sujeto con una depresión angustiosa y con previas ideas de suicidio mejora inexplicablemente, se debe pensar en la posibilidad de que el individuo haya empezado a planear su acción suicida.

No todos los suicidios e intentos de suicidio se pueden encasillar en los estadios anteriormente expuestos. ROJAS (1978) es de la opinión de que no se puede aplicar a muchas depresiones, especialmente a las más cercanas a lo endógeno.

SMITH (1990), EARLS Y JEMISON (1986) y FIRESTONE Y SEIDEN (1987), éstos últimos a través del concepto de "microsuicidio", se muestran, asimismo, a favor de la continuidad de la conducta suicida:

> *"Se puede asumir, sin embargo, que toda persona suicida tiene ideación suicida. La ideación suicida entre los niños de Educación Básica es rara y, según parece, predictiva de intento de suicidio. Entre los estudiantes de Enseñanzas Medias, la ideación suicida es mucho más común... Experiencia continuada ... indica que, entre los estudiantes de Enseñanzas Medias, la ideación suicida persistente es un buen predictor de riesgo, especialmente cuando se une a otros correlatos de alto riesgo como la propensión a la agresión o al aislamiento social, relación marital conflictiva por parte de los padres, pérdida y humillación reciente y, asi sucesivamente." (SMITH, 1990: 192-193)*

> *"Existe un continuo desde el humor depresivo, la enfermedad depresiva, la conducta autodestructiva y el suicidio." (EARLS Y JEMISON, 1986: 133)*

Las diferencias encontradas entre los sujetos con diferente grado de tendencia suicida dificultan la posibilidad de hacer una correspondencia absoluta entre ambos grupos de sujetos. Sus semejanzas hablan en favor de cierta continuidad entre los distintos niveles de tendencia autodestructiva.

En función de la ya mencionada continuidad de las tendencias autodestructivas defendida por muchos autores, a lo largo de este trabajo, los diferentes tipos de conductas suicidas se van a denominar indistintamente "conductas suicidas" o "autodestructivas". Del mismo modo, los sujetos que presentan distintos niveles de conducta suicida, desde la ideación hasta la

consumación, se van a denominar "suicidas" por contraposición a los "no suicidas". En el caso de comparaciones entre distintas poblaciones con diferentes comportamientos suicidas, se especifica concretamente.

Alrededor del concepto de suicidio giran una serie de "mitos" o concepciones erróneas creadas y alimentadas por la cultura y sociedad actual que obstaculizan tanto el avance del conocimiento científico sobre el tema como las labores de prevención (SHNEIDMAN, FARBEROW Y LITMAN, 1976). Estas son algunas de las concepciones erróneas más extendidas:

- La gente que comete suicidio siempre deja notas.

Esta idea puede potenciar el hecho de que muchos actos suicidas se califiquen como accidentes:

> *" ... de hecho, solo un pequeño porcentaje de aquellos que cometen suicidio dejan notas explicando porqué o diciendo que han acabado voluntariamente con su vida." (HAFEN Y FRANDSEN, 1986: 18)*

- La gente que comete suicidio es psicótica o enferma mental.

Si bien es cierto que el riesgo de suicidio aumenta si existe una psicosis o una enfermedad mental, personas deprimidas o "normales" en una situación desesperada pueden suicidarse.

- La gente que habla sobre el suicidio sólo trata de llamar la atención. La gente que realmente comete suicidio no habla de ello.

"Este es probablemente el error más desafortunado de todos. Ocho de cada diez personas que se suicidan ofrecen señales de aviso de sus intenciones. Los dos restantes normalmente muestran algunas pistas a nivel verbal. Casi nadie se suicida sin comunicar previamente a otra persona cómo se siente. Una persona que habla de suicidarse o que amenaza con suicidarse está pidiendo ayuda -quiere que se le dé una opción tal que le lleve a no suicidarse." (HAFEN Y FRANDSEN, 1986: 19)

- Si alguien ha decidido suicidarse, no hay nada que hacer para detenerlo.

"La mayoría de los suicidios se pueden evitar... Los expertos han identificado una ambivalencia entre la gente suicida -quieren morir pero también quieren vivir. (HAFEN Y FRANDSEN, 1986: 19)

"La mayoría están buscando una razón para vivir. Las crisis suicidas son normalmente bastante breves." (CURRAN, 1987: 140)

- Una persona que ha sido suicida una vez, es suicida para siempre.

"La mayoría de la gente que quiere suicidarse es suicida solamente por un periodo de tiempo. Muchos pueden llevar vidas normales una vez que la crisis suicida se ha superado. El mejor pronóstico ocurre cuando la persona piensa en el suicidio pero no lo llega a intentar." (HAFEN Y FRANDSEN, 1986: 20)

- Si una persona sobrevive a un intento de suicidio, probablemente no lo volverá a intentar.

"... cuatro de cada cinco personas que se suicidan, han realizado anteriormente, al menos, un intento." (HAFEN Y FRANDSEN, 1986: 20)

- La mejora después de una crisis suicida significa que el riesgo de suicidio ha pasado.

"... La mayoría de los suicidios ocurren durante los tres meses siguientes a una aparente mejoría de un estado depresivo severo."(HAFEN Y FRANDSEN, 1986: 20)

- El suicidio es hereditario.

"Algunos investigadores han empezado a considerar que el suicidio pueden tener algunos lazos genéticos. Estas investigaciones están en un estado incipiente y todavía no se han obtenido conclusiones." (HAFEN Y FRANDSEN, 1986)

- El método de suicidio más común es la sobredosis.

La sobredosis es un método menos letal que otros como un disparo, o tirarse de una altura. Por tanto está más asociado a intento de suicidio.

- La mayoría de los suicidios ocurren por la noche.

Dado que muchas personas suicidas no quieren morir sino que

intentan pedir ayuda a través del acto suicida, realizan la acción durante el día para poder ser descubiertos. Las personas que realmente tienen intención de morir son las más propensas a realizar el acto por la noche, cuando hay menos probabilidades de intervención por parte de los familiares o amigos.

- Los niños no cometen suicidio, especialmente por debajo de los 15 años.

Los estudios de PFEFFER (1986) muestran claramente que esta idea es errónea y que algunos niños cometen acciones autodestructivas diversas.

- Todo el mundo que se suicida está deprimido.

Como se explica más adelante en el apartado dedicado a la relación de la depresión con el suicidio, la depresión es un factor importante en la explicación del suicidio pero no siempre es la causa.

- La gente que se suicida raramente acude en busca de ayuda médica.

> *"Se estima que la mitad de las personas que se suicidan han buscado asistencia médica en los seis meses anteriores al suicidio." (HAFEN Y FRANDSEN, 1986: 25)*

Aquí radica la importancia que los médicos generales tienen en

la detección y prevención del suicidio.

- Las personas con enfermedad terminal son más propensas a cometer suicidio.

Hay que admitir que el conocimiento de que se padece una enfermedad terminal puede llevar al suicidio. No obstante, las personas con enfermedad terminal no son tan propensas al suicidio como las personas con una enfermedad crónica (HAFEN Y FRANDSEN, 1986: 21).

- Hablar con una persona deprimida sobre suicidio puede empujarlo al suicidio.

"Al contrario, hablar sobre ello es esencial para la medición y la prevención." (CURRAN, 1987: 141)

- Las personas que están acudiendo a un psiquiatra (psicólogo o consejero) raramente se suicidan.

"La terapia no puede siempre prevenir el suicidio. Al adolescente suicida puede ocurrirle muchas cosas fuera de la terapia que están más allá del control del terapeuta." (CURRAN, 1987: 141)

- La medición del riesgo de suicidio es algo que se debería dejar en manos de los profesionales de la salud.

"Ya que no hay profesionales de la salud mental expertos en suicidio en cada colegio, hogar, o esquina, no podemos dejar todo el trabajo a ellos." (CURRAN, 1987: 141)

La corrección de esta idea preconcebida supondría un importante paso en favor de la prevención, ya que el alcance para la detección de individuos de riesgo aumentaría sobremanera.

Relacionado más específicamente con el suicidio adolescente hay que añadir un mito que referido a este grupo de edad:

- La adolescencia es una período libre de problemas.

"Muchos adultos no se dan cuenta de los problemas y ambivalencias de la adolescencia, y esta falta de sensibilidad ha causado una gran cantidad de sentimiento de alienación entre la gente joven. (RAY Y JOHNSON, 1983: 131)

DOMINO (1990a) comprueba que, en la actualidad, se está dando un paso adelante en este campo en favor de la corrección de estas concepciones erróneas, las cuales son ahora menos frecuentes.

En definitiva, cuando hablamos de conducta suicida nos referimos a un problema poco conocido por la población y alrededor del cual giran importantes concepciones erróneas que dificultan la prevención.

I.2.- CUESTIONES METODOLOGICAS EN TORNO AL ESTUDIO DEL SUICIDIO

El abordaje teórico-práctico del suicidio supone una serie de dificultades metodológicas que afectan tanto a la investigación como a la práctica clínica.

I.2.1.- DIFICULTADES METODOLOGICAS EN LA INVESTIGACION

La investigación del suicidio se ve afectada por una serie de dificultades metodológicas que son inherentes a las peculiaridades del tema. Por otra parte, los estudios sobre suicidio se han visto rodeados de ciertas limitaciones que deben, en la medida de lo posible, superarse poco a poco.

Se ha comentado anteriormente que la definición y clasificación de las conductas suicidas es el primer problema con el que se encuentran los investigadores. Una integración de las diversas dimensiones del fenómeno suicida puede suponer una posible vía de solución.

Una de las limitaciones inherentes al tema de estudio se refiere

a la muestra. La decisión de clasificar a un individuo como suicida [5] se realiza después de su muerte y a través de una serie de inferencias. Por lo tanto, la investigación del suicidio se encuentra con la insalvable dificultad de no poder estudiar a la población afectada de modo directo. En efecto, el colectivo afectado lo es con posterioridad a su muerte.

La necesidad de inferir la presencia o no de un suicidio enlaza con la problemática del empleo de los datos provenientes de las estadísticas oficiales de suicidios. La diferente valoración social y la calificación moral que recibe el acto de suicidio en diferentes países es una de las variables que afecta a la validez y fiabilidad de dichos registros oficiales y que puede dar razón, en parte del mayor o menor porcentaje de suicidios en un lugar que en otro. Las dificultades técnicas y burocráticas son otra de las causas posibles de las diferencias en tasas de suicidio entre distintas zonas [6].

La utilización de los datos demográficos para la predicción del suicidio conlleva una serie de problemas que obligan a manejar con cierta cautela y suspicacia dichos datos (DIGGORY, 1986). El primero de los problemas reza que la fácil accesibilidad de los datos demográficos sobre

---

[5] En esta ocasión nos referimos a la persona muerta por suicidio o suicida propiamente dicha.

[6] Las dificultades del empleo de la estadística oficial en el estudio del suicidio están recogidas más extensamente en el apartado que trata sobre el enfoque sociológico en la investigación del suicidio.

suicidio puede deteriorar nuestras actitudes, en el sentido de hacernos creer expertos en el tema con tan sólo conocer algunos de estos datos, e impedir la realización de los esfuerzos, todavía necesarios, para poder predecir el suicidio de un individuo.

El segundo de los problemas apuntado por DIGGORY (1986) es que los datos demográficos pueden no ser relevantes en el problema de la predicción de la conducta del individuo. Si acaso son relevantes, explican una fracción muy pequeña de la varianza entre suicidas y no suicidas.

El tercer problema de la utilización de los datos demográficos en la predicción del suicidio es que, frecuentemente se toman como verdades eternas sin darnos cuenta de que son muy variables y que, incluso una de las características más estables, puede variar de un año a otro.

Por último, el cuarto problema señalado al respecto de los datos demográficos es la evidencia empírica de que se dan repetidos fracasos al tratar de replicar observaciones basadas en este tipo de datos. Esto puede indicar bien la invalidez de los datos demográficos, bien el insuficiente conocimiento sobre ellos por parte de los investigadores (DIGGORY, 1986).

Sin embargo, HOLINGER et al. (1988) defienden la utilidad predictiva de las variables demográficas en función de la observación de que

los aumentos y descensos en la tasa de suicidios en EEUU corresponden a los aumentos y descensos de la proporción de adolescentes en la población respectivamente.

Debido a los distintos condicionantes sociales, los registros de suicidio y de intentos de suicidio son menores que el número real. En todo caso, el suicidio es un fenómeno raro, poco común que ofrece para su estudio pocos datos y poca densidad de población, en relación a otros eventos más extendidos.

El suicidio, además de ser un fenómeno poco común, es un fenómeno "único" (MOTTO, 1989), en el sentido de que cada sujeto posee unos indicadores de riesgo propios y personales. En este sentido, la experiencia clínica debe complementarse con un conocimiento profundo de la persona:

> *"El obstáculo básico en la medición del riesgo de suicidio es la unicidad de cada individuo considerado." (MOTTO, 1989: 130)*

Como consecuencia de la ineludible desaparición de la población, el estudio del suicidio debe realizarse a través de métodos indirectos. El método de los residuales y el método de los sujetos sustitutos son dos alternativas para salvar este problema (NEURINGER, 1974). El método de los residuales es de naturaleza retrospectiva y consiste en utilizar los efectos personales de la persona, como pueden ser las mismas notas de suicidio, como pistas para

conocer su estado cuando estaba vivo (SCHWARTZ Y JACOBS, 1984). La distorsión observacional y el desconocimiento de la validez de dichos residuales son algunas de las debilidades de este método.

El método de los sujetos sustitutos consiste en utilizar individuos vivos como representantes de las personas muertas por suicidio. En la base de este método está la convicción de que las personas que amenazan o que intentan suicidarse son idénticas a las personas suicidas. Está asunción es cuestionable ya que, aunque muchas personas que intentan suicidarse al final lo consiguen, otras no llegan nunca a realizar un intento verdaderamente letal. En este sentido, los sujetos que han sido salvados de un intento de suicidio grave, con alta letalidad e intención, serían los más apropiados para ser equiparados con los suicidas.

En todo caso, el empleo de personas que han intentado suicidarse para investigar a las personas muertas por suicidio conlleva una serie de problemas de control a tener en cuenta. En primer lugar, un intento de suicidio produce un efecto en el sujeto actor del hecho. Así, se habla de que el intento tiene un efecto catártico que cambia la organización psicológica del individuo. Por otra parte la intervención terapéutica y los efectos de la hospitalización pueden haber cambiado al sujeto de estudio.

El desarrollo de los métodos residuales ha dado lugar a la

denominada "autopsia psicológica", una estrategia diseñada a base de entrevistas para conocer las circunstancias sociales y psicológicas asociadas a la muerte de la persona. Es, por tanto, un estudio retrospectivo que aumenta su fiabilidad y validez con el empleo de grupos de control no suicidas.

BRENT (1989) ofrece unas interesantes consideraciones metodológicas para el estudio de adolescentes a través de la autopsia psicológica, que son aplicables a otros grupos de población. Un aspecto a tener en cuenta es la elección del informante, que en el caso de adolescentes suelen ser los padres, amigos y profesores. El modo de acercamiento a los informantes debe ser fluido intentando no culpabilizar y siendo flexible en el diseño de la entrevista. Respecto al tiempo de realización de la entrevista, ésta no debe realizarse durante el período inmediato a la muerte ni tampoco dejar pasar tanto tiempo que se pueda deteriorar el recuerdo.

El estado emocional de la persona entrevistada y su tipo de relación con el finado, pueden interferir en cierta medida en los datos obtenidos. En este sentido, es importante contrastar e integrar diversas fuertes de información.

Una elección adecuada del grupo de comparación permite conocer qué características diferencian al grupo suicida del grupo control. Así si se compara el grupo de suicidas con un grupo de personas similares en

características sociodemográficas que ha intentado suicidarse, se pueden conocer los factores de riesgo de suicidio. No obstante, hay que tener en cuenta la ineludible asimetría de los informadores:

> *"Una victima de suicidio no puede ser entrevistada, mientras que una persona que ha intentado suicidarse puede ser una fuente de información muy rica." (BRENT, 1989: 51)*

En lo que se refiere a los aspectos a incluir en una entrevista dirigida a realizar una autopsia psicológica, BRENT (1989) propone tener en cuenta las circunstancias de la muerte en sí, exposición o no a una conducta suicida, disponibilidad de agentes letales, así como la psicopatología y la historia familiar de desórdenes psiquiátricos y de suicidio.

En definitiva, una adecuada realización de la autopsia psicológica que integre sus datos con los datos obtenidos a través de otros métodos de investigación es un método bastante preciso para conocer las características de la persona suicida y las circunstancias de la muerte.

Cualquier estudio de suicidio tiene la finalidad última de la predicción. Sin embargo, la valoración de la validez predictiva de un pronóstico no puede hacerse, por razones ética y humanitarias, simplemente comprobando si el final predicho se cumple o no. Más bien al contrario, una vez pronosticada una alta probabilidad de conducta suicida, el clínico o investigador debe intentar

precisamente que no se cumplan los pronósticos. De este modo, la medición de la validez predictiva se hace harto complicada (NEURINGER, 1974; ZUBIN, 1986).

Han proliferado las escalas que miden el riesgo de suicidio (BRAUCHT Y WILSON, 1970; PALLIS, BARRACLOUGH et al., 1982; PALLIS et al., 1984; MOTTO et al., 1985; ZUNG, 1986), entendiendo por riesgo de suicidio una predicción de la probabilidad de suicidio (LITMAN, FARBEROW et al., 1986: 142) o del intento, según el objetivo del instrumento. Las escalas vienen constituidas por una lista de variables que cubren áreas de datos demográficos, historia previa, ajuste social y diagnóstico psiquiátrico y psicopatológico. Las puntuaciones de riesgo individual se obtienen por la totalidad de los items presentes en el sujeto, pudiendo tener las variables un peso diferente. Normalmente la identificación de variables predictivas se basa en las comparaciones entre dos grupos que se distinguen por la ausencia o presencia del criterio a predecir (suicidio, intento de suicidio o ambos).

El valor de una escala de riesgo viene dado por dos aspectos: la sensibilidad y la especificidad de la predicción:

> *"La sensibilidad se define normalmente como la relación entre los positivos predichos correctamente y el total de positivos. La especificidad significa la relación entre los negativos predichos correctamente y los negativos totales." (BÜRK et al. (1985)*

Las dos medidas se comportan recíprocamente. Si se decide identificar un máximo de suicidios o intentos futuros se debe tener en cuenta la existencia de un gran número de falsos positivos, esto es, de sujetos identificados como suicidas que no se van a mostrar como tales. Si, por el contrario, se desea tener un mínimo de falsos positivos, se va a fallar en la detección de muchos suicidios e intentos. Esta es una limitación que ocurre con los fenómenos poco frecuentes. En este sentido, para que una escala tenga utilidad práctica debería ser un compromiso entre los dos extremos (BÜRK et al., 1985).

MOTTO Y HEILBRON (1976: 169-170) recogen y resumen las dificultades inherentes a las escalas de estimación de riesgo de suicidio. Entre ellas citan en primer lugar, la gran cantidad de variables desconocidas indefinidas e incontrolables que contribuyen a la aparición de la conducta suicida; en segundo lugar, la mencionada relativa baja frecuencia del suicidio, incluso en una población conocida como "alto riesgo"; en tercer lugar, las limitaciones ya expuestas de usar el suicidio consumado como un criterio de validación, sin tener en cuenta los efectos de los esfuerzos de intervención dirigidos hacia los sujetos de alto riesgo; en cuarto lugar, los autores citan como dificultad de las escalas de predicción, las diferencias en ellas según los subgrupos específicos de población en función de la edad, sexo, raza, nivel cultural, etc [7]. Por último, se señala la necesidad de muestras muy amplias,

[7] Estas diferencias se deben a que las variables de riesgo varían entre un grupo y otro.

de diseños prospectivos, de grupos control y de largos períodos de seguimiento para explorar un amplio rango de variables potenciales así como para obtener un número de conductas suicidas lo suficientemente grande como para analizar estadísticamente sus diferencias.

ROTHERAM-BORUS (1989: 117) añade algunas dificultades más a las ya mencionadas por otros autores al respecto de la utilización y elaboración de escalas de medición del riesgo de suicidio. A saber, la existencia de varios modelos o subtipos de modelos suicidas en diferentes individuos y los cambios en el nivel de tendencia suicida en función del estado emocional del momento.

BURK et al. (1985) realizan una revisión de las escalas existentes y concluyen que las escalas de riesgo suicida bien construidas pueden identificar personas con una alta probabilidad de suicidio futuro. Aunque la exactitud de la predicción no es satisfactoria desde el punto de vista estadístico, las escalas de riesgo pueden ser útiles en la práctica clínica. Esto es, pueden ser un instrumento útil para detectar riesgo de suicidio si no se emplean como única fuente de decisión:

> *"El uso de escalas es cuando más un complemento para el juicio clínico."*
> *(MOTTO, 1989:134)*

STELMACHERS Y SHERMAN (1990: 75) llegan a la misma

conclusión respecto a la utilización de viñetas de casos para la medición del riesgo de suicidio.

ROTHERAM-BORUS (1987: 106) distingue la predicción del riesgo de suicidio y la predicción del peligro inminente de suicidio. La evaluación del riesgo de suicidio puede usarse para detectar en la sociedad a los potencialmente suicidas ayudándose de datos sociodemográfios y psicológicos más estables en tanto que la medición del peligro inminente de suicidio sólo puede hacerse en proximidad al acto a través de juicios clínicos del estado mental del sujeto.

Los condicionantes sociales asociados al suicidio lo hacen, en ocasiones, difícil de estudiar de una forma prospectiva o actual. Así, la detección de los pensamientos de suicidio actuales en una persona está impedida o dificultada por las tendencias de deseabilidad social. Garantizar el anonimato y la confidencialidad sirve para subsanar este problema, y permiten hablar a favor de la aplicación de cuestionarios para la detección de información sobre conducta suicida (HARKAVY Y ASNIS, in press).

Además de los problemas inherentes al tema del suicidio, muchas investigaciones han añadido problemas a través de diseños de investigación poco rigurosos. Uno de los problemas más extendidos en los estudios realizados sobre el suicidio se refiere a la ausencia de grupo control

comparativo. Así, se ha hablado de una serie de características de la población suicida sin tener en cuenta si el resto de la población compartía o no esta cualidad (SHAFII et al., 1985).

La escasa validez y fiabilidad de algunas de las pruebas de medida utilizadas para la predicción y medición de las distintas variables es otro de los fallos metodológicos que se ha venido cometiendo en la investigación del suicidio (BROWN Y SHERAN, 1972).

Además de la ya mencionada falta de consenso en lo que se refiere a la definición de las distintas conductas suicidas, las variaciones en las definiciones de las mismas variables en los distintos estudios y la escasa utilización de los diseños prospectivos son algunas de las razones argüidas por VAN EGMOND Y DIEKSTRA (1989) para explicar el escaso avance del conocimiento en el área del suicidio después de tantos años de investigación.

PFEFFER (1989) recoge los cinco componentes que deben estar incluidos en todo diseño de investigación de estudios sobre suicidio juvenil. A saber, una definición y medida de la severidad de la conducta suicida; la descripción de la muestra estudiada, en tanto características sociodemográficas; uso apropiado de sujetos de comparación, uso de medidas estandarizadas para la recogida de datos y, por último, una información de las limitaciones del diseño de investigación.

I.2.2.- DIFICULTADES METODOLOGICAS EN LA PRACTICA CLINICA

En la práctica clínica, la exploración del pensamiento de suicidio no sólo tiene una labor diagnóstica sino que también tiene un potencial preventivo, de ahí la gran importancia de su detección. KACHUR (1989) expone seis barreras potenciales que pueden dificultar al clínico y a las personas relacionadas con el sujeto potencialmente suicida el detectar tal tendencia autodestructiva.

La primera barrera es considerar que la persona no tiene la fuerza suficiente como para hablar de un tema tan doloroso para él como es la posibilidad de acabar con su vida y/o el pensar que se le puede estar sugiriendo la idea de suicidarse si se habla de ello. La segunda se refiere a la consideración de que la persona es lo suficientemente fuerte como para no suicidarse, incluso en un estado de mucha desesperación. El hecho de que sea mucha gente la que haya pensado o piense en el suicidio y sean pocas personas las que lo lleven a cabo fortalece esta barrera. La tercera y cuarta barreras se relacionan con el miedo, por parte del clínico, a ser rechazado, tanto por la propia persona a la que consideramos potencialmente suicida como por los compañeros. La quinta barrera se refiere al miedo a ser "sobrepasado", esto es a no saber qué hacer y cómo actuar en el caso de que se confirmen las dudas referidas al potencial suicida de la persona en cuestión. Por último, el miedo a interferir en la

intimidad de la persona, en su derecho de decidir sobre su vida, constituye la sexta barrera que puede obstaculizar la detección de la actual ideación suicida de una persona.

Si el paciente y el clínico viven en ambientes distintos, habría que añadir a las barreras antes mencionadas las diferencias en los sistemas de valores que dificultan la comprensión y la empatía (MOTTO, 1989).

A tenor de lo expuesto en este apartado se debe reconocer que el suicidio es un tema difícil de estudiar con unos problemas metodológicos inherentes e insalvables y ciertas barreras que dificultan el tratamiento clínico del problema. La pérdida de los sujetos de estudio, la escasez de la población, la necesidad de inferencia retrospectiva y la utilización de sujetos sustitutos, son sólo algunos de ellos . La realización de investigaciones con diseños metodológicos rigurosos se hace necesaria para lograr un mayor avance en el conocimiento del tema que nos ocupa. La definición clara y precisa del objeto del estudio, la utilización de grupos de control adecuados, la elección de instrumentos de medición fiables y validos combinados, el planteamiento de un mayor número de estudios prospectivos son algunos de los pasos necesarios en esta dirección.

I.3.- TEORIAS EXPLICATIVAS DEL SUICIDIO

Han existido, en términos generales, dos vertientes tradicionales en el estudio del suicidio: la social y la individual. La primera orientación explica la conducta autodestructiva desde la influencia de los factores sociales en la persona y la segunda considera el suicidio desde las características personales del individuo. En la primera orientación se incluyen los enfoques sociológicos, que han utilizado la estadística como instrumento primordial en el estudio del suicidio. Dentro de la segunda se presentan las distintas explicaciones psiquiátricas, psicológicas y las psicoanalíticas, cuya metodología de aproximación al tema ha sido principal y tradicionalmente el "estudio de caso".

Se han venido realizando diversos intentos reales de aunar ambas tendencias, procurando, por un lado, explicar el suicidio como una conducta en la que confluyen tanto factores personales como sociales y compartiendo, por otro, diferentes enfoques metodológicos, de forma que numerosos estudios realizados desde la psiquiatría -por ejemplo, desde la epidemiología- utilizan diferentes aproximaciones estadísticas y, a la inversa, investigaciones "sociológicas" se han llevado y se llevan a cabo utilizando métodos tales como el análisis de contenido de las notas suicidas, entrevistas con personas cercanas a la víctima, etc.

La exposición que sigue a continuación puede pecar de artificial, ya que se presentan enfoques interdisciplinares según el ámbito del que provienen cuando, en realidad, deberían aparecer unidos por las similitudes que presentan. La razón principal para la elección de este modo de presentación de teorías es la claridad. Se intenta, no obstante, reflejar las conexiones entre los distintos acercamientos al suicidio que se han venido produciendo a través del tiempo.

Se considera importante para la presente investigación, ofrecer una panorámica de los aspectos más relevantes ofrecidos por los autores que más implicaciones han tenido y tienen en el tema del suicidio. Sin embargo, dado que este trabajo mantiene una perspectiva fundamentalmente psicosocial, las aportaciones presentadas por otras disciplinas serán expuestas en la forma y medida en que son interesantes para el trabajo que aquí se explica.

En los apartados siguientes se van a presentar las diferentes teorías explicativas clásicas del suicidio:

1. El suicidio desde el ámbito sociológico
2. El suicidio desde la perspectiva psiquiátrica
3. El suicidio desde la perspectiva psicológica

I.3.1.- EL SUICIDIO DESDE EL AMBITO SOCIOLOGICO

La vertiente sociológica explica el suicidio como producto de, o determinado por, un conjunto de aspectos de la sociedad, sus estructuras y características. El representante más importante y clásico de esta orientación es DURKHEIM, ya que su teoría ha influido y sigue influyendo en las diferentes derivaciones que se han realizado y se realizan sobre el suicidio. En este apartado se intenta sintetizar no sólo la teoría de este "pionero" en el estudio científico sociológico del suicidio sino también las principales derivaciones teóricas y metodológicas de la aportación durkheimiana que sitúan en lo social el principal factor determinante explicativo de la muerte voluntaria.

Emilio DURKHEIM (1858-1917) en su libro "El Suicidio" (1965) [8] establece un modelo para la investigación sociológica del suicidio . Su obra constituye uno de los "clásicos" en la comprensión de la conducta autodestructiva. Una de sus más importantes contribuciones ha sido estimular posteriores investigaciones y discusiones sobre dicho área.

DURKHEIM aborda el suicidio desde una perspectiva etiológica, tomando como objeto de estudio la tasa de suicidios y no el suicidio individual. DURKHEIM entiende por "Tasa de suicidios":

---

[8] La obra original "Le Suicide" fue publicada en 1897.

"... la razón entre la cifra global de muertes voluntarias y la población de cualquier edad y sexo." (DURKHEIM, 1965:17)

"... toda sociedad está predispuesta a suministrar un contingente determinado de muertes voluntarias. Esta predisposición puede, por tanto, ser objeto de un estudio especial que incumbe a la sociología..." (DURKHEIM, 1965: 20).

El propósito de DURKHEIM en su obra es investigar las condiciones de las que depende la tasa social de suicidio, y no centrarse en las condiciones que pueden intervenir en la génesis de cada suicidio en particular [9], ya que éstas últimas no pueden explicar una tendencia de la sociedad como un todo hacia el suicidio.

DURKHEIM delimita el concepto de suicidio para evitar exclusiones o inclusiones erróneas y, de este modo, poder obtener unos registros de las tasas de suicidio lo más válidas y fiables posible:

"... se llama suicidio todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado. La tentativa es ese mismo acto, pero interrumpido antes de que sobrevenga la muerte." (DURKHEIM, 1965: 14)

Una vez definido el concepto -suicidio- y el objeto de estudio -

[9] Según DURKHEIM, el estudio del suicidio individual correspondería a otras perspectivas tales como la psiquiatría o la psicología.

tasa de suicidios-, el autor analiza los diferentes factores que podrían influir en la tasa de suicidios. Establece dos grandes grupos: el primero hace referencia a los factores extrasociales y el segundo a los sociales, a raíz de los cuales establece la clasificación de los suicidios.

I.3.1.1.- FACTORES EXTRASOCIALES DEL SUICIDIO

DURKHEIM estudia dos tipos de causas extrasociales como posibles determinantes de la tasa de suicidios (T.S): las disposiciones orgánico-psíquicas y la naturaleza del medio físico. Incluye la imitación, como un factor psicológico al que se ha atribuido importancia en la génesis de los fenómenos sociales en general y del suicidio en particular.

En el grupo de las disposiciones orgánico-psíquicas se incluyen dos tipos de variables, las que corresponden a los estados psicopáticos y las que se refieren a estados psicológicos normales, la raza y/o la herencia. En todos los casos va a negar que estos aspectos puedan determinar decisivamente la tasa de suicidios.

En lo que se refiere a las enfermedades mentales el autor concluye que ...

"... no existe ningún estado psicopático que mantenga una relación regular e incontrastable con el suicidio. No porque una sociedad contenga

mayor o menor cantidad de enfermos mentales o de alcohólicos, se dan en ella más o menos suicidas." (DURKHEIM, 1965: 50)

DURKHEIM admite que los estados psicopáticos son un terreno propicio para que actúen las causas de suicidio, pero no son una causa en sí mismos. El autor opina que, en las mismas circunstancias, una persona con problemas psicopatológicos se suicida con más probabilidad que un individuo "sano". No se mata, entonces, por su estado psíquico sino por otros factores [10]

La opinión de DURKHEIM al respecto de los estados psicológicos normales no difiere de la anterior. La constitución del ser humano -incluyendo la raza [11] y el componente hereditario- no determina el suicidio, sino que son las circunstancias sociales las que influyen y explican dicha conducta.

Dentro de las variables del medio físico, DURKHEIM incluye factores a los que se les ha atribuido cierta influencia "suicidógena": el clima y la temperatura estacional.

---

[10] Como se podrá comprobar en adelante, éste va a ser el principal punto de crítica de los defensores de la teoría psiquiátrica, los cuales afirman una clara relación entre ciertas patologías mentales y el suicidio.

[11] Se han realizado diversos estudios en los que se relaciona la raza con el número de suicidios -Véase, entre otros MANIAM (1988); RALEIGH et al. (1990); LEVY (1965); LESTER (1990).

Al igual que en el apartado anterior, el autor niega la posibilidad de explicar la tasa de suicidios desde la acción fundamental de estos factores. Las variaciones en la misma no se deben a aspectos "climatológicos" sino más bien a los cambios que se dan en la vida social en las diferentes estaciones y períodos del año.

> *"Pero no es el medio físico lo que estimula -la tasa de suicidios- directamente, al menos no es el factor que afecta al curso de los suicidios. Este depende de condiciones sociales." (DURKHEIM, 1965: 86)*

Varios autores han estudiado la influencia de estos factores en la tasa de suicidios. Así, NAIHA (1982) en su estudio sobre la incidencia de los suicidios en diferentes momentos del año sugiere la misma explicación que DURKHEIM. No así MEARES et al. (1981) quienes afirman que las fluctuaciones estacionales encontradas por DURKHEIM parecen estar disminuyendo y, en algunos casos desapareciendo.

POKORNY et al. (1963) no encuentran ninguna relación significativa entre diversas variables, mes o estación del año y la tasa de suicidios o intentos de suicidios. El psiquiatra LOPEZ IBOR, por su parte, ofrece una visión biologista del aumento de suicidios que tienen lugar en otoño:

> *"Con la menor intensidad de los rayos del sol desciende lógicamente el nivel de melotonina, una sustancia que ... nos otorga más ganas de vivir." (en EL INDEPENDIENTE 5-11-1990: 23).*

Al referirse a la imitación como otro posible factor explicativo, DURKHEIM acota muy restrictivamente el término definiéndolo como sigue:

> *"Hay imitación cuando un acto tiene por antecedente inmediato la representación de un acto semejante, previamente realizado por otros, sin que entre dicha representación y la realización se intercale ninguna operación intelectual, explícita o implícita, que se imprima sobre los caracteres intrínsecos del acto reproducido." (DURKHEIM, 1965: 92)*

Niega, de esta manera, el efecto mediador de la imitación y el contagio. En su opinión, el suicidio es contagioso de individuo a individuo, pero la imitación no influye hasta el punto de afectar a la tasa social de suicidios:

> *"Puede, sin duda dar nacimiento a casos individuales más o menos numerosos, pero no contribuye a determinar la desigual inclinación que arrastra las diferentes sociedades ... La irradiación que de ella resulta es siempre muy limitada y, además, intermitente. Cuando alcanza cierto grado de intensidad, siempre es por muy poco tiempo... Y es que reducida a sus propias fuerzas, la imitación no puede influir en el suicidio." (DURKHEIM, 1965: 102)* [12]

---

[12] El desarrollo de teorías posteriores (BANDURA, 1984) y la realización de numerosos estudios (STACK, 1987;BOLLEN Y PHILLIPS, 1982; KESSLER, 1984... critican y cuestionan el concepto de imitación mantenido por DURKHEIM, así como el papel atribuido a su influencia en suicidio.

I.3.1.2.- CAUSAS SOCIALES DE SUICIDIO

Una vez que DURKHEIM cree probado que para cada grupo social existe una tendencia específica al suicidio no explicada por ninguno de los factores presentados hasta ahora [13], llega a la conclusión de que esta tendencia debe depender, por eliminación, de causas sociales y que constituye un fenómeno colectivo.

DURKHEIM clasifica los tipos sociales de suicidio desde las causas que los producen. Estamos, entonces, ante una clasificación etiológica.

A - SUICIDIO EGOISTA

> *"Pero la sociedad no puede desintegrarse, sin que en igual medida el individuo se desprenda de la vida social, sin que sus propios fines devengan preponderantes sobre los fines comunes... Luego, si convenimos en llamar "egoísmo" a ese estado en el que el yo individual se afirma con exceso frente al yo social y a expensas de este último, podremos dar el nombre de egoísta al tipo de suicidio resultante de esta individuación desmesurada."(DURKHEIM, 1965: 164-165)*

Con estas palabras define el autor el suicidio egoísta a la vez que explicita la causa que lo provoca.

---

[13] Estos factores son, como se ha explicado la constitución orgánico-psíquica de los individuos, la naturaleza del medio físico y la imitación en sí misma.

DURKHEIM presenta tres grupos sociales de los que forma parte el individuo y en los que se ve concretado, cómo la tasa de suicidios es función de la integración de dichos grupos. Estos tres grupos sociales son las organizaciones religiosas, la familia y las sociedades políticas.

Respecto al primer grupo social, esto es, las vivencias y creencias religiosas, el examen que hace el autor de la tasa de suicidio de diferentes países deja patente que los protestantes aportan muchos más suicidios que los fieles de los restantes cultos. Siendo así - diría DURKHEIM- que la diferencia esencial entre el catolicismo y el protestantismo consiste en que el segundo admite el libre examen en proporción mucho mayor que el primero, llegamos a concluir que la superioridad del protestantismo desde el punto de vista del suicidio, proviene de que se trata de una iglesia integrada con menos fuerza que la iglesia católica.

El papel que la religión ejerce sobre el suicidio desde la teoría Durkheimiana se puede resumir en dos afirmaciones. La primera reza que cuando la religión se desorganiza aparece la necesidad de instruirse, lo que explica el hecho de que el suicidio progrese con la ciencia. La segunda asegura que la religión ejerce sobre el suicidio una acción profiláctica que no se debe a las formulaciones morales sobre el mismo sino a que la religión es una sociedad, constituida por la existencia de unas creencias y prácticas comunes, de la que el individuo forma parte. Cuanto más fuertemente integrada está la

comunidad religiosa más capacidad preservativa tiene sobre el suicidio.

La relación entre la religión y el suicidio desde el enfoque de la teoría del suicidio egoísta ha propiciado gran número de estudios posteriores que han pretendido replicarla y adaptarla al momento histórico actual. Entre los estudios que apoyan tanto la teoría del suicidio egoísta como las variables de integración social se puede presentar el trabajo de BREAULT (1986), que interpreta el concepto de "integración social" de DURKHEIM como referido a la magnitud e intensidad de los lazos y conexiones con la gente; estudia la tasa de divorcios como indicador de la integración familiar [14]. Tiene en cuenta, además, la variable "cambio de la población" como indicador general de la integración social [15]. Los resultados de su estudio indican que la pertenencia a una iglesia y la tasa de divorcio son los más fuertes determinantes de la tasa de suicidio dentro de un grupo de variables que incluyen indicadores de cambio social y económico [16].

---

[14] La familia como grupo social a estudiar en el apartado del suicidio egoísta será explicado en el punto siguiente.

[15] HOLINGER Y OFFER (1982) utilizan esta variable en su estudio y encuentran una correlación positiva entre la tasa de suicidio adolescente, cambios en la población adolescente y cambios en la proporción de adolescentes en la población de U.S.A. No niegan la posibilidad de que la relación establecida entre ellos sea espúrea pero, aunque así fuera, es un hallazgo importante con vistas a la predicción.

[16] En su estudio se confirma que los católicos cometen suicidio menos frecuentemente que los no católicos, aunque sería conveniente más investigación sobre esta relación.

Entre los autores que defienden la teoría de la integración social del suicidio pero no las variables elegidas para su constatación empírica se sitúan POPE Y DANIGELIS (1981) junto con BANKSTON et al. (1983) quienes no confirman la influencia de la pertenencia al catolicismo como moderador de la tasa de suicidio. En sus propias palabras:

> *"Aunque la afirmación específica de DURKHEIM acerca del efecto directo del catolicismo sobre la religión deba ser rechazada, no debería llegarse a la conclusión de que la perspectiva teórica general no es válida. Es difícil explicar nuestros hallazgos sin recurrir a la lógica de su teoría de la integración del suicidio. Pero, parece que el concepto de integración social debe incluir no solo el vínculo del individuo a la institución, sino también el de la integración sistemática de las instituciones." (BANKSTON et al., 1983: 526).*

McANARNEY (1979) se plantea la incidencia que la religión puede tener en el suicidio adolescente afirmando que se ha dado un descenso en el grado de participación de este grupo de edad en las ceremonias religiosas a la vez que muchos de ellos eligen separarse de las creencias de sus padres en un intento de buscar su propia identidad. Esta transición de un sistema de creencias a "ninguno" hace a los adolescentes particularmente vulnerables al aislamiento de los otros, fuente de cuidado y apoyo.

En lo que se refiere al segundo grupo social, la **familia**, DURKHEIM, de la observación de los datos referidos a tasa de suicidio en los diferentes años y países, deduce que el matrimonio ejerce una acción preservativa sobre el suicidio, aunque ésta es limitada y sobre un solo sexo. El

factor esencial de la inmunidad de las personas casadas no es la comunidad conyugal sino la familia, la cual preserva del suicidio en mayor proporción cuanto mayor sea la participación efectiva y continuada de sus miembros en la vida del grupo doméstico, es decir, cuanto más fuertemente constituida se halle.

Gran cantidad de investigaciones posteriores en el campo de la epidemiología psiquiátrica y de la psicología (McANARNEY, 1979; GARFINKEL et al., 1982; GUILLON, BRUNOD Y GALLET, 1987; KIENHORST, WILDE et al., 1990, etc) han comprobado que la integración familiar afecta la tasa de suicidios en los adolescentes y en los adultos, siendo mayor el número de suicidios en los individuos cuya infancia transcurrió en "hogares rotos" debido a separación de los padres, divorcio, muerte, etc.

Por último, respecto a las sociedades políticas, DURKHEIM encuentra una tendencia a la disminución de la tasa de suicidios en momentos de conmociones políticas y /o sociales. El autor explica este hecho afirmando:

> *"... las grandes conmociones sociales, así como las guerras populares avivan los sentimientos colectivos, estimulan tanto el espíritu de partido como el patriotismo, la fe política como la fe nacional, concentrando las actividades hacia un mismo fin, determinan, al menos por un tiempo, una integración más fuerte de la sociedad. " (DURKHEIM, 1965: 164)*

Las crisis obligan a los individuos a unirse para luchar contra

ellas, lo que conlleva que el individuo piense menos en sí mismo y más en la causa común.

B - SUICIDIO ALTRUISTA

En el apartado anterior hemos visto cómo el individuo se suicida cuando está desligado de la sociedad, en función de la desintegración de ésta. También lo hace cuando está integrado demasiado fuertemente en ella y la personalidad individual cuenta muy poco. Se ha usado el término "altruismo" para expresar precisamente este estado:

> *"... el yo no se pertenece, se confunde con otra cosa que no es él, el polo de su conducta está situado fuera de él , esto es, en uno de los grupos de que forma parte." (DURKHEIM, 1965: 174)*

El acto fatal de autodestrucción que sobreviene como consecuencia de este estado se denomina "suicidio altruista". El autor establece tres tipos de suicidio altruista. A saber, el obligatorio, el facultativo y el agudo:

- El suicidio altruista **obligatorio**, aquel llevado a cabo por el individuo como un deber.

- En el suicidio altruista **facultativo**, en el que la sociedad no obliga

explícitamente a ello pero mantiene una opinión favorable al mismo.

- El suicidio altruista agudo tiene lugar cuando el individuo lo realiza porque el hecho en sí, como acto de renunciamiento, es digno de reconocimiento y alabanza.

Este tipo de suicidio no está muy extendido en nuestra sociedad actual, ya que la potenciación de determinados valores relacionados con el individualismo hacen que la persona se sienta menos "obligada" a ciertas acciones por el hecho de que éstas sean valoradas socialmente [17].

C - SUICIDIO ANOMICO

Para DURKHEIM la sociedad no es sólo una instancia a la que el individuo pertenece y a la que se integra en diferente medida sino que es también un poder superior que regula los sentimientos y actividad de los individuos. Entre la manera de ejercer esta acción reguladora y la tasa de suicidios existe una relación. Para comprobar esta hipótesis DURKHEIM va a centrarse en dos aspectos de la vida social: las crisis económicas y el divorcio.

El propio autor afirma que:

---

[17] En nuestros días se puede perfilar la existencia de este tipo de suicidio en los llamados "pilotos suicidas" o "kamikaze" de guerra, que realizan determinadas operaciones de ataque que implican su muerte, por defender "la causa" (patriótica, militar, religiosa...).

> *"... si las crisis económicas o financieras aumentan los suicidios no es porque empobrezcan, ya que las crisis de prosperidad producen el mismo resultado; es porque son crisis, es decir, perturbaciones del orden colectivo. Toda ruptura de equilibrio, aún cuando resulte de ella un mayor bienestar y un aumento de la vitalidad general, impulsa a la muerte voluntaria." (DURKHEIM, 1965: 195).*

Siguiendo a DURKHEIM, el hombre, en su condición de ser humano, presenta necesidades y deseos ilimitados que van más allá de la satisfacción de las necesidades instintivas y fisiológicas. Esta persecución de algo inaccesible lleva al hombre a un estado continuo de desencanto. Sólo la sociedad puede desempeñar un papel moderador de los apetitos humanos, porque es, en palabras de DURKHEIM:

> *"... el único poder moral superior al individuo y cuya superioridad es aceptada por éste." (DURKHEIM, 1965: 199)*

De este modo el hombre se da cuenta de hasta dónde puede llegar el límite de sus aspiraciones y no aspira más allá de dicho límite. Esto ayuda a que los hombres se contenten con su situación y busquen mejorarla, pero con moderación. Cuando la sociedad está perturbada por transformaciones demasiado repentinas, no es capaz de ejercer su acción reguladora -anomía- y el individuo vuelve a perder los puntos de referencia. El suicidio derivado de este estado se denomina "suicidio anómico". Siendo así que la anomía se encuentra en estado crónico en el mundo del comercio y de la industria, constituye, en nuestras sociedades modernas, un factor regular y específico de

suicidio que incide en la tasa anual.

El suicidio anómico como consecuencia de la anomía doméstica se puede constatar en el inicio de un estado de viudedad, debido a la muerte de uno de los cónyuges y, sobre todo, en el divorcio.

En función del número de divorcios y de la tasa de suicidios, el autor establece una ley que afirma que el matrimonio favorece tanto más a la mujer desde el punto de vista del suicidio cuanto más se practica el divorcio y viceversa. Esto quiere decir, en primer lugar, que son los esposos los que más contribuyen al aumento del número de suicidios allí donde los divorcios son más frecuentes, mientras que las mujeres se suicidan menos. Implica, en segundo lugar que la institución misma del divorcio, debido a la acción que ejerce sobre el matrimonio, determina el suicidio.

La explicación de estos hechos ofrecida por DURKHEIM es paralela a la explicación del suicidio como consecuencia de crisis económicas o sociales: el matrimonio ejerce sobre el hombre una delimitación de sus instintos físicos ilimitados al establecer que debe consagrarse a una sola mujer. Es la regulación de una instancia superior -el matrimonio- la que le proporciona el equilibrio moral producto del establecimiento de dichos límites. El divorcio conlleva un debilitamiento de la reglamentación matrimonial -anomía- que lleva al divorciado a una situación similar a la de soltero, también en el número de

suicidios.

El suicidio anómico se asemeja al suicidio egoísta en el hecho de que ambos se deben a que la sociedad no está suficientemente presente en los individuos. En el suicidio egoísta falta la actividad propiamente colectiva; en el suicidio anómico la actividad está desorganizada y no hay un freno que regule las emociones. Ambas circunstancias pueden ir paralelas o en distinta dirección. Esto es, pueden darse grupos que presenten alta regulación e integración, grupos con baja integración y regulación, otros con alta integración y baja regulación, y grupos con baja integración y alta regulación.

Una de las aplicaciones de la teoría del suicidio anómico al estudio del suicidio adolescente es el desarrollado por WENZ (1979), que pretende estudiar la asociación entre la anomia familiar, el status económico y la propensión a la conducta suicida. La anomía familiar es operativizada en dos variables: la ausencia de normas y la ausencia de poder o autoridad. Los resultados muestran entre los suicidas una mayor ausencia de normas en la familia. Los adolescentes suicidas potenciales tienden a formar parte de estructuras familiares de bajo nivel económico caracterizadas por un alto grado de desorientación de normas familiares y culturales [18]. Así mismo, aparecen

---

[18] El autor interpreta estos resultados diciendo que los intentos de suicidio adolescentes pueden verse como una función de la imposibilidad del adolescente de adaptarse a orientaciones normativas incompatibles. La ausencia de normas se desarrolla cuando los padres presentan al niño modelos de conducta contradictorios entre sí. Esto puede crear conflictos intrapsíquicos que llevan al adolescente a apoyarse en conductas inadaptadas en momentos de crisis.

diferencias en lo que se refiere a la ausencia de poder o impotencia [19]. Estos resultados llevan al autor a defender que la anomía familiar ayuda a explicar el mal funcionamiento de los sujetos, siendo la conducta suicida adolescente una posible forma, aunque extrema, de reaccionar a la anomía familiar.

D - SUICIDIO FATALISTA

Es el tipo de suicidio opuesto al suicidio anómico. Se deriva de una regulación excesiva, del fuerte bloqueo del futuro de los individuos y de la acción de sofocar pasiones violentamente mediante una disciplina opresiva. DURKHEIM no concede demasiada importancia a este tipo de conducta autodestructiva porque lo considera poco frecuente en la sociedad actual.

PECK (1980-81) defiende la eficacia del modelo fatalista explicativo del suicidio, sobre todo en la población joven. El compromiso con determinadas metas y las restricciones para su consecución que son ajenas al individuo y de las que no siente poder de control [20], como el fracaso en las relaciones interpersonales y en las aspiraciones económicas, junto con la

---

[19] Esta variable es entendida como la creencia del respondente de que el curso de la vida está controlado por fuerzas o eventos externos a él y que están más allá de su propio control. Es consecuencia de una ausencia de acuerdo en las normas entre los miembros de la familia y forma, junto con dicha ausencia de normas, la anomía familiar.

[20] Este modelo de explicación enlaza con lo que se explicará más adelante referente al "Locus of Control", como un recurso de afrontamiento del sujeto.

incapacidad de redefinir la situación por parte del individuo, son factores importantes del suicidio fatalista.

Una vez explicados los tipos de suicidios y los elementos sociales que influyen en ellos, se puede sintetizar, a modo de conclusión la teoría del suicidio de DURKHEIM estableciendo ciertos puntos básicos de la misma.

Dado que el suicidio, al igual que otros actos morales, se reproduce con uniformidad a lo largo de tiempo se deduce, según el autor, que depende de una realidad exterior al individuo: la sociedad. La sociedad, como colectividad, es una entidad diferente a la suma de individuos y la conciencia social o representaciones sociales son de naturaleza distinta a las representaciones individuales, y se rigen por sus propias leyes distintas a las de la psicología individual. Los factores individuales pueden simplemente ayudar a determinar los casos particulares en que se encarna la corriente social, pero no pueden dar razón de la tasa de suicidios de una sociedad.

Partiendo de la proposición de que los hechos sociales son objetivos y aprehensibles por el método sociológico, el elemento de análisis de este tema es la tasa de suicidios y el instrumento de estudio la estadística [21].

---

[21] MORSELLI (1903 -Versión original en 1879) coincide con DURKHEIM en la defensa de la estadística como método de acercamiento al estudio científico del suicidio es, aunque reconoce las limitaciones del uso de las estadísticas oficiales y la imposibilidad de llegar, por este método, a conocer las motivaciones individuales de suicidio. DURKHEIM da un paso más y

En toda idea moral se combinan en proporciones variables según las sociedades, el egoísmo, el altruismo y cierta anomía, que inclinan al hombre en tres direcciones divergentes. Cuando se rompe el equilibrio y una de ellos sobrepasa a los demás, al individualizarse, se convierte en "suicidógeno".

La fuerza colectiva que empuja al hombre a suicidarse le afecta paulatinamente. En igualdad de condiciones se hace más accesible a ella a medida que avanza la edad. Por ello se producen los suicidios en capas sucesivas de generaciones. El propio autor condensa su teoría en estos términos:

> *"... cada sociedad humana tiene para el suicidio una actitud más o menos pronunciada ... cada grupo social tiene... una inclinación colectiva que le es propia y de la que derivan las inclinaciones individuales... Lo que la constituye son esas corrientes de egoísmo, de altruismo, o de anomía ... Estas tendencias de la colectividad son las que, penetrando en los individuos, los determinan a matarse. En cuanto a los acontecimientos privados que pasan generalmente por ser las causas próximas del suicidio, no tienen otra acción que la que les prestan las disposiciones morales de la víctima, eco del estado moral de la sociedad. Para explicarse su desapego por la existencia el sujeto culpa de ello a las circunstancias que lo rodean más inmediatamente... no hay nada que no pueda servir de causa ocasional del suicidio. Todo depende de la intensidad con que las causas suicidógenas han obrado sobre el individuo." (DURKHEIM, 1965: 241)*

La consecuencia práctica más importante que el autor deriva de su teoría es que sólo hay una entidad que pueda cumplir la función de

---

desarrolla esta técnica para dar apoyo a una explicación sociológica sistemática de las diferentes tasas de suicidio.

moderador de la tasa de suicidios y ésta es la corporación o el grupo profesional, ya que es una asociación compuesta por individuos que se dedican a los mismos trabajos y tienen intereses solidarios, y ejerce su función de modo continuado. Para que ejerza esta influencia debe estar organizada de modo que sea reconocido y definido por la vida pública. Sería una descentralización que no rompería la vida en común. Con ello se conseguiría combatir el suicidio egoísta y el anómico, ya que el individuo se sentiría integrado, formando parte de una sociedad que a la vez regula sus acciones.

Con respecto al suicidio anómico de origen doméstico el autor afirma que cuando desaparezca la diferencia entre sexos, es decir, cuando ambos participen por igual en la vida social, el matrimonio y su indisolubilidad beneficiará tanto a hombres como a mujeres.

En resumen, DURKHEIM propone una explicación social de la tasa de suicidios. Dicha tasa está potenciada por una falta o un exceso de integración y/o regulación en la sociedad. Los factores individuales no pueden dar cuenta de la propensión de una colectividad al suicidio sino que solamente pueden explicar la concreción de dicha tendencia suicida social en casos individuales.

Una vez establecidos los aspectos más importantes de la teoría de DURKHEIM sobre el suicidio, como el representante central del enfoque

sociológico en el estudio del tema que nos ocupa, es conveniente hacer un esbozo de los desarrollos posteriores de dicha perspectiva.

Durante el siglo XIX y hasta mediados del XX los tratados y estudios de suicidio se centran en su mayoría dentro de la polémica mantenida entre los defensores de las causas sociales del suicidio y los partidarios de explicarlo desde causas individuales, especialmente desde la enfermedad mental. A partir de este momento las aportaciones interdisciplinares se han hecho más numerosas. En lo que se refiere al ámbito de la sociología, la mayoría de los trabajos han añadido poco o nada significativo a la teoría de DURKHEIM, a excepción de algunos autores, que han matizado el trabajo de DURKHEIM principalmente en dos aspectos:

- Teórico-conceptual
- Metodológico [22]

I.3.1.4. - MATIZACIONES CONCEPTUALES A LA TEORIA DE DURKHEIM

En cuanto a las matizaciones conceptuales realizadas a la teoría de DURKHEIM, además de la inclusión de factores individuales en la explicación del suicidio, el aspecto más discutido es el de "integración social". La

[22] En cada uno de estos apartados se van a incluir diferentes aportaciones al tema, aunque algunas de las incluidas en el campo teórico-conceptual tienen vinculaciones en el ámbito metodológico y algunas matizaciones metodológicas tienen diversas implicaciones teóricas. Se mantiene la división en aras de una mayor claridad.

adaptación del mismo a los avances teóricos y el intento de que se convierta en un aspecto medible y cuantificable han marcado la mayoría de las aportaciones. Entre los autores que se han decantado por estas opciones se citan los siguientes: MAURICE HALBWACHS (1930), HENRY Y SHORT (1957), GIBBS Y MARTIN (1964), GIDDENS (1966), Y PESCOSOLIDO Y GEORGIANA (1989).

Además de una mayor complejidad en los métodos estadísticos empleados en el estudio (HALBWACHS, 1930), los seguidores de DURKHEIM en la investigación sociológica del suicidio suponen una apertura a la consideración de los motivos individuales, además de la valoración de los aspectos sociales:

> *"Cuando uno revisa los diversos motivos específicos de suicidio percibe que, si los hombres se suicidan es siempre como consecuencia de un evento o bajo la influencia de una condición que proviene de fuera o de dentro (de su cuerpo o mente), la cual les separa o excluye de su ambiente social y les coloca en un insoportable sentimiento de soledad. Pero éste es también el efecto que un hombre experimenta cuando, como apunta Durkheim, deja de estar integrado en uno de los grupos que son la espina dorsal de la sociedad. No hay diferencia esencial entre lo que llama motivos y causas... No hay razón para excluir unos y retener otros." (HALBWACHS, 1930: 34)*

Los factores individuales se toman en ocasiones de la teoría psicoanalítica a través de los conceptos de agresión y frustración, pasando, de esta forma, a considerar factores psicológicos en el estudio del suicidio (HENRY Y SHORT, 1957). Los factores psicológicos y sociales se articulan a través del

concepto de "restricción externa".

La conducta de una persona envuelta en una relación social está sujeta a un mayor grado de restricción externa horizontal que la conducta de la persona no envuelta en una relación social. Las personas que mantienen roles de "subordinados" tienen más "restricción externa vertical" que las personas con roles sociales de "superiores".

Tanto el suicidio como el homicidio son actos de agresión y ambos aumentan al aumentar la frustración. Cuando la prohibición externa es fuerte, "los otros" son percibidos como fuente de frustración y la consecuente agresión se dirige a ellos (homicidio). Cuando la prohibición externa es débil, el sí mismo es percibido como fuente de frustración y la agresión se dirige a uno mismo (suicidio). Así por ejemplo, tanto las personas de alto status como las personas aisladas de relaciones significativas son más propensas a culparse a sí mismas y a cometer suicidio cuando aparece la frustración, ya que su conducta es relativamente independiente de las demandas y expectativas de otros (HENRY Y SHORT, 1957).

GIDDENS (1966) lleva más allá la incorporación de aspectos psicológicos al estudio del suicidio intentando aunar las aportaciones teóricas de las tradiciones sociológica y psicológica en una tipología de suicidio.

El autor retoma, por un lado, los tipos denominados "suicidio egoísta" y "suicidio anómico" de DURKHEIM y, por otro, los dos tipos que aparecen implícitamente en la teoría psicoanalítica: el provocado por la vergüenza y el provocado por la culpa.

La explicación "psicosocial" que GIDDENS presenta del suicidio es como sigue:

> *"La gran variedad de condiciones sociales que distinguió Durkheim (egoísmo/anomia) influye como causa de suicidio de dos formas: por medio de la organización de relaciones en la familia y otras instancias que modelan el desarrollo de la personalidad, y más "directamente" por medio de la influencia de la posición social del individuo suicida potencial." (GIDDENS, 1966: 106)*

Establece dos clases de conducta suicida siguiendo la terminología durkheimiana: el suicidio egoísta y el suicidio anómico.

En el caso del suicidio egoísta, la situación estructural "egoísta" lleva al aislamiento del individuo de los lazos relacionales con las demás personas. Sin embargo, las personas no son sólo un reflejo de las fuerzas sociales, sino que son parte activa en la creación de sus propios ambientes sociales (ver Gráfico I.1). En el caso que nos ocupa es interesante remarcar que la personalidad depresiva se caracteriza por la presencia de sentimientos introvertidos, por la incapacidad de formar vinculaciones estables con los demás y, por la extrema dependencia en una relación establecida.

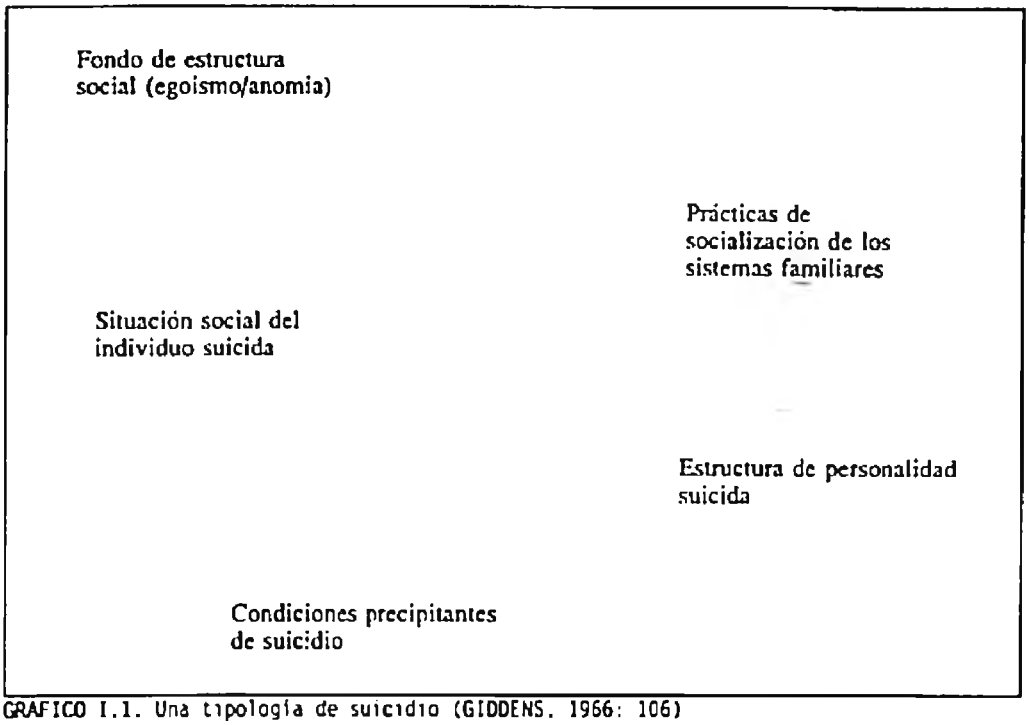

GRAFICO I.1. Una tipología de suicidio (GIDDENS, 1966: 106)

El punto de unión entre los factores sociales y psicológicos en este tipo de suicidio viene dado por:

> *"... un empuje recíproco al aislamiento del individuo de las relaciones significativas para él y de las que es altamente dependiente"; el suicidio egoista sería, entonces, "un intento expiatorio de o un llamamiento para reintegrarse en una relación o un grupo." (GIDDENS, 1966: 108-109).*

Para el suicidio anómico, se mantiene el mismo esquema explicativo que para el caso anterior. Defiende que la anomía, como condición socio-estructural, provoca una discrepancia entre las normas sociales y los fines y aspiraciones que tiene el individuo. Cuanto mayor sea el grado en que el individuo está envuelto en un sistema social que le fije claramente las metas

realizables, hay menor probabilidad de que exista una discrepancia patológica entre las aspiraciones del Yo ideal y las ejecuciones del Yo real.

El punto de unión entre los factores sociales y psicológicos viene determinado por un empuje conjunto a la separación del individuo de fines definidos y realizables que le posibilitan a relacionarse con la vida de un modo significativo. El suicidio anómico representa:

> *"... un intento de efectuar un cambio de identidad, una transformación del sí mismo y, como consecuencia un escape de una situación sin sentido." (GIDDENS, 1966: 113)*

A pesar de que esta tipología mantiene una excesiva generalidad y es difícil comprobarla empíricamente, GIDDENS plantea un aspecto importante en el estudio de la conducta suicida: la diferente etiología del intento de suicidio con respecto al suicidio consumado. No sería el primero un fracaso del segundo sino un comportamiento con entidad propia, ligado a unas condiciones estructurales poco integradas en individuos muy dependientes de las relaciones sociales. La muerte por suicidio se relaciona más con las condiciones de anomía y de desajuste entre el ideal que el individuo tiene de sí mismo y lo que es en realidad.

Además de la incorporación de aspectos individuales al estudio del suicidio, los investigadores sociales han trabajado, como se ha comentado,

con el objetivo de hacer de la integración social un aspecto medible. Ya DURKHEIM lo relacionaba con la fuerza de los lazos que el individuo establece con la sociedad, pero este aspecto no es medible, como tampoco lo es el de integración social. Para solucionar este inconveniente GIBBS y MARTIN (1964) equiparan la fuerza de los lazos sociales al grado en que las relaciones del individuo con la sociedad son estables y duraderas:

> *"La tasa de suicidio de una población varía en dirección inversa al grado de integración de status en esa población." (GIBBS Y MARTIN, 1964: 77-78)*

Los propios GIBBS Y MARTIN afirman que su teoría mantiene un alto grado de abstracción y no presenta conceptos que sean medibles en la actualidad. No obstante, relaciona dos fenómenos -la tasa de suicidios y la integración de status- características susceptibles de medición y observación, que el avance del conocimiento podrá permitir estudiar empíricamente.

PESCOSOLIDO y GEORGIANNA (1989) realizan una reinterpretación de la teoría de DURKHEIM al respecto de la religión como aspecto social integrador desde la perspectiva de "las redes sociales". Justifican dicha reinterpretación por el hecho de que:

> *"... la noción de la importancia de la integración social en la comprensión del suicidio corresponde al punto de partida de la teoría de las redes: La naturaleza de las relaciones sociales (o de la estructura social) influye en las actitudes, creencias y conductas de los individuos." (PESCOSOLIDO*

y GEORGIANA, 1989: 39)

La orientación de las redes sociales, que pertenece al campo sociológico, queda definida de este modo:

> *"El análisis de las redes es una aproximación al estudio de la estructura social que centra su atención en las relaciones entre las personas más que en los atributos de los mismos o de los miembros de sus grupos. Las características de la aproximación son su esfuerzo para tratar explícitamente y directamente el concepto de estructura social y sus intentos de construir modelos y métodos, que podrían ser falsificados, para describir la estructura social y responder cuestiones sobre sus causas y consecuencias." (MARDSEN Y LIN, 1982: 10)*

Esta orientación intenta describir problemas tan complejos como la manera en que las acciones individuales crean estructura social, la manera en que la estructura social, una vez creada, restringe las acciones individuales y colectivas, y la manera en que las actitudes y conductas de los personas están determinadas por el contexto social en el que la acción tiene lugar.

PESCOSOLIDO Y GEORGIANA (1989) desde la perspectiva de las redes sociales añaden tres proposiciones teóricas a la teoría de DURKHEIM. La primera se refiere a la habilidad de las "redes religiosas" de proporcionar energía y apoyo emocional al individuo en momentos difíciles. La segunda afirma que las "redes sociales" no tienen sólo una función integradora -o habilidad de ofrecer apoyo emocional y social- sino también una función

reguladora [23] -ofreciendo guías para la acción a través de consejos y modelado de conductas-, las cuales pueden actuar en la misma dirección o en distinta. El tercer apartado teórico afirma que las funciones y estructuras de las redes sociales son necesarias pero no suficientes para la explicación de cuándo ocurren los suicidios, ya que estas redes operan en un contexto cultural mayor que puede facilitar o inhibir la aceptación de normas culturales y creencias generales.

Tras un análisis de los cambios sociales acaecidos a finales del siglo XIX, el papel de la religión se especifica del siguiente modo:

> *"La instancia antimodernista católica y sus redes organizacionales de escuelas, hospitales y clubes sociales proveen una base de pertenencia a unas redes continuas y fuertes y, como consecuencia, una fuente continua de consuelo y guía." (PESCOSOLIDO y GEORGIANNA 1989: 45).*

En resumen, las matizaciones conceptuales que se han venido haciendo a la teoría del suicidio de DURKHEIM suponen, en su mayoría, un enriquecimiento de las hipótesis originales, basadas exclusivamente en términos sociales, con conceptos "individuales" y un intento de convertir el concepto de integración social en un aspecto cuantificable. Así por ejemplo, HALBWACHS (1930) admite la existencia de "motivos individuales" para

---

[23] Con la perspectiva de las "redes sociales" se hace posible relacionar la religión no sólo con el suicidio egoísta (por su papel integrador) sino también con el suicidio anómico (por su función reguladora).

suicidarse; HENRY Y SHORT (1957) incluyen la agresión y la frustración para explicar el homicidio y el suicidio; GIDDENS (1966) propone una tipología psicosocial del suicidio. GIBBS Y MARTIN (1964), a través del concepto de integración de status y PESCOSOLIDO Y GEORGIANA (1989), con el enfoque de las redes sociales, hacen su aportación en favor de la medición del concepto de integración social.

I.3.1.5.- CUESTIONES METODOLOGICAS AL ESTUDIO DE DURKHEIM SOBRE LA TASA DE SUICIDIOS

En cuanto a las cuestiones metododológicas que se han hecho, se recogen aquí las que se ha imputado al uso de "las estadísticas oficiales de suicidio", como base de las conclusiones teóricas no sólo de DURKHEIM sino también de numerosos autores posteriores, que toman estos datos sin cuestionarse demasiado su fiabilidad y validez.

Como afirma ATKINSON (1968), para determinar si se usan o no las estadísticas oficiales en las investigaciones sociológicas se requieren dos decisiones separadas. La primera decisión se refiere a la aceptación o rechazo de las categorías oficiales como indicadores válidos de los conceptos teóricos. La segunda tiene relación con la exactitud de dichos datos. De hecho, muchos investigadores han minimizado estos problemas y han aceptado el uso de los datos oficiales para sus estudios sin tener en cuenta sus limitaciones en cuanto a validez y fiabilidad.

El problema relacionado con la validez de los registros tiene que ver con la calificación de un acto como suicida. DOUGLAS (1966) enfatiza lo que denomina "el significado social del suicidio" afirmando que lo que hace que una muerte sea suicidio o no, está en función de lo que socialmente se considera como tal. De tal modo que los jueces, médicos forenses y demás personal encargado de los registros no hacen sino reflejar lo que la sociedad entiende por suicidio, de modo que es más probable que califiquen de suicida la muerte de un enfermo mental o de una persona socialmente aislada que la de una persona "sana" [24]. Esta afirmación enlaza con el segundo problema a considerar; a saber, la exactitud de los datos registrados.

En lo que se refiere a la fiabilidad de los datos oficiales, numerosos autores [25] opinan que el número de suicidios registrado está muy por debajo del número real, pero que la diferencia no es la misma ni se mantiene constante para todos los colectivos, países, épocas etc, lo cual dificulta sobremanera las comparaciones entre las distintas tasas de suicidio. Las razones aducidas para explicar este hecho son, entre otras, el encubrimiento para evitar una "mala calificación social" de los allegados al suicida -sobre todo si éste contaba con alto "prestigio social"- (ESTRUCH y

---

[24] KREITMAN (1988) ha visto en DOUGLAS un pionero de lo que hoy se llama "constructivismo social", ya que acentúa el hecho de que en las definiciones los hechos humanos no se descubren sino que se construyen.

[25] Por citar algunos, ATKINSON, 1968; ESTRUCH y CARDUS, 1982; ALLEN, 1977; GIST y WELCH, 1989 y CURRAN, 1987.

CARDUS, 1982); la intervención de una gran pluralidad de personas en la certificación de la clase de muerte, con lo que los posibles errores se multiplican y, por último, la dificultad en sí misma de distinguir determinados suicidios de homicidios, muertes naturales y, sobre todo, accidentes.

Sin embargo, no todos los autores cuestionan la fiabilidad y la validez del uso de las estadísticas oficiales. Así, LESTER (1992) afirma que las tasas de muerte registradas como suicidio, como causa determinada y debidas a algún tipo específico de accidentes, no están significativamente asociadas. Ello le lleva a concluir que las diferencias en las tasas de suicidio entre los distintos países no se debe a encubrimiento de suicidio como "muerte indeterminada" o "accidente". De hecho, la adicción de la tasa de muertes indeterminadas y una porción de la tasa de muertes por accidente a la tasa de muerte por suicidio no produce un gran cambio en el ranking relativo de tasa nacional de muerte por suicidio entre los distintos países.

Consideración aparte merecen los registros de "intentos de suicidio" en los que el encubrimiento es mucho mayor que en el caso de los suicidios consumados, ya que muchos de ellos ni siquiera son atendidos en centros hospitalarios y, además, la propia víctima puede "inventar" la explicación de sus lesiones. Es de esperar que la preocupación por la valoración social de su acto y de su persona sea mayor en el individuo que sobrevive que en el individuo que fallece a consecuencia de dicha acción.

En lo que se refiere a los suicidios e intentos suicidas adolescentes, CURRAN (1987) encuentra que están registrados en menor medida que los mismos actos en los adultos. Presenta tres posibles razones explicativas de este hecho. La primera es que la familia, especialmente los padres, tienen motivos más poderosos para encubrir la conducta suicida del adolescente que los que tienen la familia y vecinos de un adulto. La segunda razón, relacionada con la primera, es que existe cierto miedo por parte de los padres o tutores del adolescente a que se les impute cierta responsabilidad en el acto. La tercera posible justificación lo constituye el hecho de que el suicidio adolescente, a diferencia de los actos suicidas de otros grupos de edad, ofrecen al adulto mas posibilidades de ser interpretado como accidente, debido a su modo de presentación y apariencia [26].

El conocimiento de ciertas limitaciones en los datos oficiales de suicidio no debe llevar a la conclusión de la inconveniencia de su utilización. Bien al contrario, debe llevar a la convicción, por un lado, de que los datos no deben ser considerados incuestionablemente exactos y por otro, de que su valor puede verse aumentado con el uso de datos provenientes de otras fuentes que acentúen los aspectos cualitativos. Esto subsanaría otro importante inconveniente del uso exclusivo de los registros oficiales como únicos datos a explicar: el agrupar bajo un mismo término conductas

---

[26] GIST y WELCH (1989) han probado que un factor importante que ha incidido en el aumento actual de la tasa de suicidios es la mayor exactitud en la determinación de suicidio en muertes equívocas por arma de fuego.

individuales muy variadas, determinadas por muy distintos motivos y situaciones.

En conclusión, la perspectiva social del suicidio, representada en su forma más pura por DURKHEIM, defiende que la tasa de suicidios de que da cuenta una sociedad determinada se explica por factores sociales tales como la falta o exceso de integración y/o regulación. La crítica más importante que se puede hacer a esta perspectiva se refiere a los datos sobre los que se basan las conclusiones. En este sentido, las diferencias en la tasa de suicidio de una sociedad a otra puede no deberse tanto a las diferentes características de ambas sociedades sino a diferentes criterios y rigurosidad en la catalogación de una muerte como suicidio.

Por otra parte, la perspectiva social más pura deja sin explicar el porqué en una misma sociedad se suicidan unos individuos y no otros. La valoración de los factores individuales que permitan entender, en cada sociedad, qué personas son más vulnerables al suicidio favorece hacer de la prevención del suicidio un objetivo concreto y palpable y no una mera abstracción teórica.

En lo expuesto hasta aquí respecto a la orientación social de la explicación del suicidio se ha podido constatar la tendencia a considerar otros aspectos además de los meramente macrosociales como factores de

explicación del suicidio. Así, por ejemplo, hay autores que tienen en cuenta sentimientos individuales, tales como la vergüenza y la culpa (HENRY Y SHORT, 1957) y aspectos del entorno social inmediato (GIDDENS, 1966).

I.3.3.- EL SUICIDIO DESDE LA PERSPECTIVA PSIQUIATRICA

Dentro de la perspectiva psiquiátrica, el suicidio se ha considerado principalmente desde dos orientaciones, la clásica y la epidemiológica.

I.3.3.1.- ORIENTACION PSIQUIATRICA CLASICA

La orientación psiquiátrica clásica explica el suicidio desde el concepto de enfermedad mental; esto es, desde una perspectiva individual y patológica. La versión más radical nos dirá que el suicidio es de hecho, una enfermedad mental, mientras que la versión más moderada tenderá a ver el suicidio como una consecuencia de la enfermedad mental (ESTRUCH Y CARDUS, 1982).

En el origen de este concepto de suicidio relacionado con la enfermedad mental se encuentra ESQUIROL (1838), cuyas ideas han sido recogidas por varios autores. Algunos de estos autores califican a ESQUIROL

de moderado, en tanto que otros lo incluyen dentro del grupo de los radicales. EVANS Y FARBEROW (1988), por ejemplo, consideran a ESQUIROL como moderado:

> *"... mantenia que el suicidio era casi siempre un síntoma de enfermedad, pero admitió que no era una enfermedad por sí. Enfatizó factores hereditarios, así como la necesidad de tener en cuenta la disposición del individuo. Pertenece, según estas palabras a la versión moderada de la teoría psiquiátrica." (EVANS Y FARBEROW, 1988: 111).*

En cambio, ESTRUCH Y CARDUS (1982) califican a ESQUIROL de radical y le adjudican la frase que dice:

> *"... el hombre no se suicida sino en estado de delirio, de tal modo que todo suicida es un alienado." (ESTRUCH Y CARDUS, 1982: 51)*

BERRIOS Y MOHANNA (1990:5) afirman que la visión de ESQUIROL ha sido radicalizada por sus seguidores y "acotada" por DURKHEIM en sus críticas hacia él. Recogen una cita del autor en cuestión en la que se constata que

> *"... el suicidio muestra todas las características de la alienación mental de la que éste es sólo un síntoma." (ESQUIROL, 1838: 639)*

Uno de los representantes más reduccionistas de esta teoría es ACHILLE-DELMAS (1932), quien defiende que todos los suicidios son

patológicos, ligados a trastornos constitucionales orgánicos. ROJAS (1978:8) resume los puntos básicos de la teoría de ACHILLE-DELMAS en los siguientes:

- Todo suicidio implica una enfermedad mental.

- El suicidio es un síntoma y no una enfermedad; es un síntoma ligado a constituciones psicopáticas, ocupando un papel principal la constitución ciclotímica, seguida de la hiperemotiva.

- El suicidio está ligado a la ansiedad "orgánica", considerando este trastorno del humor de origen biológico y que se encuentra después de las distintas enfermedades mentales.

Como se ha comentado anteriomente, BERRIOS Y MOHANNA (1990) defienden que DURKHEIM ofreció una visión sesgada de las ideas psiquiátricas del siglo XIX sobre el suicidio, planteando un absolutismo que no fue tanto. Hay que admitir que autores como CAZAUVIEILH (1840) - quien afirma que el suicidio es la resultante de algún desorden de pensamiento, del afecto o de la voluntad- y BOURDIN (1845) -cuya visión es que el suicidio siempre es una "monomanía" y que la consideración no patológica del mismo se debe a una observación incompleta- pueden considerarse absolutistas ; no así ESQUIROL (1838) , BRIERRE DE BOISMONT (1856), LISLE (1856) y BERTRAND (1857) quienes sostienen una versión no tan absolutamente

alienista.

Más recientemente, LADAME (1987) opina que todas las tentativas suicidas adolescentes se asocian a una patología:

> *"Yo no he conocido una tentativa de suicidio de un adolescente que no esté anclada en una psicopatología..." (LADAME, 1987: 6)*

En la actualidad, algunos autores mantienen la determinación biológica de la conducta suicida, en función de los niveles de ciertos neurotransmisores y de otro tipo de disfunciones orgánicas.

La perspectiva biológica del suicidio defiende que existen ciertas anormalidades biológicas entre los individuos suicidas. Así, por ejemplo, WINCHEL Y STANLEY (1991) sugieren que la conducta autolesiva y autodestructiva puede estar relacionada con una disfunción en la regulación de la serotonina. No obstante, ellos mismos reconocen que los resultados de las investigaciones no son concluyentes. De hecho, la mayoría de las investigaciones realizadas desde esta perspectiva se refiere a la depresión y no específicamente al suicidio. Esto quiere decir que existe una teoría biológica explicativa de la depresión y de los trastornos afectivos que, en algunos casos, se ha aplicado y ampliado al suicidio, pero que pocas veces ha sido estudiada como causa directa de la conducta autodestructiva (VAN PRAAG, 1982; ALLEN et al. 1988). Hay estudios que apoyan el componente genético-biológico

de los desórdenes afectivos. Sin embargo, su papel en el suicidio es menos claro (BONNER, 1986):

> *"Aunque casi diariamente se pueden leer nuevos informes sobre este área tan activa de estudio, los indicadores biológicos del riesgo de suicidio constituyen en la actualidad un área de investigación continua más que unas herramientas de la práctica clinica." (MOTTO, 1989: 137)*

No obstante, la perspectiva biológica del suicidio constituye un campo de investigación prometedor en el que se debe seguir profundizando:

> *"Si la predisposición genética juega un papel en la determinación de la conducta suicida independientemente de la enfermedad mental..., es plausible que se pueda identificar en los individuos en riesgo de suicidio un factor biológico independiente del diagnóstico psiquiátrico. Un indicador tal podria ser extremadamente útil para identificar individuos en riesgo de suicidio." (ARANA Y HIMAN, 1989: 83)*

Como se ha expuesto, la tendencia psiquiátrica clásica se ha basado sobre todo en la idea de suicidio como o consecuencia de enfermedad mental. Esto es, un individuo se suicida porque está enfermo. Son cuatro las principales críticas que puede hacerse a la concepción individualista y patológica del suicidio. Por una parte, no explica las diferentes tasas de suicidio de las diferentes sociedades; aspectos como la valoración cultural de la autodestrucción deberían ser tenidos en cuenta. Además, no explica por qué unos enfermos psiquiátricas se suicidan y otros no. Por otra parte, esta perspectiva no tiene en cuenta las vivencias del sujeto, los problemas y situaciones con los que se ha encontrado durante su existencia en el mundo y

que pueden haberle hecho la vida más o menos fácil. Y, por último, en muchos casos, el diagnóstico de enfermedad mental se realiza a posteriori y por causa del suicidio en sí. Con ello, se explica y "justifica" todo suicidio desde la patología, aunque la persona haya mostrado durante toda su vida ser una persona "sana".

En relación a la explicación del suicidio desde la enfermedad mental STENGEL (1965) opina que:

> *"En el estado actual del conocimiento, es razonable no aceptar el acto suicida sólo como un criterio de trastorno mental, sino presumir la presencia de dicho trastorno solamente si se pueden establecer otros síntomas además de la conducta suicida. Este abordaje clínico concede la posibilidad de que una persona libre de trastorno mental cometa un acto suicida." (STENGEL, 1965: 67)*

I.3.3.2.- EPIDEMIOLOGIA PSIQUIATRICA

En la actualidad, la epidemiología psiquiátrica constituye un intento de salir al paso de alguna de estas críticas y trata de aunar aspectos individuales con aspectos sociales. Es la rama de la psiquiatría que enlaza aspectos psicopatológicos, personales con variables sociales. Según MARTI Y MURCIA (1987) la epidemiología estudia ...

> *"... la distribución de la enfermedad entre la población humana del antroposistema, sus características mórbidas y los factores causantes de su desarrollo y evolución." (MARTI Y MURCIA (1987: 62-63)*

En su libro recogen estos autores varias definiciones de epidemiología psiquiátrica: ZAPATERO (1967) la considera como la ciencia que trata de los estados de salud y de los factores que influyen o intervienen en dicha distribución; SAN MARTIN (1981) manifiesta al respecto de esta disciplina:

> *"... la epidemiología es una disciplina fundamentada en la ecología, en la estadística y en el método científico de análisis (hipotético-deductivo, cuyo objeto básico es el estudio descriptivo (epidemiología descriptiva) y analítico (epidemiología analítica) de la salud-enfermedad como fenómenos, no solamente biológico-ecológicos, sino también como fenómenos sociales, económicos y políticos." (SAN MARTIN, 1981. Citado por MARTI Y MURCIA, 1987: 63)*

Dentro de la epidemiología, se distinguen dos ramas: la epidemiología analítica y la epidemiología descriptiva. La primera, esto es, la epidemiología analítica es concebida como:

> *"... uno de los instrumentos o técnicas de la logística epidemiológica que tienen el objetivo de intentar analizar una idea, una hipótesis lanzada sobre un posible efecto causal que, por ahora, es tan solo una probabilidad que necesita corroboración estadística" (MARTI Y MURCIA, 1987:66-67)*

Por su parte, la epidemiología descriptiva tiene como misión fundamental:

> *"... proporcionar información sobre la frecuencia y distribución de la enfermedad en una comunidad y entre su población" (MARTI Y MURCIA,*

1987:77)

SAN MARTIN (1981) afirma que la función de la epidemiología descriptiva es describir el fenómeno que se estudia en relación a las variables que intervienen en él.

Aplicándolo al tema que nos ocupa, se puede constatar la gran proliferación de estudios epidemiológicos del suicidio, tanto en su rama analítica -de carácter principalmente retrospectivo- como descriptiva, pasando a ser en la actualidad, un enfoque de investigación de suicidio bastante común. Este tipo de estudios se centra principalmente en la identificación de grupos de riesgo y de las características del mismo. Se entiende por riesgo:

> *"... la probabilidad de que una enfermedad se manifieste en un individuo o grupo de ellos." (MARTI Y MURCIA, 1987:166)*

Esta probabilidad está determinada por el factor o el conjunto de factores de riesgo que:

> *"... son de naturaleza biopsicosocial y actúan de forma fenotipica o genotipica"... son responsables de producir una mayor o menor vulnerabilidad, ya sea en una comunidad o entre un subgrupo de la misma."(MARTI Y MURCIA, 1987:166)*

Entre los factores considerados para la identificación de los

grupos de riesgo, se distinguen las variables sociodemográficas (estado civil, sexo, edad...), psicopatológicas (enfermedad mental, alcoholismo ...) y sociales (nivel económico, hospitalización, pérdida de un padre...).

La epidemiología ha aportado interesantes datos sobre la población de riesgo suicida, con gran cantidad de investigaciones al respecto (por citar algunas de ellas: SPALT Y WEISBUCH, 1972; BÖSTMAN, 1987; WILSON, 1991; CANTOR, BURNETT et al., 1992; PRITCHARD, 1992) . En los siguientes apartados se van a presentar algunos resultados provenientes de la epidemiología psiquiátrica que nos permiten conocer ciertos factores de riesgo, tanto de tipo sociodemográfico como psicopatológico, de la población suicida que sean de interés para el estudio que nos ocupa.

A - FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

Dentro de los factores sociodemográficos se consideran la edad, el sexo y el estado civil.

A.1.- Edad

La edad es uno de los muchos factores que se tienen en cuenta al identificar grupos de riesgo en conducta suicida. Parece existir acuerdo en la afirmación de que "a medida que avanza la edad existe mayor riesgo de

suicidio (BROWN Y SHERAN, 1972; ROJAS, 1978; HANKOFF, 1985). Casi todos los estudios epidemiológicos coinciden en que la máxima incidencia se alcanza hacia la década de los sesenta. No se puede olvidar, no obstante, la alta incidencia que existe hoy día entre los adolescentes y jóvenes.

ROJAS (1978:447) afirma que todas las etapas de transición del ser humano -pubertad, juventud y épocas de involución son más proclives a presentar serios problemas existenciales que pueden ser vividos con especial dramatismo. Siguiendo a este mismo autor, se evidencia mayor peligro suicida en las mujeres entre los quince y los veinte años y en los hombres entre los veintiuno y los treinta.

Existen numerosos estudios epidemiológicos que relacionan el suicidio con la edad. McCLURE (1988) informa que la tasa de suicidios para la edad de diez a catorce años en Inglaterra y Gales se mantiene en niveles bajos, habiendo un descenso en la tasa de varones de este grupo de edad entre 1940 y 1980 y un aumento para niñas, nivelándose, así, las tasas de suicidio entre ambos sexos.

LANGLEY Y BAYATTI (1984), en su articulo referido a una población ingresada en un psiquiátrico sitúa el más alto porcentaje de suicidio en el grupo de edad mediana. GOLDNEY Y KATSIKITIS (1983) realizan un estudio para ver la evolución en la tasa de suicidios en los distintos grupos de

edad para su país -Australia- y concluyen que tiene lugar un aumento de la media anual de la tasa de suicidio entre los sujetos de quince y diecinueve y de veinte a veinticuatro, mientras que entre los grupos de mayor edad parecen disminuir.

Por su parte, McCLURE (1984) estudia la tendencia de las tasas de suicidio entre los jóvenes y observa que el suicidio es raro entre la población menor de 14 años. Sin embargo, a partir de esta edad, aumenta con la edad, sobre todo en el sexo masculino. Del mismo modo, se ha observado que, en Canadá, la incidencia de suicidio en el grupo de edad de 15 a 19 años es 10 veces mayor que la incidencia entre los sujetos de 10 a 14 (CHEIFETZ, POSENER et al., 1987).

Los resultados de una investigación sobre la frecuencia de conducta suicida en niños de 5 a 14 años indican que los intentos de suicidio no constituyen un problema demasiado importante en los niños de esta edad. Estos intentos ocurren con una frecuencia muy escasa hasta los once años, pero este índice aumenta con la edad (KIENHORST, WOLTER et al., 1987). CODER et al. (1991) coinciden en la conclusión de que la incidencia de suicidio adolescente aumenta con la edad.

No todos los estudios llegan al mismo resultado al respecto de la incidencia de la conducta suicida entre niños. Así, BOLGER, DOWNEY et al.

(1989) indican que sí se dan pensamientos de suicidio en la infancia y que el riesgo de aparición de tales pensamientos comienza a aumentar progresivamente antes de los nueve años.

Una revisión de las tasas de suicidio de los diferentes países parece indicar que, en términos generales, la tasa de suicidios en los grupos jóvenes (de 15 a 19 y de 20 a 24) está aumentando (DIEKSTRA, 1989). Un repaso de la literatura, en este caso sobre la conducta suicida entre los jóvenes universitarios, lleva a la conclusión que los jóvenes de 20 a 24 años presentan aproximadamente el doble número de suicidios que los adolescentes (SLIMAK, 1990).

De mayor interés para esta investigación son los datos expuestos por OZAMIZ (1988a) referidos a la Comunidad Autónoma Vasca (C.A.V.) en el año 1984. Se destaca la tasa de suicidios elevada, en comparación con otros grupos de edad, del grupo de setenta a setenta y nueve años, que podría alcanzar un 32 por 100.000, tanto en hombres como en mujeres. A este grupo le sigue el de mayores de ochenta años (con un 15 por 100.000). De cuarenta a sesenta años la tasa aproximada sería de 9,5. En los varones la tasa es baja hasta los veinte años mientras que en las mujeres se dan tasas bajas hasta los treinta años, disminuyendo nuevamente a los sesenta para volver a aumentar a los setenta años.

No teniendo en cuenta los datos absolutos de suicidio, sino los datos relativos al tamaño de población de cada edad y a la incidencia de suicidios por el número de muertes, se puede afirmar que el problema del suicidio afecta más a los adolescentes y jóvenes que a los ancianos (DIEKSTRA Y MORITZ, 1987):

> *"Entonces para hacer comparaciones exactas entre grupos de edad, se necesita tener en cuenta el número de muertes por suicidio en proporción al número total de personas de cierta edad... Todavía este método para calcular,... está lejos de ser perfecto. Para determinar la importancia del suicidio como causa de muerte en un cierto grupo de edad, se debería también considerar el número medio de personas por cada 100.000 de un grupo de edad concreto que muere por otras causas, tales como enfermedad, accidente o causas naturales como puede ser la vejez. En ese caso, la conclusión ... : el suicidio como causa de muerte tiene más importancia entre los jóvenes que entre los mayores." (DIEKSTRA Y MORITZ, 1987: 11)*

El número de admisiones hospitalarias por intento de suicidio mediante ingestión de sustancias está aumentando en edades tempranas, sobre todo para las mujeres (HAWTON Y GOLDACRE, 1982). De hecho, esta causa de admisiones en hospitales de la región de Oxford (Reino Unido) constituye el 4,7 por ciento de todas las admisiones totales de las personas de entre 12 y 20 años.

Centrándose en la Comunidad Europea, la tasa de suicidios entre las personas de edades comprendidas entre la edad de 15 y 24 años ha aumentado en algo más de una década comparativamente más que en ningún otro grupo de edad (PRITCHARD, 1992). El aumento de la tasa de suicidios

entre los hombres está estadísticamente asociado con el aumento del desempleo. Con respecto a las tasas de parasuicidio en Europa, PLATT, BILLE-BRAHE et al. (1992) observan que la mayor incidencia se da entre el grupo de edad de 15 a 34 años.

En definitiva y, hablando en términos generales, el suicidio, en números absolutos, tiende a aumentar con la edad, pero el número de suicidios en la adolescencia y juventud está creciendo en la época actual, siendo una causa importante de mortalidad de este grupo de edad.

A.2.- Sexo

En general se afirma que son más las mujeres y chicas jóvenes que intentan suicidarse (HAWTON, OSBORN et al., 1982), (3 o 4 veces más que los hombres) mientras que son los hombres los que más cometen suicidio (alrededor de 3 veces más que las mujeres) (ROJAS, 1978; CHEIFETZ, POSENER et al., 1987; OZAMIZ, 1988a; EVANS Y FARBEROW, 1988; MANIAM 1988; ELLIS Y RANGE 1989a; ; DOOLEY, 1990; PLATT, BILLE-BRAHE et al. 1992). Son las mujeres las que presentan una mayor incidencia de ideación suicida (SIMONS Y MURPHY, 1985; KIENHORST, DE WILDE et al. 1990). Ultimamente se percibe cierto aumento en los suicidios consumados entre las féminas, que HARTELIUS (1967) atribuye al proceso de urbanización, secularización y emancipación. En efecto, la incorporación de la mujer al trabajo

y el cambio de roles y aspiraciones que eso supone, puede provocar un aumento entre las mujeres de estrés, frustración, etc.

LESTER (1990a) pretende explorar la variación de la razón entre las tasa de suicidio masculino y femenino en una muestra de naciones para cada grupo de edad y explorar las asociaciones de la razón para los diferentes grupos de edad. El análisis de los datos muestra que, en los países más ricos y más industrializados, los hombres jóvenes cometen suicidio con una tasa relativamente más alta que las mujeres. Por contra, no existe la misma razón entre las tasas de ambos sexos para los grupos de mayor edad. Además, la razón es más alta en las países menos ricos e industrializados. LESTER (1990a) concluye que en naciones más ricas las mujeres mayores cometen suicidio en una tasa relativamente menor que los hombres. Explica estos hechos como un reflejo de los cambios en los niveles de distorsión psiquiátrica o estrés en hombres y mujeres en países más ricos y más pobres. En general, las tasas de suicidio son más altas en países con más poder económico y más industrializados, lo que puede hablar en favor de determinantes socioculturales de la tasa de suicidios.

Existen datos sobre la variación estacional de la tasa de suicidio en relación al sexo. Así, los hombres muestran un solo ciclo a lo largo del año en tanto que las mujeres muestran dos (MEARES et al., 1981). Los autores del estudio dejan sin explicar el hecho por considerar que los datos no permiten

elegir entre una explicación sociológica y una explicación biológica.

En resumen, parece que las investigaciones afirman que son más los hombres que cometen suicidio y más las mujeres que lo intentan. No obstante, los cambios económicos y culturales de la sociedad actual parecen estar provocando algún cambio en esta tendencia. Las palabras de BROWN Y SHERAN (1972) pueden servir de conclusión a este apartado referido a la relación entre sexo y suicidio:

> *"... aunque en el presente los hombres se presentan como el grupo con más riesgo de suicidio esta creencia tradicional deberia revisarse periódicamente." (BROWN Y SHERAN (1972:70)*

A.3.- Estado Civil

Los resultados de los distintos estudios epidemiológicos parecen afirmar que, entre la población suicida, hay menor proporción de personas casadas que solteras (GANESVARAN, 1988) [27], aunque no es un dato corroborado por todas las investigaciones (SCHONY Y GRAUSGRUBER, 1987; MYERS, 1982). Algunos estudios han detectado una mayor tasa de suicidio entre personas divorciadas (SCHONY Y GRAUSGRUBER, 1987).

La función preservativa del matrimonio puede venir dada por el

---

[27] Esta diferencia de proporción parece ser mayor entre los varones.

efecto positivo que la existencia de una relación íntima tiene sobre el bienestar psicológico. En este sentido conviene matizar que la calidad de las relaciones de pareja puede ser más incidente en la tasa de suicidio que la existencia o no de un lazo legal de unión. Esto es, si la relación matrimonial está cargada de tensión e insatisfacción difícilmente cumplirá un papel preservativo de conductas suicidas.

En definitiva, las investigaciones epidemiológicas apuntan la importancia creciente de la conducta suicida entre los jóvenes, así como la mayor incidencia de muerte por suicidio entre los hombres. El matrimonio parece cumplir una función preservativa del suicidio.

B - TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

Además de los factores sociodemográficos de riesgo, la epidemiología apunta una serie de trastornos psiquiátricos que se asocian más frecuentemente con suicidio. Existen dos procedimientos para establecer la relación existente entre la conducta suicida y dichas enfermedades mentales: el diagnóstico "a posteriori" -determinado por los restos dejados por el difunto y datos obtenidos con la investigación- y el diagnóstico "a priori" que se basa en los informes de diagnóstico previo encontrados en documentos oficiales o determinados por la información de anteriores tratamientos psiquiátricos.

RUSHING (1968) concluye que los porcentajes de enfermedad mental entre los suicidas obtenidos por el primer método son, probablemente, sobreestimativos. Aunque la frecuencia de desórdenes psiquiátricos en ambos tipos de estudios es más alta que entre la población en general, se necesitarían estimaciones de los trastornos psiquiátricos de la población en general para poder comparar. La intención de este apartado es dar una visión general de los trastornos que se han asociado más frecuentemente con suicidio. No se pretende hacer un estudio profundo de cada una de las afecciones, ya que la explicación sería más extensa de lo que aquí se puede abarcar. Así pues, se van a presentar, de forma resumida, las diferentes enfermedades mentales en tanto su relación con el suicidio.

B.1.- Esquizofrenia

Aunque su incidencia en el suicidio es menor que la de la depresión, la posibilidad de un suicidio puede presentarse como función de las enormes variaciones psicopatológicas que pueden darse dentro del curso de la enfermedad, así como por la imbricación de otros síndromes. De hecho, la conducta suicida entre los esquizofrénicos constituye un enorme problema clínico ya que constituye una salida bastante común a la enfermedad (DRAKE, GATES et al., 1989). Siguiendo a ROJAS (1978), pueden aparecer ideas e impulsos suicidas en:

- aquellos esquizofrénicos a los que se añade una depresión.
- esquizofrénicos con alucinaciones acústicas de contenido flemático y/o con delirios de carácter mesiánico.
- en esquizofrénicos angustiados ante la vivencia del fin del mundo.
- en esquizofrénicos que han sido rechazados por su familia y que su sensibilidad les hace vulnerables a muchas circunstancias estresantes de la vida cotidiana.

En los cuadros esquizofrénicos agudos, el suicidio suele ser relativamente frecuente, adoptando la forma de un "acto en cortocircuito o raptus" (ROJAS, 1978: 185). En los esquizofrénicos crónicos el suicidio es bastante poco frecuente.

Tras una serie de estudios de seguimiento, se ha señalado que el 10% de los suicidios se da en individuos afectados de esquizofrenia. MILES (1977) opina que los porcentajes oficiales subestiman la incidencia real de la esquizofrenia en los suicidios porque no tienen en cuenta a las personas "esquizofrénicas límite".

Son numerosos los autores que concluyen la presencia de conducta suicida entre los esquizofrénicos. GOLDNEY (1981), por ejemplo, observa con cierta frecuencia rasgos de personalidad esquizoide en la mujeres que han realizado un intento de suicidio. Por su parte, LANGLEY Y BAYATTI

(1984), presentan a los jóvenes varones esquizofrénicos y depresivos de mediana edad como los dos grupos de más alto riesgo de suicidio entre una población hospitalizada entre 1972-1981.

HAWTON Y FAGG (1988) incluyen la esquizofrenia como una factor de riesgo de suicidio. De igual manera, ENG GOH et al. (1989) concluyen que los diagnósticos más frecuentes entre los grupos de alto riesgo de suicidio en varios hospitales psiquiátricos son la esquizofrenia y los desórdenes afectivos.

En un estudio sobre las características sociodemográficas y psiquiátricas de los esquizofrénicos chinos que cometen suicidio se descubre que un cierto porcentaje de ellos -alrededor de un 40 %- tienen antecedentes depresivos y han realizado algún intento de suicidio previamente (CHENG, LEUNG et al., 1989).

LANDMARK et al. (1987) encuentran que tan sólo un 27% de los pacientes esquizofrénicos pertenecientes a una población de enfermos de un hospital no tienen datos sobre historia de ideación suicida o intentos. Los resultados de su estudio sugieren que los pacientes crónicos son el grupo de más alto riesgo, aunque este hecho podría ser explicado por el hecho de que los crónicos son los que tienen más admisiones hospitalarias y, por tanto, se cuenta con un mayor número de datos de su historial suicida que de los

pacientes con menos ingresos.

CANTOR et al. (1989) encuentran una mayor incidencia de esquizofrenia en aquellos suicidas que realizan su conducta autodestructiva desde el puente de un río en comparación con la población de otra modalidad de conducta suicida.

B.2.- Depresión

Es la afección que da cuenta de un mayor porcentaje de suicidio. Se ha llegado a afirmar que la mitad de las muertes voluntarias tiene lugar entre víctimas de depresión. Existen estimaciones que afirman que el riesgo de cometer suicidio en una persona deprimida es cincuenta veces mayor que el de una persona no depresiva.

Los estudios sobre conducta suicida en población infantil y adolescente corroboran, así mismo, la relación entre desórdenes afectivos y conducta suicida (BRENT Y KOLKO, 1990b).

No existe acuerdo en lo que se refiere a la terminología, delimitación y origen de esta enfermedad. ROJAS (1978), por ejemplo, sitúa la depresión como el tipo de psicosis endógena con más índice de suicidios consumados. BIRTCHNELL (1981), por su parte, encuentra que la conducta

suicida no se diferencia según la dicotomía depresión neurótica-endógena, sino que se relaciona con la severidad de la depresión [28].

B.3.- Alcoholismo y abuso de sustancias

Tanto el alcoholismo como el abuso de sustancias están presentes en numerosos estudios sobre suicidio como factores determinantes de grupos de riesgo [29].

La Asociación Médica Americana ofrece la siguiente definición de alcoholismo:

> *"... una enfermedad caracterizada por un deterioro importante asociado con un uso excesivo y persistente del alcohol. El deterioro puede envolver una disfunción fisiológica, psicológica o social." (EVANS Y FARBEROW, 1988:10)*

Se han propuesto muchas y diferentes definiciones de alcoholismo pero todas tienden a asociar el consumo excesivo de alcohol con el resultante declive de la salud física y/o incapacidad para cumplir con el

---

[28] En el apartado de este trabajo dedicado a la depresión se ofrece más información al respecto de esta enfermedad y de su relación con el suicidio.

[29] Como ha señalado MILES (1977), se podría plantear la posibilidad de que existiera un solapamiento entre alcoholismo y depresión. El mismo MILES resta importancia a esta posibilidad diciendo que este hecho ocurre generalmente entre personas del sexo femenino, las cuales constituyen alrededor de un 15% de los diagnosticados como alcohólicos.

correspondiente papel social.

ROJAS (1978) expone diversas tesis que relacionan el suicidio y el alcoholismo:

- El alcohol se presenta como un acto autodestructivo progresivo. MENNINGER (1972), entre otros, es defensor de este enfoque.
- El alcoholismo aparece como un proceso de deterioro socio-familiar. El defensor más importante de esta teoría es DURKHEIM (1965).
- El alcoholismo y el suicidio son eventos que tienen la misma raíz: edad, inestabilidad afectiva, desempleo, problemas económicos, dificultades familiares...
- El alcoholismo se utiliza como factor liberador de impulsos contenidos. El individuo consume alcohol para poder cometer el acto suicida.
- Debajo del alcoholismo y del suicidio late una estructura común: la de una personalidad psicopática. Corresponde a una explicación simplista de los dos fenómenos.
- La conducta suicida llevada a cabo por un alcohólico se debe a la enfermedad depresiva que causó el primero.

Es difícil establecer unas estadísticas que relacione alcoholismo y suicidio. Sería conveniente distinguir los casos de suicidio que ocurren durante el "delirium tremens" o cuadros agudos parecidos, de los suicidios

ocurridos bajo los efectos del alcohol, y de los casos de alcohólicos crónicos que se suicidan. Además se debería considerar el hecho de que el alcoholismo puede entenderse como una forma de suicidio pasivo.

Se ha incluido en este mismo apartado el abuso de sustancias o drogadicción, por considerarlo un factor determinante de suicidio similar al alcoholismo en aspectos tan importantes como la dependencia en el consumo y el deterioro fisiológico y social. La drogadicción toma especial relevancia al hablar de conducta suicida entre adolescentes y jóvenes [30]. Así, MILES (1977) ha llegado a afirmar al respecto:

> *"... el uso de drogas puede ser el factor que, considerado aisladamente, es más importante en el aumento de la tasa de suicidios entre los jóvenes en los EEUU." (MILES, 1977: 240)*

Parece que el aumento de la tasa de suicidio en los jóvenes y adolescentes está asociado a un aumento en el abuso de drogas y de alcohol por parte de este grupo de población (HENDIN, 1987; KINKEL et al., 1988; EARLS, 1989).

No solo la letalidad de la conducta autodestructiva sino la letalidad de la misma llevada a cabo por niños y adolescentes correlaciona con

---

[30] La prevalencia de drogadicción en los jóvenes de la Comunidad Autonoma Vasca y los estilos de vida asociados al "narcohábito" son expuestos extensamente en RUIZ OLABUENAGA Y SABATER (1991) y RUIZ OLABUENAGA, DE LA TORRE et al. (1991).

abuso de sustancias, así como con el diagnóstico de desorden afectivo (BRENT, 1987). Se observa una mayor proporción de ingestión de alcohol entre las víctimas jóvenes de suicidio que han utilizado arma de fuego (BRENT et al., 1987). Los autores concluyen que el aumento en el consumo de alcohol y la disponibilidad de armas de fuego pueden ser dos factores de expliquen el aumento de muerte por suicidio entre los jóvenes. MARTINEZ Y COROMINAS (1991) afirman que el porcentaje de tentativas de suicidio entre la población toxicómana oscila entre un 25 y un 50 %. Por otro lado, la proporción de personas drogodependientes entre los suicidas es alta.

En resumen, los estudios epidemiológicos del suicidio indican que los hombres son los que más se suicidan y las mujeres son las que más lo intentan, aunque este patrón parece estar cambiando en los últimos tiempos. En términos absolutos, el suicidio aumenta con la edad pero, en términos relativos al total de la población y al número total de muertes de cada grupo de edad, el suicidio tiene más incidencia entre los jóvenes y adolescentes. Existe una tendencia al aumento de conductas suicidas entre los más jóvenes.

Al respecto de la relación de conductas suicidas con el estado civil aparecen resultados contradictorios en las distintas investigaciones. No obstante, parece que hay un mayor porcentaje de conducta suicida entre los divorciados.

El alcoholismo y el abuso de drogas se asocian fuertemente con suicidio tanto en adultos como en jóvenes y adolescentes. Por otro lado, diagnósticos clínicos de depresión y esquizofrenia suponen un factor de riesgo de suicidio.

Como se puede comprobar en las páginas precedentes, la epidemiología aporta una serie de características de riesgo relacionadas con la edad, el sexo, el estado civil, las enfermedades psiquiátricas respecto a las cuales parece haber un acuerdo generalizado. No obstante, no todos los estudios epidemiológicos han logrado comprobar la existencia de características que distingan los sujetos suicidas de los no suicidas (CANTOR, BURNETT et al. 1992).

A pesar del avance que supone la epidemiología psiquiátrica en el conocimiento multidimensional del suicidio respecto de las primeras aportaciones de la psiquiatría al estudio y explicación de la conducta autodestructiva, no se pueden olvidar tres críticas o limitaciones importantes. La primera se refiere a la fuente de datos utilizados; provienen en su mayor parte de las estadísticas oficiales, las cuales dependen, en parte, del concepto de suicidio que exista en la sociedad y de la valoración cultural del hecho:

> *"La epidemiología comprende el estudio de la relación entre la enfermedad y otras variables sociales, personales etc. La enfermedad en sí es la variable dependiente y debe definirse con cierta precisión; las variables independientes pueden ser uno o varios factores de distinto*

tipo. EL primer problema con el que nos encontramos en el estudio del suicidio es su definición." (FARMER, 1988: 16)

La segunda crítica se relaciona con el momento de realización del estudio: en su mayoría son realizados "a posteriori" y se analizan los factores de riesgo de la población que, de hecho, ha realizado algún tipo de conducta suicida. Por último, la tercera crítica se relaciona con la subordinación que realiza la corriente epidemiológica de aspectos psicológicos como factores de explicación de suicidio, respecto a los aspectos sociales y psiquiátricos.

I.3.4.- EXPLICACIONES PSICOLOGICAS DEL SUICIDIO

Dentro de las aportaciones a la explicación del suicidio que, desde la psicología, se han venido haciendo, se ha creído conveniente diferenciar las explicaciones psicoanalíticas de las explicaciones más propiamente psicológicas [31].

[31] En este trabajo, no se presenta la explicación del suicidio ofrecida por cada una de las principales escuelas psicológicas, entre otras razones porque muchas de ellas no tratan el tema de la autodestrucción de un modo explícito. No se olvida, sin embargo, que alguna de sus ideas generales pueden aplicarse al mejor entendimiento de la conducta suicida. De hecho, en la elaboración del modelo propuesto en esta investigación, se tienen en cuenta varias de las propuestas generales ofrecidas por las diferentes escuelas.

I.3.4.1.- EXPLICACION PSICOANALITICA DEL SUICIDIO

ROJAS (1978:9) sugiere que la aportación psicoanalítica al problema del suicidio tiene dos épocas divididas por la formulación freudiana del "instinto de muerte".

En un principio, FREUD habla del suicidio como una forma de castigo que el individuo se propone a sí mismo. En la obra "Duelo y Melancolía" (1917) interpreta las tendencias autoagresivas que se dan en la melancolía como "agresiones" a la persona amada, a quien ha perdido y con quien el individuo se había identificado. La melancolía hace que trate al "sí mismo" como un objeto y que dirija contra él la hostilidad que desearía dirigir contra un objeto exterior.

RANGELL (1988) completa la visión de FREUD diciendo que el suicidio surge del sentimiento de agresión, enfado u odio hacia los demás, resultado de una experiencia decepcionante respecto a las personas amadas o de un fracaso amoroso. Lo mismo que ocurre en la melancolía, en los suicidas la agresión se vuelve hacia el sí mismo, aunque, en parte, conserva su agresividad hacia el exterior, en el sentido de que puede provocar sentimientos de culpa en los demás.

Siguiendo a RANGELL (1988), la pérdida del objeto amoroso

puede provocar una distancia insalvable entre el "yo real" y el "yo ideal". Este estado de desesperación puede provocar un sentimiento de culpa y la convicción de que el "yo" merece castigo.

> *"El si mismo ha perdido el amor o protección del yo." (RANGELL, 1988: 36)*

BROWN, OVERHOLSER et al. (1991) dividen un grupo de adolescentes que habían intentado suicidarse en impulsivos y no impulsivos. En este último grupo, la correlación de la ira o el enfado consigo mismo supone una comprobación de que la teoría psicoanalista, que explica la conducta suicida a través de una agresión dirigida hacia sí mismo, es aplicable en algunos casos. Asimismo, BARKER (1986) defiende la explicación del intento de suicidio basada en la agresión autodirigida.

En 1920 en la obra titulada "Más allá del principio de placer", FREUD desarrolla sus ideas sobre el "Eros" y el "Thanatos" (instintos de vida y muerte respectivamente) como dos tendencias de signo contrapuesto que existen en el hombre desde el comienzo de la vida. El suicidio pertenecería al Thanatos (instinto de muerte) [32]. En este sentido, FREUD afirma que todas las personas son potencialmente suicidas a través de una fuerza intrapsíquica

---

[32] Aquellos lectores interesados en profundizar en el concepto psicoanalítico del instinto de muerte pueden consultar la obra de LAPLANCHE (1970) y la obra de GREEN, IKONEN et al. (1986).

del instinto de muerte:

> *"En su opinión, el suicidio es esencialmente un concepto básico de la mente humana y todo el mundo es, en alguna medida, vulnerable al suicidio... La presión que lleva a una persona a la muerte podría aumentar, dependiendo de los sucesos vitales, y, bajo condiciones de gran estrés, y llevar a una persona la esperanza de regresar a estados del yo más primitivos. Freud pensó que las fuerzas de la vida y de la muerte estaban en conflicto constante en el individuo." (ALLEN, 1977: 10-11)*

Dentro de la orientación psicoanalítica del suicidio se puede citar a MENNINGER (1972 -Original en 1938) quien, puede ser considerado como "la teorización psicoanalítica clásica del suicidio" (ESTRUCH Y CARDUS, 1982:11). Distingue tres dimensiones que se combinan en todo suicidio: el deseo de morir, el deseo de matar y el deseo de ser matado a la vez que afirma la existencia en todos nosotros de una propensión a la autodestrucción:

> *"Para resumir, diremos entonces que el suicidio debe ser contemplado como una clase peculiar de muerte que se vincula a tres elementos íntimos: el elemento de morir, el elemento de matar, y el elemento de ser matado. Cada uno de ellos requiere un análisis separado. Cada uno es un acto para el cual existen motivos, inconscientes y conscientes." (MENNINGER, 1972: 26).*

Con respecto al deseo de matar, MENNINGER opina que se origina en un impulso primitivo de destrucción y agresión que se dirige, en el caso del suicidio, a la propia persona por introyección de la persona amada:

> *"... el deseo de matar que se origina en un primitivo espíritu de*

destrucción, investido con una débil neutralización en uno o varios objetos cuya súbita desaparición o deslealtad, al desalojar su vinculación, divide los elementos del lazo emocional y permite al impulso homicida, ahora libre, consumarse sobre la persona en que se origina, a modo de sustitución, realizando así un asesinato desplazado." (MENNINGER, 1972: 49)

El deseo de ser matado es la modalidad extrema del sometimiento. El disfrute del dolor se relaciona con el masoquismo. Esta tendencia queda explicada por la existencia de la conciencia y por los sentimientos de culpabilidad, surgidos precisamente por la existencia de dicha conciencia, que hacen a la persona sentirse merecedora de castigo.

El deseo de morir está relacionado con el instinto de muerte propiamente dicho y se conjuga con los otros dos elementos en el suicidio.

ZILBOORG (1937) supone una ampliación de la visión psicoanalítica pura que explica el suicidio desde la dinámica intrapsíquica añadiendo el papel del ambiente familiar en la propensión al suicidio, demostrando con ello que los elementos etiológicos del suicidio no sólo son internos o intrapsíquicos.

Uno de los intentos recientes de probar de un modo empírico la teoría psicoanalítica sobre el suicidio ha sido conducido por LEENARS Y BALANCE (1984), quienes pretenden salir al paso de las acusaciones dirigidas contra las afirmaciones de FREUD referidas a la imposibilidad de sujetarse a

procedimientos experimentales y estadísticos.

El objetivo de exploración de este estudio es el contenido manifiesto de las notas de suicidio reales frente a imaginarias. Jueces expertos en práctica clínica debían distinguir de entre un total de 66 notas de suicidio las notas verdaderas de las simuladas. Los resultados indican que las sentencias ofrecidas en el protocolo que son calificadas significativamente de forma más frecuente como notas genuinas o auténticas son las que se refieren a temas derivados de la temática psicoanalítica. A saber, la pérdida o rechazo de una persona significativa; preocupación por una persona que él/ella ha perdido o que le ha rechazado; sentimientos de ambivalencia, tales como afecto y hostilidad hacia una persona que ha perdido; identificación directa o indirecta con la persona perdida; comunicación de sentimientos y/o ideas de venganza y agresión hacia ella/el mismo; enfado hacia otra persona; comunicación de que la persona vuelve sobre sí impulsos asesinos que habían sido dirigidos contra otras personas; suicidio visto como castigo...

La constatación de que el grupo de frases del protocolo derivadas de la teoría de FREUD se distinguieran significativamente en el grupo de notas auténticas de suicidio permite, según los autores, verificar las formulaciones psicoanalíticas sobre la conducta autodestructiva con métodos empíricamente controlados.

La aplicación de la teoría psicoanalítica al suicidio adolescente hace hincapié en el concepto de individualidad. Autores como ROSENKRANTZ (1978), PFEFFER (1985) Y WADE (1987) defienden esta orientación.

ROSENKRANTZ (1978) entiende el suicidio adolescente como resultado de varios factores psicodinámicos. Estos factores son los que forman la "identidad del yo".

Para conseguir que el adolescente se considere una persona individual y se acepte con sus características propias tiene que lograr, en primer lugar, una adecuada identificación sexual. Una buena interrelación con ambos padres, puede favorecer este proceso. En segundo lugar, la lucha por la independencia supone, en parte, la pérdida del objeto amoroso y de las gratificaciones de una situación de dependencia.

En este sentido, PFEFFER (1985) afirma que los niños suicidas tienden a mantener con los padres una relación simbiótica y totalmente dependiente, lo que conlleva una pobre diferenciación psicológica entre el padre y el hijo, que dificulta el proceso de individuación:

> *"... un importante factor que aumenta la vulnerabilidad hacia la conducta suicida infantil es la continuidad del niño en su relación simbiótica con los otros y/o la falta de una resolución anterior de dicha relación simbiótica." (PFEFFER, 1985: 42)*

"Este tipo de relación padres-hijo puede actuar interfiriendo en el proceso adecuado de individuación y en el desarrollo por parte del niño de conceptos que impliquen que él es un persona única." (PFEFFER, 1985: 44)

En la misma línea, WADE (1987) entiende el suicidio adolescente como una forma de regresar al estado simbiótico para escapar de la ansiedad de separación producida en la etapa de separación-individuación de los padres.

Dada la importancia que tienen las relaciones paterno-filiales en el desarrollo de la individualidad no extraña que ROSENKRANTZ (1978) destaque que las actitudes negativas de los padres, por ejemplo de rechazo hacia los hijos, pueden tener consecuencias negativas en el desarrollo de la identidad. Este desarrollo negativo de la identidad personal puede tener consecuencias irreversibles:

"La conducta suicida adolescente puede ser la expresión directa de los deseos inconscientes de sus padres." (ROSENKRANTZ (1978: 211).

Las opiniones de este autor han sido desarrolladas más recientemente por algunos autores de orientación psicodinámica (SEIDEN, 1984, FIRESTONE, 1986) a través del término "voz interior", como medio de explicar las conductas y disposiciones autodestructivas:

"La voz se refiere a las actitudes hostiles generalizadas hacia el sí mismo y, como tal, es el lenguaje de un proceso autodestructivo total... El

proceso de "escuchar" esta voz predispone a un individuo hacia conductas que limitan a la propia persona y a las consecuencias negativas de estas acciones. En otras palabras, las personas se comportan de acuerdo a estas percepciones negativas distorsionadas que ellas tienen de sí mismas." (FIRESTONE, 1986: 439)

El origen y formación de la voz está en los primeros momentos del desarrollo y supone una introyección de las actitudes paternas:

"La evidencia clínica ha sugerido que la voz se relaciona directamente con los pensamientos y actitudes de rechazo de los padres, tanto manifiestas como encubiertas, que han sido incorporadas por el niño y, posteriormente incluidas en sus propios pensamientos y actitudes... La autocrítica y actitudes despectivas hacia sí mismo eran identificadas por la mayoría de los individuos como frases que ellos habían oído alguna vez a sus padres o como actitudes que ellos habían captado en el tono de voz de sus padres, en el lenguaje no verbal, o en alguna forma de su comportamiento." (FIRESTONE, 1986: 44)

"... actitudes paternas negativas, tanto conscientes como inconscientes incorporadas por un individuo en los momentos tempranos de interacción familiar." (SEIDEN, 1984: 3)

SEIDEN (1984) aplica el concepto de "la voz" al suicidio adolescente. Opina que "la voz" está en el origen de las limitaciones y negaciones que la persona se pone a sí mismo. En este sentido, actúa como una especie de "desmotivador" del individuo hacia la vida y las distintas actividades.

"La voz" presenta tres niveles de intensidad que marcan el mayor

o menor nivel de autodestrucción. En el primer nivel, supone un pensamiento de crítica hacia sí mismo que puede provocar cierta agitación o humor depresivo. En el segundo nivel, la voz supone una serie de ataques a la propia persona verbalizados de forma más dramática. Estas expresiones pueden acompañarse de sentimientos más fuertes. El tercer nivel, el más profundo, supone una intensa cólera hacia sí mismo y se puede manifestar a través de impulsos suicidas o tendencias autodestructivas.

Más recientemente está teniendo lugar un enriquecimiento de la teoría analítica del suicidio gracias a la inclusión de aspectos sociales en la comprensión de la conducta autodestructiva.

Así por ejemplo, SEIDEN (1984) incluye en su explicación psicodinámica del suicidio aspectos sociales tales como el papel de los medios de comunicación, que permiten el conocimiento inmediato de sucesos trágicos en todas las partes del mundo, y la orientación de la cultura occidental hacia el escape del sufrimiento, aunque sea a través de las drogas. Por otra parte, una sociedad orientada al rendimiento sitúa a los adolescentes bajo una presión muy fuerte.

SEIDEN, en resumen, ofrece una explicación del suicidio fundamentalmente psicodinámica en la que las experiencias infantiles juegan un papel muy importante en el desarrollo psicológico saludable del adolescente.

Enriquece su perspectiva con la inclusión de factores sociales como posibles influyentes en la aparición de conductas autodestructivas. Con ello, abre una puerta a la interdisciplinaridad en la explicación del fenómeno suicida.

Compartiendo la orientación analítica social del suicidio adolescente se sitúa SAMY (1989) quien conjuga la dimensión intrapsíquica con la dimensión social a través de los conceptos de "anomía social" y "anomía psíquica".

En definitiva, y a modo de resumen , se puede decir que las explicaciones psicoanalíticas del suicidio se basan fundamentalmente en conflictos intrapsíquicos. La dificultad de probar esta teoría empíricamente se convierte en la primera de las críticas que se puede imputar a esta perspectiva (MOTTO, 1989). En segundo lugar, las aplicaciones prácticas de esta teoría de cara a la programación de un tratamiento o a la planificación de actividades preventivas son muy escasas. La tercera crítica al enfoque psicoanalítico tradicional del suicidio se refiere a la escasa consideración de factores ambientales en la explicación del suicidio. ZILBOORG (1937) queda fuera de esta crítica gracias a su valoración del ambiente familiar como factor explicativo de la propensión al suicidio.

Al igual que hemos visto en el enfoque sociológico y en el enfoque psiquiátrico recientemente, desde la orientación psicoanalítica se han

hecho intentos reales de completar la teoría dinámica con aspectos ambientales (SEIDEN, 1984; SAMY, 1989).

SHNEIDMAN (1988) recoge las palabras expresadas por STENGEL en la primera reunión de American Association of Suicidology (1968) al respecto de la contribución psicoanalítica al estudio del suicidio, que pueden servir de resumen a lo comentado hasta aquí respecto a la orientación dinámica:

> *"La contribución psicoanalítica a la investigación del suicidio ha estado principalmente centrada en la dinámica intrapsíquica de las tendencias autodestructivas. Este hecho ha sido tanto su fuerza como su limitación. Hasta hace poco tiempo no ha estado interesado con el mundo exterior, aparte de aquellos objetos los cuales por introyección se hacían parte del mundo interior. El descubrimiento de Zilboorg de el papel de los «hogares rotos» en la propensión al suicidio ha sido una brillante observación deducida del estudio de los procesos intrapsíquicos y confirmada tanto en los estudios epidemiológicos como clínicos." (Palabras de STENGEL en la Primera Reunión de AAS, 1968. Citado por SHNEIDMAN, 1988: 11)*

I.3.4.2.- ORIENTACION "PROPIAMENTE" PSICOLOGICA

Además de la perspectiva psicoanalítica, desde la orientación psicológica propiamente dicha, se ofrecen diferentes concepciones de la conducta suicida que sitúan las variables psicológicas como las principales causas explicativas de la autodestrucción. En esta orientación se incluyen la vertiente fenomenológica, capitaneada por SHNEIDMAN (1988), la teoría del constructo personal (NEIMEYER, 1983) y las teorías de la personalidad.

Desde la perspectiva fenomenológica, SHNEIDMAN (1976) recoge los componentes psicológicos de la conducta suicida en el artículo titulado "Una Teoría Psicológica del Suicidio". Estos componentes, en su opinión, son la hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese.

La primera se refiere a la hostilidad hacia sí mismo que, en los momentos previos al suicidio, se ve aumentada. La perturbación se refiere al grado en que una persona se encuentra inquieta, preocupada, etc. La perturbación, entonces, está relacionada con estados emocionales negativos como pueden ser el distrés, la pena, la culpa, la amargura ... El tercer componente de suicidio, la constricción, reúne ciertas características cognitivas, como la imposibilidad de la persona suicida que percibir todos los aspectos de la realidad, de modo que sólo hace conscientes los aspectos negativos -visión de túnel- y el pensamiento dicotómico [33].

Cuando el estado psíquico de una persona se caracteriza por una alta hostilidad hacia sí mismo, una elevada perturbación y constricción, la potencialidad suicida es alta. Es entonces cuando la idea de cese, de dormir eternamente, de muerte... se presenta como una posible solución.

Más adelante SHNEIDMAN (1988) completa su concepción del

[33] Las características cognitivas de los sujetos suicidas han sido ampliamente investigadas por autores de orientación cognitiva. Los resultados de estos trabajos se recogen en este estudio en el apartado referido a los recursos y estilos de afrontamiento al estrés como aspectos influyentes en la aparición o no do patrones de conducta autodestructivos.

suicidio y, desde una perspectiva fenomenológica, presenta diez características comunes a todo acto suicida. Estas características son:

- El propósito común del suicidio es buscar una solución.
- El objetivo común es el cese de la conciencia -del contenido insufrible de la mente.
- El estresor común en el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas.
- La emoción común en el suicidio es la indefensión-desesperanza.
- El estado cognitivo común es la ambivalencia:

> *"La persistente presencia de querer terminar con el insufrible dolor y querer sobrevivir en un estado de menos dolor..." (SHNEIDMAN, 1988: 6)*

- El estado perceptual común en el suicidio es la constricción. La persona percibe solamente una posibilidad ante los problemas.
- La acción común es el escape.
- El acto interpersonal común es la comunicación de la intención [34].
- El acto suicida es consistente con los patrones de afrontamiento que ha tenido el sujeto a lo largo de la vida [35]. En este sentido conviene examinar cuidadosamente los registros de la anámnesis de las personas en

---

[34] En la detección de estos avisos por parte de las personas del entorno de la persona suicida descansa un pilar importante de la prevención del suicidio.

[35] Las personas que tienden a solucionar sus problemas escapando de ellos son más propensos a decidir suicidarse en un momento de gran dolor psíquico.

relación a si ha realizado otro tipo de rupturas o escapadas anteriores (escaparse de casa, dejar un trabajo, romper el matrimonio ...).

SHNEIDMAN (1988) conjuga los componentes más propiamente psíquicos, como son el dolor y la perturbación, con la presión ejercida por el ambiente y confecciona un modelo teórico representado por el "cubo suicida" en el que el suicidio se sitúa en la concatenación del dolor y la perturbación máxima con una elevada presión ambiental negativa (ver Gráfico I.2).

El modelo cúbico de suicidio propuesto por SHNEIDMAN supone un enriquecimiento de la perspectiva psicológica pura con las aportaciones de las orientaciones sociológicas y enlaza con los modelos psicosociales explicativos del suicidio.

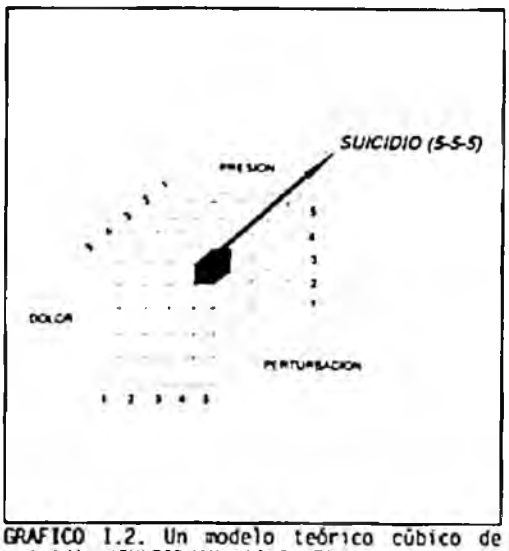

GRAFICO I.2. Un modelo teórico cúbico de suicidio (SHNEIDMAN, 1988: 7)

Basándose en la teoría del constructo personal de KELLY (1955), NEIMEYER (1983) a la depresión y el suicidio [36]. El autor afirma que los

[36] KELLY (1955) asume que las personas organizan su pensamiento como si fueran científicos. Plantean hipótesis sobre los significados de los sucesos; miden, refinan y elaboran dichas hipótesis sobre la base de la experiencia. KELLY defiende que la unidad "básica de significado" en las teorías personales que los individuos elaboran es el *constructo*, definido de tal modo que dos cosas son vistas como relacionadas una con otra y diferentes a una tercera.

sistemas de constructos personales de los individuos suicidas y depresivos se caracterizan por:

- Anticipación de fracaso. Esta variable está íntimamente relacionada con la desesperanza con respecto al futuro.
- Autoconstrucción negativa. Se refiere a una visión negativa de sí mismo, lo que tiene mucho que ver con una baja autoestima.
- Construcción polarizada o, de otra forma, pensamiento dicotómico. Se caracteriza por un modo de razonar que prescinde de las posibilidades intermedias y se ciñe solamente a las posibilidades extremas.
- Aislamiento interpersonal [37]

Además de estas características comunes con los individuos deprimidos, los suicidas presentan otras dos características:

- Constricción en el contenido y aplicación de constructos:

> *"Los constructos de los individuos autodestructivos tienden a ser concretos en su contenido y pueden ser inaplicables para muchas de las realidades con las que dichos individuos tienen que enfrentarse. (NEIMEYER, 1983: 165)*

- Desorganización del sistema de constructos:

---

[37] Esta característica parece estar más claramente vinculada a la depresión.

"Kelly propuso que en, al menos algunos suicidas, el abandono de la vida puede representar un intento de evitar la intolerable incertidumbre asociada con el colapso del sistema personal de constructos." (NEIMEYER, 1983: 138)

Sin embargo, algunos autores no consiguen comprobar totalmente de forma empírica la hipotética desorganización del sistema de constructo en un individuo suicida (RIGDON, 1983). RIGDON matiza que, además de este aspecto, hay que tener en cuenta el significado de la muerte que tiene el sujeto:

"Por estas razones, la falta de apoyo a las nociones hipotéticas de Kelly para la comprensión de la conducta suicida enfatizan la importancia de examinar no sólo las características estructurales y organizativas de los constructos de la persona suicida sino también el significado real de la muerte para la persona y la relación entre la muerte y el si mismo." (RIGDON, 1983: 208)

En definitiva, los teóricos del constructo explican el suicidio y la depresión desde variables psicológicas principalmente cognitivas.

Además de la perspectiva fenomenológica y de la teoría del constructo, los teóricos de la personalidad hacen hincapié en las diferentes características de personalidad de los suicidas frente a los no suicidas [38]. Así por ejemplo, se ha hablado de personalidad bordeline (WALDINGER, 1986),

---

[38] En el apartado referido al modo de afrontamiento al estrés y su relación con el suicidio se mencionan diversas investigaciones que estudian las distintas características estables de la personalidad de los suicidas (NEURINGER, 1982; MEHRABIAN Y WEINSTEIN, 1985; HULL et all., 1990).

desórdenes de personalidad (COONS et al., 1988) de agresividad (PERDOMO, 1987), impulsividad (HERJANIC Y WELNER, 1980) y de personalidad esquizoide (HULL et all., 1990), así como de neuroticismo, ansiedad (MATTISON, 1988) y excitabilidad (MEHRABIAN Y WEINSTEIN, 1985), perfeccionismo (WEISSE, 1990) y egocentrismo o tendencia hacia sí mismo (HAFEN Y FRANDSEN, 1986; HOPPE, 1987). No obstante, los resultados no son concluyentes, lo que hace imposible hablar de "una personalidad suicida" como explicación de las conductas autodestructivas:

> *"La conclusión respecto a las características de la personalidad de las personas que intentan suicidarse es confusa. La visión tradicional de que los depresivos son suicidas es apoyada por un grupo de estudios. Sin embargo, estudios adicionales muestran que los sujetos propensos al suicidio son neuróticos o ansiosos." (MEHRABIAN Y WEINSTEIN, 1985: 544)*

Por otra parte se han realizado revisiones de las distintas investigaciones que estudian la utilidad de los tests psicológicos para predecir suicidio (DEVRIES, 1968; LESTER, 1970, ANDERSON, 1981). Sin embargo, no se ha encontrado ninguna característica de personalidad medida por dichos tests que se asocie probadamente con suicidio (BROWN Y SHERAN, 1972; SPIRITO, FAUST et al., 1988), indicador de que el MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) es insuficiente para diferenciar a los adolescentes que han realizado un intento de suicidio del grupo control de adolescentes con dificultades emocionales. ANDERSON (1981) es de la misma opinión respecto al test de RORSCHACH.

En resumen, las orientaciones más puramente psicológicas explican el suicidio como resultado de las características mentales de los sujetos. Así, por ejemplo, la perspectiva fenomenológica y la teoría del constructo hablan de un estado de perturbación y dolor relacionado con sentimientos de amargura, culpa, etc, unido a sentimientos de hostilidad hacia sí mismo y a la constricción del pensamiento. Características cognitivas tales como anticipación de fracaso futuro, pensamiento dicotómico, visión negativa de sí mismo, constituyen las variables psicológicas más frecuentemente relacionadas con la conducta suicida. Con respecto a las características de personalidad, no hay resultados concluyentes que nos permitan hablar de una personalidad suicida.

La consideración de las distintas variables psicológicas en la explicación del suicidio supone un paso más en la mejora de prevención y del tratamiento de la conducta autodestructiva. No obstante, una orientación exclusivamente psicológica tampoco se ve libre de críticas. En primer lugar, deja sin explicar por qué una persona con unas características psicológicas determinadas comete un acto suicida en un momento de su vida y no en otro. Por otro lado, queda sin explicar por qué personas con características parecidas a las personas suicidas no cometen nunca suicidio ni ningún acto de conducta autodestructiva. Quizás la consideración conjunta de variables psicológicas con variables sociales puedan explicar estos "enigmas". SHNEIDMAN (1988) ha dado un importante paso en este sentido con su modelo cúbico de suicidio.

Tras la presentación de las teorías clásicas del suicidio en sus dos perspectivas principales, la social y la individual, se puede llegar a la conclusión de que ambas son limitadas. La primera, la orientación sociológica, presenta ciertas variables sociales como explicativas de la mayor o menor tasa de suicidios en las diferentes sociedades. Sin embargo, no explica cómo estas variables afectan a unos individuos más que a otros. La perspectiva psiquiátrica clásica, dentro de la explicación individual del suicidio, deja sin explicar por qué unos enfermos mentales se suicidan y otros no. Por otra parte, el diagnóstico de patología con posterioridad y por causa del acto suicida es más que discutible.

La conjunción de la perspectiva psiquiátrica con variables sociales viene de la mano de la epidemiología psiquiátrica. A través de ella se está avanzando mucho en el conocimiento de la población de riesgo de suicidio. No obstante, sigue sin quedar explicado por qué unos individuos, dentro del grupo de riesgo, se suicidan y otros no, así como por qué algunos individuos se suicidan sin pertenecer a ningún grupo de riesgo. Por otra parte, metodológicamente hablando, se centra en la correlación entre características estáticas.

La perspectiva psicoanalítica supone, como se ha dicho, una teorización excesiva con dificultades tanto en lo que se refiere a la comprobación empírica como en lo concerniente a la aplicación práctica en

favor de la prevención y del tratamiento. Con respecto a otras aportaciones del enfoque psicológico al estudio del suicidio, hay que decir que la imposibilidad de hablar de "una personalidad suicida" hace que se descarten las características temperamentales como únicos factores explicativos de suicidio. Por otra parte, el conocimiento y consideración de diferentes características cognitivas y emocionales de las personas suicidas supone un enriquecimiento de las perspectivas en pro de la prevención y el tratamiento del suicidio. Sin embargo, la consideración en exclusiva de estos factores dejaría sin explicar el papel del entorno en el comportamiento del suicidio.

Tanto desde la explicación social del suicidio como desde la explicación individual han tenido y tienen lugar aportaciones que tratan de aunar ambas perspectivas. Así, por ejemplo, HENRY Y SHORT (1957) añaden a las variables sociales explicativas de suicidio la importancia de las relaciones sociales, así como de la agresión y la frustración. GIDDENS (1966), por su parte, diseña una tipología de suicidio de naturaleza psicosocial. La epidemiología psiquiátrica constituye, como se ha dicho, una aplicación práctica de la conexión de ambas perspectivas: la sociológica y la psiquiátrica. Desde el psicoanálisis, ZILBOORG (1937) reconoce la importancia de "los hogares rotos" en la propensión al suicidio y SEIDEN (1984) afirma la importancia de distintos factores culturales para explicar el aumento de la tasa de suicidio entre los adolescentes. Por último, desde una perspectiva más psicológica, SHNEIDMAN (1988) propone que determinadas variables psicológicas unidas

a un alto nivel de presión ambiental pueden provocar conducta suicida.

Habida cuenta de las deficiencias que presentan los enfoques tradicionales explicativos del suicidio y, teniendo presente la deseabilidad general que existe en la actualidad intelectual hacia los enfoques interdisciplinares, los objetivos de este trabajo son, por una parte, subsanar -en la medida de lo posible- las deficiencias de un enfoque unitario de suicidio y, por otra, recoger lo ventajoso de la aplicación de la multidisciplinaridad al estudio de la conducta autodestructiva.

Los objetivos propuestos son realmente ambiciosos. La elaboración y medición de un modelo teórico realmente interdisciplinar que recoja la infinidad de variables que interviene en la explicación de la conducta suicida es en el estado actual del conocimiento una utopía. Esta investigación pretende ser no más que "un granito de arena" en la elaboración de dicho modelo. En otras palabras, la propuesta teórica del modelo socioindividual supone un planteamiento explicativo del suicidio nacido de una extensa revisión de la literatura existente y abierto a todo tipo de comprobaciones empíricas y modificaciones teóricas. La aplicación práctica del modelo que se realiza en este trabajo supone dar un paso más en la comprobación empírica del modelo socioindividual de suicidio propuesto.

II - EL SUICIDIO CONSIDERADO DESDE LA MULTIDIMENSIONALIDAD

Una vez que se han presentado las deficiencias de cada uno de los ámbitos, tanto individual como social, en la explicación del suicidio, se puede llegar a la conclusión de la conveniencia de diseñar modelos explicativos de suicidio que incluyan diferentes aspectos de ambas perspectivas. Son varias las propuestas que se han realizado a este respecto, como tendremos ocasión de comprobar en las siguientes páginas.

La amplia revisión teórica en torno al suicidio y las variables que con él se relaciona han permitido plantear una propuesta de modelo teórico socioindividual integrado explicativo de la conducta suicida, con el propósito de contribuir con los demás estudiosos del tema a la multidimensionalidad en la comprensión de la conducta autodestructiva.

La imposibilidad de probar empíricamente la totalidad del modelo teórico propuesto, unido al interés de que la teoría no se pierda en meras abstracciones, ha conducido a la realización de una aplicación práctica del modelo teórico propuesto, lo cual, es sabido, supone una suprasimplificación de la teoría pero permite un primer paso en la comprobación empírica de la misma.

En los apartados siguientes se presentan algunos de los intentos realizados por distintos autores para explicar el suicidio desde la interdisciplinaridad, así como la aportación que esta investigación supone para

la explicación teórica del suicidio. Finalmente, se comenta el modo en que parte del modelo teórico propuesto va a ser probado empíricamente a través de una aplicación práctica.

II.1.- AVANCES EN EL ESTUDIO INTERDISCIPLINAR DE LA CONDUCTA SUICIDA

Como se ha comentado anteriormente, son varios los intentos realizados en favor de un enfoque interdisciplinar de la conducta suicida. Tanto desde la perspectiva social como desde la individual se habían dado algunos pasos en esta dirección. Así, GIDDENS (1966) con su tipología del suicidio y SHNEIDMAN (1976) con el modelo cúbico de suicidio son dos ejemplos de esta tendencia.

MILES (1977) ofrece una revisión de las condiciones que predisponen al suicidio. Desde una perspectiva eminentemente psiquiátrica expresa qué trastornos y enfermedades psiquiátricas se asocian más con el suicidio. Sin embargo, deja una puerta abierta a otras perspectivas:

> *"Es posible también que un porcentaje de suicidios no correlacione con ninguna enfermedad específica o trastorno de personalidad. En otras palabras, es posible que una parte importante de individuos "normales" pudiera cometer suicidio bajo circunstancias estresantes similares o como respuesta a dictados sociales." (MILES, 1977: 241)*

La orientación interdisciplinar en el estudio del suicidio combina, por lo general, factores ambientales con aspectos del individuo que le hacen vulnerable a desarrollar conductas autodestructivas. Algunos autores hacen hincapié en la vulnerabilidad biológica, en tanto que otros se fijan más en la vulnerabilidad de tipo psicológico y/o social y/o biológica. En función de los aspectos sobre los que recae el peso de la vulnerabilidad al suicidio en momentos de estrés, se realiza una clasificación de los modelos de vulnerabilidad: modelo de vulnerabilidad biológica, psicológica, psicosocial y biopsicosocial. Quizás la clasificación presentada aquí resulte un poco forzada y, por tanto, discutible. No obstante, se prefiere esta forma de exposición para favorecer la compresión de modelos tan parecidos, algunos de ellos diferenciados tan solo por diversos matices.

II.1.1.- MODELOS DE VULNERABILIDAD BIOLOGICA

DE CATANZARO (1980, 1981) propone cuatro interpretaciones o modelos biológicos de suicidio dirigidos a una teoría general de vulnerabilidad -de tipo biológico- al estrés (RUBINSTEIN, 1986): el suicidio como conducta aprendida, suicidio como una patología inducida por el estrés, el suicidio como conducta altruista y la teoría de la tolerancia evolutiva al estrés.

En resumen, DE CATANZARO estudia la conducta suicida desde un contexto de adaptación cultural o desde las teorías de la evolución y desde

la predisposición de los individuos biológicamente vulnerables. A pesar de las críticas que se le han achacado (RUBINSTEIN, 1986), la propuesta de DE CATANZARO es valorable porque supone un intento de aunar las teorías biológicas del suicidio con las teorías sociales, más ambientalistas, acercamiento con el que HODGMAN (1990) se muestra muy de acuerdo. No obstante, no parece probable que el modelo de vulnerabilidad biológica pueda dar cuenta de toda la complejidad inherente en la conducta suicida:

> *"Aunque el modelo sociobiológico es interesante y con un relevante valor heurístico, no se podría concluir que esta hipótesis sería capaz de explicar una conducta tan compleja como el suicidio." (ARANA Y HYMAN, 1989: 75)*

II.1.2.- MODELOS DE VULNERABILIDAD PSICOLOGICA

SCHOTTE Y CLUM (1982; 1987) presentan un modelo de vulnerabilidad al estrés que queda explicado por un déficit cognitivo en la resolución de problemas en los individuos suicidas, esto es, por una cierta vulnerabilidad psicológica de los sujetos. Se comprueba que los sujetos en cuestión muestran deficiencias en la resolución de problemas impersonales e interpersonales, así como más estrés y desesperanza.

LUSCOMB et al. (1980) proponen la existencia de unos factores mediadores entre el estrés y el intento de suicidio. En los sujetos denominados

"congruentes externos" -aquellos que creen que los refuerzos son no contingentes con sus conductas- el estrés se relaciona con el parasuicidio. Estos resultados muestran que el estrés, unido a cierta característica cognitiva, puede provocar un tipo de conducta suicida.

LINEHAN Y SHEARIN (1988), por su parte, proponen un modelo socio-conductual de la conducta suicida a través del cual defienden que la combinación de ciertas características situacionales con determinados factores personales es la mejor forma de predecir la conducta suicida; en definitiva, que la conducta suicida es el resultado de la interacción dinámica entre el individuo y el ambiente. El estrés ambiental unido a la vulnerabilidad personal y a las expectativas de la efectividad de suicidio son los ingredientes explicativos básicos:

> *"Brevemente, el modelo sugiere que las conductas suicidas son un resultado de a) el estrés generado tanto por la persona como por el ambiente combinado con b) factores de vulnerabilidad individual relacionados con incapacidad para resolver problemas, expectativas de vida negativas, y baja tolerancia al estrés junto con c) expectativas suicidogénicas sobre la efectividad del suicidio, comparado con otras estrategias, como medio de resolver los problemas individuales y el distrés." (LINEHAN Y SHEARIN, 1988)*

Estos autores defienden que las conductas suicidas, incluyendo el parasuicidio y el suicidio, representan un intento por parte del sujeto de resolver los problemas. En este sentido, se sitúan dentro del modelo de vulnerabilidad al estrés o modelo de diátesis-estrés.

En el Gráfico II.1 presentado a continuación se pueden observar los factores inmersos en el modelo explicativo del estrés, así como el modo en que éstos interactúan:

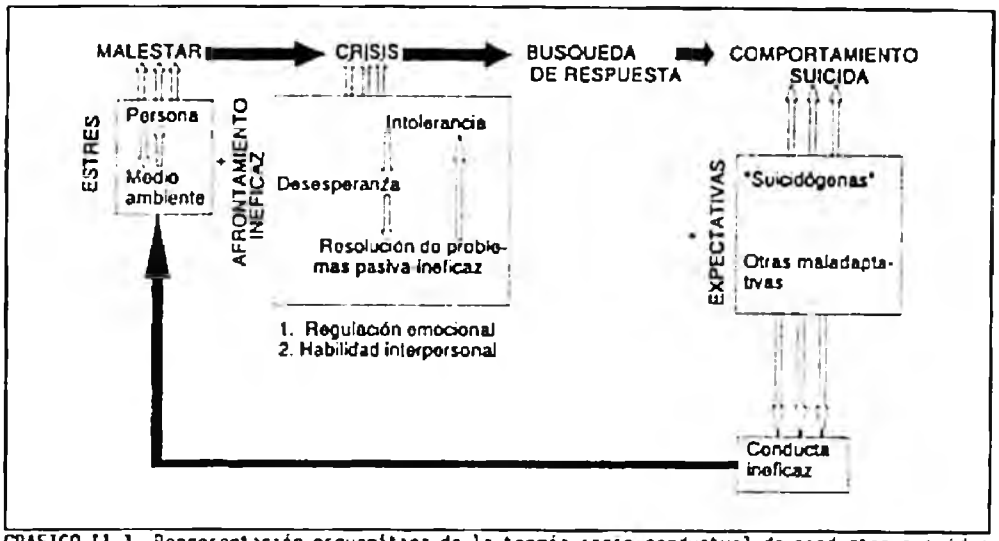

GRAFICO II.1. Representación esquemática de la teoría socio-conductual de conductas suicidas (LINEHAN Y SHEARIN, 1988: 270)

Señalan que el estrés puede ser ambiental o personal. Dentro del ambiental, las principales fuentes de estrés son la pérdida de alguna relación interpersonal, el conflicto social y la falta de apoyo social. Los sucesos estresantes negativos ocurridos en la propia persona se relacionan con la enfermedad, procesos de pensamiento incontrolable, emociones negativas, labilidad afectiva, en definitiva desórdenes psiquiátricos.

Los factores de vulnerabilidad más altamente relacionados con la conducta suicida se miden en función de los siguientes aspectos: a) habilidades para la resolución de problemas, que sirvan para reducir el estrés

ambiental y regular el malestar o distrés afectivo; b) esperanza y razones para vivir, incluso bajo situaciones que conllevan un estrés aparentemente insoportable; y c) tolerancia a altos niveles de malestar o distrés.

Los sujetos suicidas han mostrado menor capacidad para resolver problemas que los sujetos no suicidas, con mayor rigidez de pensamiento, menor número de estrategias de afrontamiento activo, etc. [39]. Por otra parte, tanto la presencia de altos niveles de desesperanza, como la inexistencia de razones para vivir entre los individuos suicidas han encontrado importante apoyo empírico. Poco se ha estudiado al respecto de la tolerancia al estrés en relación a la conducta suicida, aunque hay algún estudio que prueba una baja tolerancia a la frustración (CANTOR, 1976; NELSON et al., 1977).

Es comprensible que los sujetos con pocas habilidades de afrontamiento al estrés utilicen conductas inadecuadas para aminorar los efectos del estrés. El hecho de que se inclinen antes por el suicidio que por otro tipo de comportamientos tales como el tomar alcohol o drogas, sugiere, en opinión de los autores, que las expectativas que tengan dichos sujetos en torno a la efectividad del suicidio para resolver los problemas pueden ser importantes

---

[39] Las características cognitivas de los suicidas y su capacidad para resolver problemas están expuestas más ampliamente en otro apartado de esta exposición dedicado al afrontamiento al estrés.

en la explicación de la conducta suicida [40].

En resumen, el modelo socio-conductual de suicidio es un modelo de vulnerabilidad al estrés en el que la falta de capacidad para afrontar eficazmente los problemas asociada a sentimientos de desesperanza, falta de razones para vivir, baja tolerancia al estrés y expectativas positivas en torno a la eficacia del suicidio son los factores claves explicativos de la conducta suicida. Este modelo supone la consideración de factores ambientales en conjunción con factores personales en un proceso dinámico que intervenga en la etiología de la conducta suicida; es, por lo tanto, un modelo dinámico que explica el suicidio a través de la vulnerabilidad personal al estrés ambiental e individual.

II.1.3.- MODELOS DE VULNERABILIDAD PSICO-SOCIAL

Se incluyen dentro de este epígrafe aquellas explicaciones que consideran la existencia de factores de vulnerabilidad tanto de tipo psicológico como social. Se citan entre ellos los trabajos de GARFINKEL (1986), y de BONNER Y RICH (1987).

---

[40] No obstante, se puede entender la conducta suicida sin recurrir a las expectativas de eficacia del suicidio como método do solucionar los problemas. El mero hecho de que una persona no tenga esperanza en el futuro ni ninguna razón importante para vivir pueden explicar que se quiera quitar la vida como medio para escapar a un sufrimiento percibido como insoportable.

GARFINKEL (1986) considera que un apoyo social deficiente es un factor de vulnerabilidad [41]. Así, propone un modelo de la patogénesis del suicidio en el que se incluyen elementos psicosociales (ver Gráfico II.2):

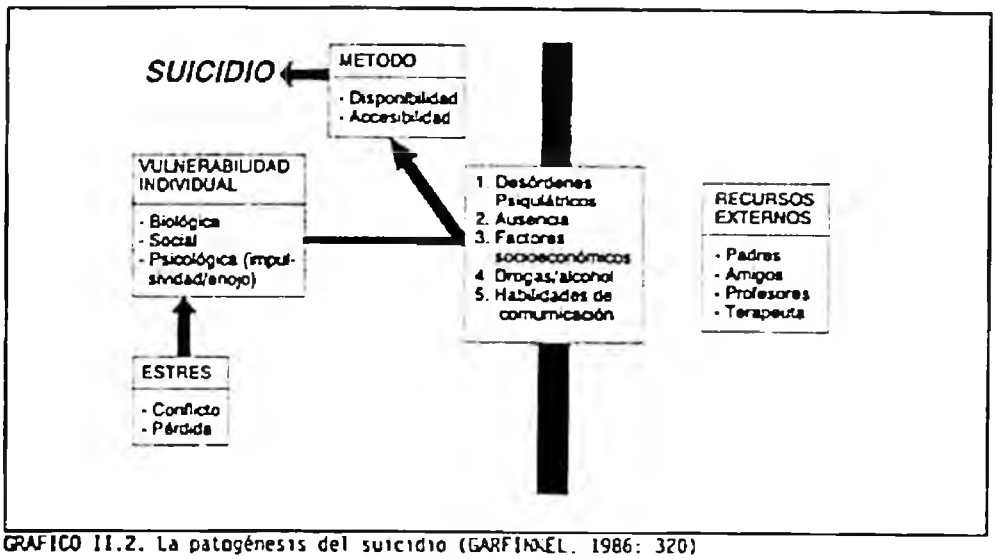

GRAFICO II.2. La patogénesis del suicidio (GARFINKEL, 1986: 320)

Este modelo defiende que los individuos vulnerables que están sufriendo estrés, y que no utilizan la ayuda de las personas de su entorno, cuando tienen un método disponible, pueden cometer suicidio.

SLARK (1986) comprueba que los factores de riesgo del intento de suicidio en los adolescentes son tanto de naturaleza social y ambiental -cohesión familiar, estrés- como psicológica -depresión, desesperanza-, lo que le lleva a conceptualizar dicha conducta como resultado de la interacción de

[41] En este aspecto se diferencian de LINEHAN Y SHEARIN (1988), quienes consideran la falta de apoyo social una fuente de estrés y no tanto un factor de vulnerabilidad.

estos factores. Del mismo modo, KUDA (1990) estima la tendencia suicida de una muestra de estudiantes en función de predictores psicológicos -características de personalidad, psicosociales -valores y metas personales-y socioeconómicos -ej. tasas de desempleo.

BONNER Y RICH (1987) proponen un modelo preliminar predictivo de la conducta suicida. Parten de la hipótesis de que la conducta suicida es un proceso que ocurre fruto de las interacciones/ transacciones de una variedad de variables cognitivas, sociales, emocionales y ambientales. Un intento de diseñar tal modelo aparece en el Gráfico II.3.

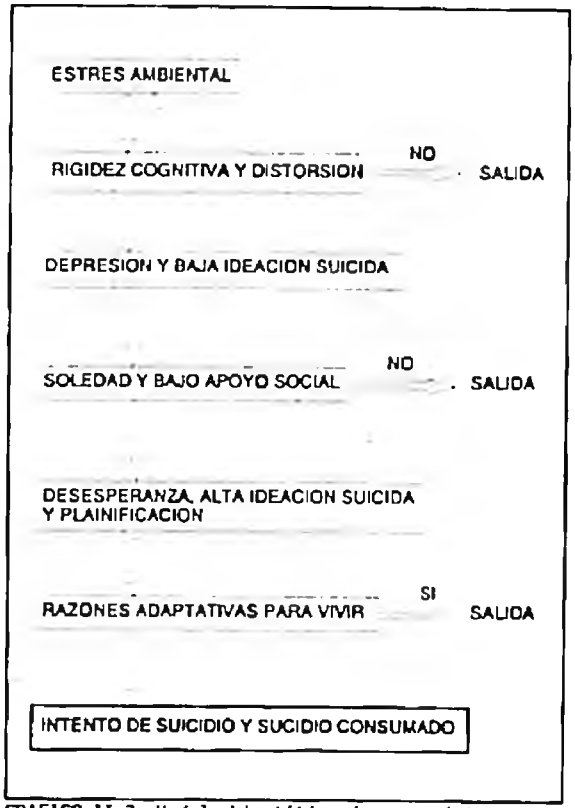

GRAFICO II.3. Modelo hipotético de vars. interpers., cognitivas y ambientales que llevan a conducta suicida (BONNER Y RICH, 1987: 53)

En primer lugar, el modelo sugiere que la interacción del estrés ambiental con las distorsiones/rigidez cognitiva puede provocar depresión. De acuerdo con SCHOTTE Y CLUM (1982) la depresión es el mejor predictor de la ideación suicida cuando el nivel es bajo. En segundo lugar, los individuos

deprimidos que no se sienten apoyados por el entorno tienen más probabilidad de desarrollar desesperanza, predictor de los niveles más altos de ideación y de la conducta suicida. Sin embargo, no todos los sujetos que experimentan desesperanza y fuerte ideación suicida intentan suicidarse. Por lo tanto, debe haber otros factores implicados. Los autores proponen que las razones para vivir constituyen unas creencias adaptativas que podrían intervenir en este proceso y que los sujetos que no tienen unas fuertes razones para vivir son más proclives a resolver el estrés y la desesperanza a través de la conducta suicida, pasando de la ideación a niveles más altos en peligrosidad.

El primer intento para validar el modelo de forma empírica muestra que la depresión, la inefectividad percibida para resolver problemas, la soledad y la desesperanza no son independientes unas de las otras, sino que se combinan para formar un estado afectivo negativo denominado "componente de alienación social-emocional" que subyace en el individuo suicida (BONNER Y RICH, 1987).

Por su parte, la rigidez cognitiva y las ideas irracionales forman un componente de las distorsiones cognitivas que puede interactuar con el estrés para comenzar el proceso suicida. Asimismo, la razones para vivir y las cohesión familiar parecen formar un componente que puede describirse como deficiencia en recursos adaptativos inter e intrapersonales [42]:

---

[42] La consideración de los recursos adaptativos interpersonales y del apoyo social justifica la inclusión de este modelo dentro de las explicaciones de vulnerabilidad psicosocial.

"El presente estudio demostró que el Factor Alienación social-emocional era un predictor estable de todas las puntuaciones de la conducta suicida, desde la baja a la alta ideación (con un plan) y el intento. El Factor Distorsiones cognitivas, por otro lado, se convirtió en un importante predictor de los niveles medios de ideación suicida y permaneció relativamente estable a medida que aumentó el grado de conducta suicida. Por último, el Factor Deficiencia de recursos adaptativos combinado con el Factor Alienación social y con el Factor Distorsiones cognitivas predijo las puntuaciones de más alta conducta suicida -alta ideación (con un plan) e intentos. Debido a los pocos sujetos que intentaron suicidarse, esta última conclusión es sólo tentativa." (BONNER Y RICH, 1987: 61)

En resumen, el estudio empírico ofrece un apoyo parcial al modelo preliminar predictivo de suicidio propuesto por los autores.

Estos mismos autores (RICH Y BONNER, 1987) realizan una investigación para probar la validez concurrente del modelo de vulnerabilidad al estrés explicativo de suicidio propuesto por ellos. Los resultados confirman que la combinación de la depresión, pocas razones para vivir, la soledad y el estrés negativo predicen la ideación suicida. Por otra parte, la combinación del pensamiento actual de suicidio con la desesperanza, pocas razones para vivir y las disfunciones cognitivas, explican buena parte de la varianza de la probabilidad de suicidio futuro declarada por los sujetos.

En un intento por probar la validez predictiva del modelo de vulnerabilidad al estrés explicativo de la conducta suicida, BONNER Y RICH (1988a) realizan un estudio longitudinal en una muestra de estudiantes universitarios. En el primer momento de la medición se recogen las

puntuaciones de las variables de vulnerabilidad confirmadas en los anteriores estudios, midiéndose en el segundo momento el estrés y la ideación suicida, además de los factores de vulnerabilidad.

Los resultados muestran que la alienación social-emocional y las pocas razones para vivir, predicen la ideación suicida en el segundo momento. Sin embargo, ninguna de las interacciones entre estas variables contribuye significativamente a explicar parte de la varianza en ideación suicida. De aquí se puede deducir que la ideación suicida es una función de la combinación de la alienación y de la falta de razones para vivir pero no de sus interacciones.

Por otra parte, se comprueba que la ideación suicida en el tiempo 2 es una función de la combinación de los factores de vulnerabilidad en el tiempo 1 y el estrés en el tiempo 2 pero no de sus interacciones. Estos resultados llevan a los autores a sugerir que, tal vez, los factores mencionados no sean tanto de vulnerabilidad cuanto de riesgo:

> *"Estos hallazgos sugieren que la alienación social-emocional, las deficientes razones para vivir, el estrés situacional y el estrés de vida acumulativo deberían considerarse factores de «riesgo» más que factores de vulnerabilidad en el desarrollo de la ideación suicida." (BONNER Y RICH, 1988a: 255)*

No obstante estos resultados, los autores llevan a cabo otro estudio longitudinal para comprobar cómo actúan diversas variables en la

predicción de la conducta suicida (BONNER Y RICH, 1991a). Los resultados del estudio sugieren que los factores de alienación emocional, distorsiones cognitivas, y deficientes recursos adaptativos predicen la vulnerabilidad a desarrollar desesperanza bajo condiciones de estrés. Cada factor medido en el tiempo 1 interactúa con el estrés de vida negativo medido en el tiempo 2 para predecir desesperanza:

> *"Teóricamente se puede asumir que los individuos que se sienten deprimidos y alienados, están rigidamente adscritos a expectativas poco realistas y a creencias irracionales y que tienen pocos recursos personales y sociales adaptativos para afrontar el estrés de un modo efectivo, son vulnerables al desarrollo de las expectativas de desesperanza. Cuando se sitúan bajo situaciones de estrés vital negativo y situaciones de crisis, tal esquema tiene probabilidades de activarse." (BONNER Y RICH, 1991a: 10)*

En otro de sus trabajos empíricos, BONNER Y RICH (1991b) comprueban que la baja valoración de la eficacia personal para resolver problemas, la alienación social percibida, la existencia de pocas razones para vivir y las creencias irracionales interactúan con el estrés del ambiente carcelario para predecir la puntuación de desesperanza en una población reclusa.

En una muestra de adolescentes KIRKPATRICK-SMITH, RICH et al. (in press) estudian el poder que tienen ciertas variables de vulnerabilidad psicológica y el abuso de sustancias como predictores de ideación suicida. La depresión, la desesperanza, pocas razones para vivir y problema de abuso de

sustancias son las cuatro variables que, combinadas linealmente, predicen el 52% de la varianza de las puntuaciones en ideación suicida.

Los mismos autores (RICH, KIRKPATRICK et al., in press) comprueban que la ecuación compuesta por las cuatro variables citadas -depresión, desesperanza, abuso de sustancias, y pocas razones para vivir- predice la puntuación de ideación suicida en ambos sexos. Sin embargo, predice significativamente más en las chicas -57%- que en los chicos -46%-.

RUDD (1990), por su parte, propone un modelo integrador en el que relaciona variables demográficas con estrés, depresión, desesperanza y con la ideación suicida. Encuentra que el estrés es un predictor significativo tanto de la depresión como de la desesperanza, las cuales median la relación entre el estrés y la ideación suicida.

II.1.4.- MODELOS DE VULNERABILIDAD BIOPSICO-SOCIAL

Dentro de los modelos de vulnerabildidad "omniabarcantes" explicativos de la conducta suicida, se citan el modelo arquitectónico de MACK (1986) y el "Estado de la Mente" de RICH Y BONNER (1991).

MACK (1986: 56) propone un modelo arquitectónico del suicidio

adolescente compuesto por distintos elementos procedentes de diferentes áreas del saber y que permiten explicar la conducta autodestructiva desde una perspectiva multidimensional. El primer elemento viene dado por el macrocosmos o contexto sociopolítico; el segundo, por la vulnerabilidad biológica del sujeto; el tercer componente lo constituyen las experiencias vividas en las primeras etapas del desarrollo; el cuarto, la estructura y organización de la personalidad, especialmente de la autoestima; en quinto lugar, las relaciones objetales que mantiene el individuo y el estado de tales relaciones cuando se desarrolló la preocupación suicida; por último, se debe considerar tanto la evidencia de patología y depresión clínica como la relación con la muerte, así como las circunstancias en el momento del análisis clínico.

RICH Y BONNER (1991), tras una larga experiencia investigadora en los factores de riesgo de suicidio proponen un modelo dinámico denominado "Estado de la Mente" explicativo de la conducta suicida. Este modelo se sitúa dentro de un paradigma biopsicosocial más amplio. Los puntos básicos del modelo son:

- El suicidio es un proceso dinámico y no un suceso estático.
- La conducta suicida está multideterminada.
- La conducta suicida es el final de un camino común que ocurre a través de la influencia transaccional de un número de variables biopsicosociales.

- La conducta suicida es un "estado de la mente" que varía en intensidad, frecuencia y letalidad dependiendo de la influencia variable de los aspectos biopsicosociales.
- Ciertas variables se hacen más importantes en diferentes puntos del proceso para llevar a las personas hacia o fuera de un intento de suicidio real.

El proceso suicida es visto como algo dinámico y circular, del que los individuos pueden salir o al que pueden volver a entrar. En este sentido, ya que las víctimas suicidas y los que realizan un intento parecen provenir de los "ideadores" de suicidio, la comprensión del proceso suicida y de los factores que transforman la ideación en planificación y en acción, es, en opinión de estos autores, un importante paso en favor de la prevención y del tratamiento de la conducta suicida.

RICH Y BONNER (1991) entienden la conducta suicida desde el paradigma transaccional propuesto por LAZARUS Y FOLKMAN (1986a). El paradigma transaccional enfatiza la presencia de múltiples causas en la conducta humana que actúan de una manera circular y bidireccional. Los factores que influyen en la conducta pertenecen tanto al nivel biológico como social y psicológico. Estos factores actúan unos con otros de una forma bidireccional.

RICH Y BONNER (1991) diseñan un Gráfico (II.4) donde sitúan

la estructura biopsicosocial de la conducta suicida:

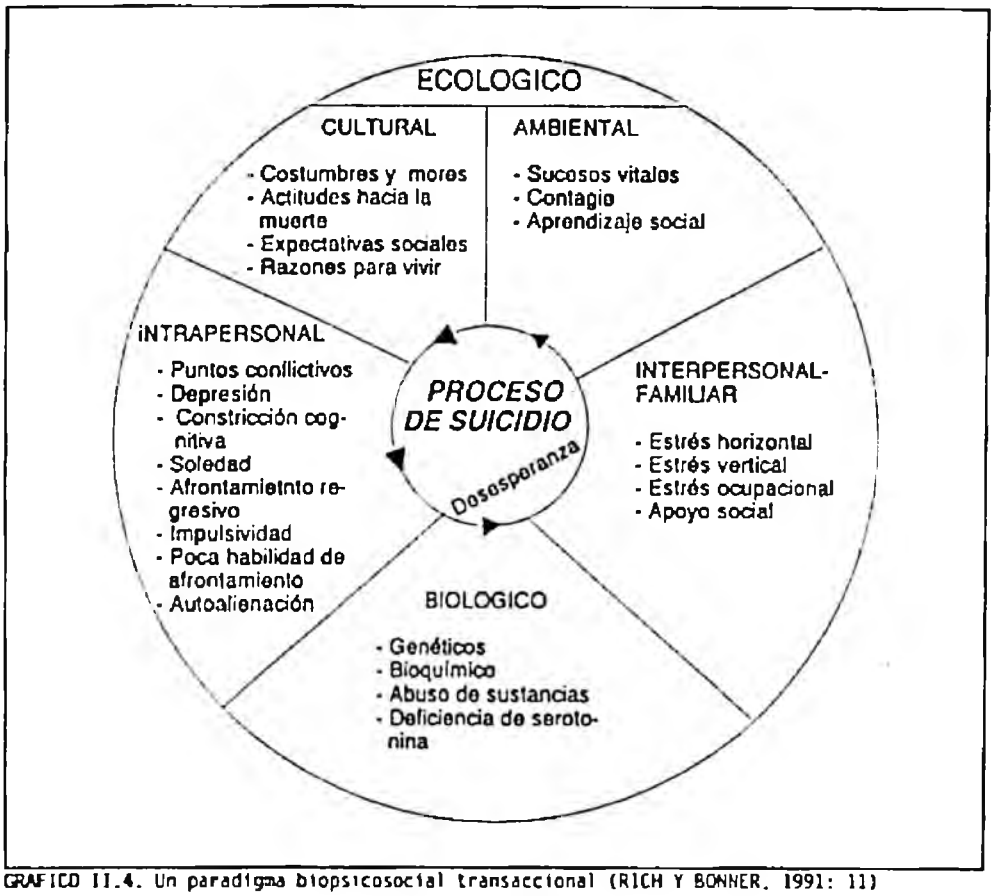

GRAFICO II.4. Un paradigma biopsicosocial transaccional (RICH Y BONNER, 1991: 11)

Todos los factores presentados se han relacionado con la conducta suicida en estudios univariados. Sin embargo, en opinión de los autores, ninguno de ellos parece ser necesario o suficiente en sí mismo para que aparezca un intento de suicidio. Parece que una combinación de factores interactúa para resultar en un intento de suicidio, aunque la combinación exacta puede variar en función del sexo, la raza, la personalidad, o factores culturales.

A nivel intrapersonal, la depresión, la desesperanza, la constricción cognitiva, la soledad, el abuso de sustancias, la impulsividad y las habilidades pobres de afrontamiento, constituyen las variables relacionadas más frecuentemente con la conducta suicida.

A nivel biológico, características genéticas, a través o no de su incidencia en los desórdenes afectivos y variables bioquímicas tales como las deficiencias funcionales de serotonina, parecen relacionarse con el suicidio.

A nivel interpersonal, las relaciones familiares simbióticas, la inestabilidad y desorganización familiar, etc., son aspectos que se han visto relacionados con el suicidio.

A nivel ecológico, la exposición a modelos suicidas, los cambios en la organización de la comunidad, el cambio de los roles sexuales, pueden, asimismo, incidir en la conducta autodestructiva.

Pues bien, el modelo de suicidio del "Estado de la Mente" propone que el individuo entra en el proceso suicida con pensamientos de suicidio pasivos secundarios a un afecto negativo como pueden ser la depresión y el enfado en respuesta a un suceso negativo. El individuo con habilidades para afrontar la situación resolverá la crisis y saldrá del proceso suicida (salida 1). La falta de habilidades de afrontamiento y las constricciones

cognitivas aparecen dando lugar a un aumento de la desesperanza. Esto aumenta la probabilidad de que el suicidio se considere una solución viable a los problemas y el individuo puede comenzar a pensar más activamente en la autodestrucción.

Además de las constricciones cognitivas, otras variables destacan en el estado de consideración activa del suicidio. El estrés crónico, el afrontamiento inadecuado a través del uso de alcohol y drogas, el aislamiento social causado por la soledad o la pérdida o ausencia de apoyo social, sirven para aumentar la desesperanza y, por tanto, la intención suicida. Por otra parte, un afrontamiento adecuado, experiencias positivas y el apoyo social pueden ayudar al individuo a salir del proceso suicida (salida 2).

Aunque el suicidio es considerado como una solución al dolor emocional, la existencia de ciertas razones para vivir tales como las obligaciones familiares, o creencias morales pueden actuar en contra de un intento de suicidio activo. En este momento, las distorsiones cognitivas, que impiden el acceso a las razones para vivir, el abuso de sustancias y el acceso a armas letales son aspectos importantes. Además, la depresión y el abuso de sustancias pueden aminorar los niveles de serotonina, desinhibiendo la represión de los impulsos suicidas. Dependiendo de la letalidad del intento y de la presencia o no de intervención, el intento de suicidio puede ser exitoso o no. Si no es exitoso, el individuo puede o no recibir tratamiento y salir o no del

proceso suicida.

En resumen, nos encontramos con un modelo dinámico en el que variables de distintos niveles -biológico, psicológico, social- interactúan unas con otras favoreciendo o dificultando que el individuo continúe o no en el proceso suicida.

A la vista de lo presentado en este apartado, se puede llegar a la conclusión de que la mayoría de los intentos de explicar el suicidio desde una perspectiva multidimensional defienden el modelo de vulnerabilidad al estrés según el cual, determinadas características o déficits de los individuos y de su entorno les hace más vulnerables al estrés, menos capaces de afrontarlo y más proclives a sufrir sus consecuencias.

La convicción de que el suicidio debe entenderse como un proceso dinámico sobre el que puede actuarse concede una esperanza para la predicción y prevención del suicidio. No obstante, las dificultades para comprobar empíricamente algunos de estos modelos transaccionales y dinámicos explican los problemas que, de hecho, entraña la predicción de las conductas suicidas.

II.2.- HACIA UN MODELO SOCIOINDIVIDUAL INTEGRADO DE LA CONDUCTA SUICIDA

El modelo, entendiendo éste como un sistema de hipótesis lógicamente articuladas entre sí (QUIVY Y VAN CAMPENHOUDT, 1985: 131), que se expone a continuación está basado en los intentos realizados hasta el momento de ofrecer un modelo social-individual de la conducta suicida (RICH Y BONNER, 1991; LINEHAN Y SHEARIN, 1888) y supone un intento más de aunar los dos enfoques tradicionales -el enfoque social y el individual- en una visión integradora explicativa de la conducta suicida. Consta, por tanto, de componentes sociales, individuales y psicosociales. Una vez presentado sintéticamente el modelo en cuestión, se describen más detalladamente los aspectos integradores y sus vinculaciones con la conducta suicida.

En los apartados que siguen, se enuncian las características principales del modelo, y se exponen brevemente los distintos aspectos que lo integran, el proceso de influencia explicativo de la conducta suicida y las relaciones entre las distintas variables.

La propuesta presentada aquí supone, como los explicados en el apartado anterior, un modelo de vulnerabilidad al estrés. Basándose en las aportaciones de BONNER Y RICH (1987), entre las características más

destacadas de este modelo se pueden citar las siguientes:

- Socioindividual. Las variables determinantes de la conducta suicida son de carácter social, biológico, psicológico y psicosocial. Quiere esto decir que la autodestrucción no puede explicarse sólo desde las características culturales y/o macrosociales ni sólo desde las variables individuales, sino que ambas tienen un posible efecto como determinantes de dicha conducta, junto con determinados aspectos psicosociales, como pueden ser las distintas fuentes de influencia del ambiente social inmediato del individuo y de las relaciones de dicho individuo con su entorno.

- Integrado. El modelo intenta integrar una serie de variables en un conjunto.

- Explicativo. Propone un modo de explicar la conducta suicida en función de unos factores determinantes.

- Circular. Se entiende la conducta suicida como un proceso circular, en el que unas variables influyen en otras y, a medida que aumentan ciertas variables, aumenta la letalidad de la conducta suicida.

- Multidireccional. Cada tipo de variable puede recibir influencia de las demás y puede influir en el resto.

- Compensatorio. No es necesaria la presencia de todas las variables para que se dé la conducta suicida. Un sólo aspecto puede determinar la tendencia a la autodestrucción -al menos en un nivel bajo de letalidad- y compensar, en cierto sentido, la no existencia de otras características con potencial determinación al suicidio.

- Combinatorio. La combinación de varios factores aumenta la predisposición al suicidio. Por ejemplo, la existencia de alta cantidad de estrés en la vida de un individuo junto con una deficiente capacidad de enfrentarse a los problemas resultará en un mayor nivel de ideación suicida que si se diera solamente uno de los dos aspectos.

- Abierto. Permite la inclusión de nuevas variables explicativas del suicidio y la modificación de las presentadas en la actualidad, en función de los datos procedentes de la investigación empírica. De esta forma se conseguiría un enriquecimiento progresivo del modelo aquí presentado.

- Predictivo. Estudia las variables que se relacionan con conductas suicidas supuestamente previas al suicidio consumado -ideación de suicidio, intento de suicidio e intención suicida-, y con el suicidio en sí, lo que permite predecir la conducta suicida como tal.

- Preventivo. Es una consecuencia del anterior. Si se pueden determinar qué

variables se asocian con las respuestas previas al suicidio, la actuación sobre ellas podría detener el proceso.

Se han agrupado los variables en dos grandes grupos (ver Gráfico II.5). El primero se ha llamado "contexto socio-individual del suicidio" mientras el segundo agrupa el denominado, siguiendo la terminología de RICH Y BONNER (1991) "estado mental suicida". Como toda clasificación, ésta puede pecar de artificial, dado que tanto los factores incluidos en el contexto socio-individual, como los presentados dentro del grupo del estado mental, podrían, en cierta manera, pertenecer a ambos grupos. En el apartado siguiente se presentan las variables incluidas en cada uno de los grupos que forman el modelo.

II.2.1.- CONTEXTO SOCIO-INDIVIDUAL DE LA CONDUCTA SUICIDA

Se incluyen aspectos que caracterizan el ámbito social, tanto general como inmediato, y el entramado psicológico y biológico individual del sujeto [43], que se han visto, de alguna u otra forma, relacionados con la conducta suicida.

---

[43] La localización de las variables en uno u otro apartado ha resultado problemática debido a la relación tan estrecha que tienen los "contextos". La elección depende, en parte, del punto de vista del investigador.

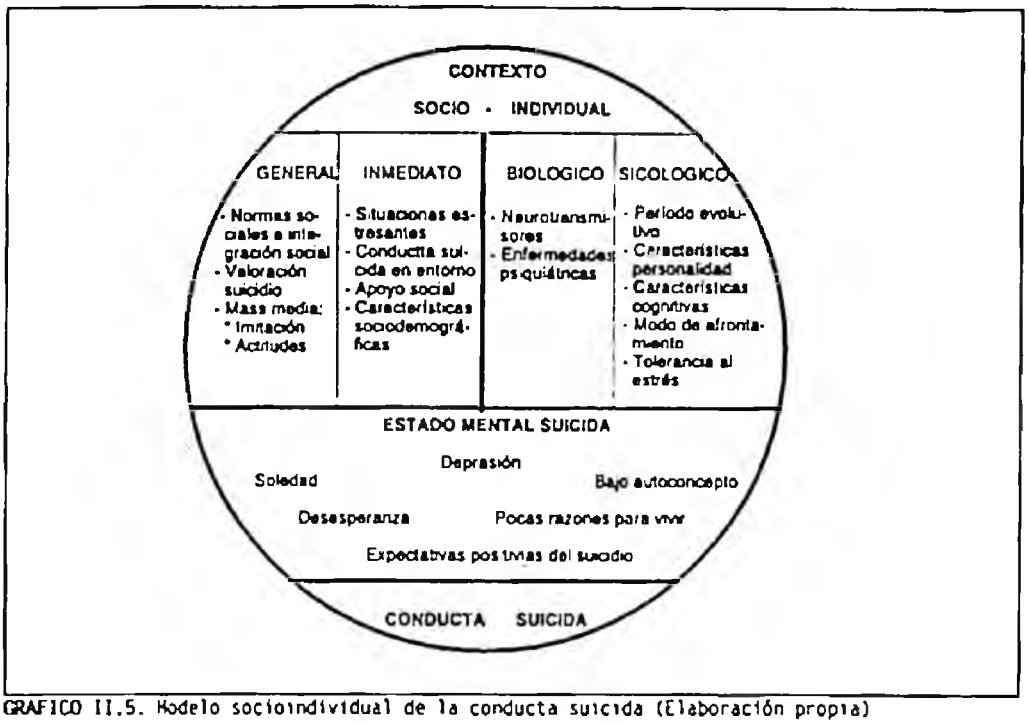

GRAFICO II.5. Modelo socioindividual de la conducta suicida (Elaboración propia)

II.2.1.1.- CONTEXTO SOCIAL GENERAL

El enfoque sociológico del suicidio afirma que ciertas características de la sociedad inciden en el número de suicidios que dicha sociedad presenta. Nos encontramos en una sociedad muy cambiante, competitiva, en la que la comunicación entre las personas se hace cada vez más difícil, sobre todo en el ámbito urbano. La relación de la falta de integración con la tasa de suicidio es algo afirmado y reconocido por muchos autores. Así, por ejemplo, DURKHEIM (1965) habla del suicidio egoísta y del suicidio anómico como consecuencia de la falta de normas e integración

sociales [44].

La **valoración** que del suicidio hacen la sociedad y la cultura occidental le llegan al individuo a través de un proceso de socialización e influyen en su propia valoración del suicidio y en la probabilidad de que se lo plantee como posible salida o solución a sus problemas. De ahí la gran importancia que está adquiriendo la investigación de las actitudes hacia el suicidio. BOLDT (1989) afirma que la sociedad está cambiando hacia una concepción del suicidio como algo racional, lo cual puede favorecer tanto la justificación del suicidio, sobre todo entre los jóvenes, como la "amoralidad" de la intervención:

> *"Creo que nuestra reconcepción del suicidio en términos de «racionalidad» y «derechos» está proporcionando un vocabulario de motivos, significados y racionalizaciones los cuales serán usados por los jóvenes aturdidos para interpretar la opción del suicidio no sólo como más aceptable sino también como más significativa, propositiva y apropiada." (BOLDT, 1989: 8)*

MARRA Y ORRU (1991), en cambio, argumentan en favor de un proceso social hacia la mayor tolerancia del suicidio:

> *"... la supresión de sanciones legales en las sociedades modernas no es un fenómeno patológico, sino que expresa una reducción consistente de*

---

[44] Precisamente la Psicología Comunitaria se soporta bajo la idea de que la desorganización y la desintegración social, así como la disolución de las redes de apoyo y de los grupos sociales primarios es un factor clave para la génesis de los problemas psicosociales actuales (GRACIA et al., 1990), entre los que puede incluirse la conducta suicida.

las trabas impuestas exteriormente sobre los individuos suicidas." (MARRA Y ORRU, 1991: 285)

La importancia de los medios de comunicación en el suicidio es otro de los aspectos a considerar dentro del contexto social general. El efecto de la publicación y presentación de conductas suicidas y la posibilidad de imitación por parte del público es un aspecto muy estudiado (BOLLEN Y PHILIPS, 1982; KESSLER, 1984; PHILLIPS Y CARSTENSEN, 1986; STACK, 1987; PHILLIPS, 1989; STEEDE Y RANGE, 1989). A pesar de las dificultades metodológicas que conlleva este tipo de estudios, los resultados de las investigaciones parecen sugerir que los adolescentes son más propensos a la imitación del suicidio que los adultos (OSTROFF Y BOYD, 1987; GOULD Y SHAFFER, 1989), aunque los propios adolescentes se consideran a sí mismos inmunes al contagio (McDONALD Y RANGE, 1990).

Además del posible proceso imitativo que provocan, los medios de comunicación pueden influir en la conducta suicida, favoreciendo la distribución y extensión de ciertos valores y actitudes sociales hacia el suicidio. Las actitudes hacia el suicidio es un tema que, como se ha dicho, ha interesado a muchos autores y que ha dado lugar al diseño de escalas e instrumentos de medición (SHNEIDMAN, 1970; DOMINO, MOORE et al., 1982; STILLION, WHITE et al., 1984; DIEKSTRA Y KERKHOF, 1989) y a numerosos estudios tanto en población adulta (GINSBURG, 1971; DELUTY, 1988-89a, b; DROOGAS, et al., 1982-83; STILLION et al. 1989; MARKS, 1988-89;

REYNOLDS Y CIMBOLIC, 1988-89; DOMINO Y MILLER, 1992) como adolescente y jóven (GONZALEZ, 1983; GIBSON et al., 1985; WELLMAN Y WELLMAN, 1986; DOMINO Y LEENARS, 1989; DOMINO, 1988; DOMINO et al., 1988-89; DOMINO, 1990b) e infantil (DOMINO et al. 1986-87), así como en poblaciones directamente vinculadas con la salud y la asistencia, tales como médicos, sacerdotes, etc... (SCHÖNY Y GRAUSGRUBER, 1985; SOUBRIER, 1985; SWAIN Y DOMINO, 1985).

En todo caso, el papel que tienen los medios de comunicación, tanto a través de la posibilidad de imitación como a través de su papel como difusor de actitudes y valoraciones del suicidio, no se concce con certeza en la actualidad. Son solamente una característica más del entorno social en el cual la conducta suicida puede ser aprendida (SCHMIDTKE Y HAFNER, 1989).

En función de las variables sociales mencionadas, DIEKSTRA (1985) sugiere que el aumento del suicidio adolescente en los países de la Comunidad Económica Europea puede estar relacionado con la asunción de que el suicidio puede ser una forma de solucionar los problemas y con una asimilación de las actitudes sociales al respecto [45].

---

[45] Intimamente relacionado con este resultado está el hecho de que en el mundo cinematográfico, la incidencia de conducta suicida es muy superior a la estimada en la realidad. De hecho, es relativamente fácil "predecir" el fatal destino de muchos de los protagonistas cuando aparecen sometidos a una situación estresante. El tinte de realidad con que se rodean los largometrajes, puede hacer a la joven y adolescente audiencia confundir la realidad con la fantasía y "cotidianizar" la conducta suicida.

II.2.1.2.- CONTEXTO SOCIAL INMEDIATO

El individuo, además de estar inmerso en una sociedad y en una cultura determinada, está anclado en un entorno específico. Ciertas características de este círculo inmediato se relacionan con el suicidio (ver Gráfico II.5).

En primer lugar, el sujeto vive una serie de sucesos o situaciones que pueden ser estresantes y problemáticas para él. Estas situaciones estresantes o sucesos vitales negativos se relacionan con el suicidio. Los eventos que más frecuentemente se han encontrado entre la población suicida tienen que ver con la pérdida y el conflicto interpersonal. Entre adolescentes, la presión académica (PECK et al., 1985; GUILLON et al. (1987); KERFOOT (1988), los "hogares rotos" (WALSH, 1987; CURRAN, 1987; McKEIGHEN, 1989; HAWTON, 1989), los conflictos familiares y fracasos amorosos (PECK et al. 1985) son los sucesos más repetidos. La enfermedad supone otro tipo de suceso que puede tener un efecto negativo estresante en la persona y en el entorno.

La presencia de conducta suicida en el entorno puede dar lugar al aprendizaje del suicidio como una forma de afrontar los problemas. De hecho, hay investigaciones que demuestran la relación del suicidio con el acontecer de otras conductas suicidas en un entorno cercano, como puede ser

la familia o los compañeros (BERMAN Y CARROLL, 1984; CURRAN, 1984; KERFOOT, 1979, 1988; McKENRY et al., 1982; ROBBINS Y CONROY, 1983; HAFEN Y FRANDSEN, 1986, BECHTOLD, 1988). La incidencia de un excesivo número de conductas suicidas ocurridas en cierto período corto de tiempo y en un entorno geográfico cercano da lugar al denominado "cluster suicida". Esta incidencia se ha explicado en términos de "contagio" entendiendo por ello, el proceso por el cual un suicidio facilita la ocurrencia de un subsecuente suicidio. El contagio asume el conocimiento directo o indirecto del suicidio anterior. La imitación, o proceso por el cual un suicidio se convierte en un modelo obligatorio para sucesivos suicidios, es una teoría subyacente que permite explicar el contagio (GOULD et al., 1989: 17-18).

No obstante, el papel tanto de la imitación como de la herencia en la conducta suicida, son cuestiones, como se ha explicado al referirse al efecto de los medios de comunicación, que todavía no se han resuelto.

El apoyo social que el sujeto recibe de las personas que le rodean (familia, amigos...) parece incidir en el desarrollo de conducta suicida. El apoyo social favorece el afrontamiento a los problemas y, por lo tanto, posibilita una solución adecuada a las situaciones de estrés. La falta de apoyo social, procedente de familias desestructuradas, se ha relacionado con la conducta suicida de los adolescentes (ADAM, LOHRENX et al., 1982; KERFOOT, 1987; BOTBOL, ANGEL et al. 1988).

El estudio de las características sociodemográficas en relación con el suicidio arroja una serie características consideradas "de riesgo". A saber, el sexo femenino es más propenso a desarrollar intentos de suicidio y el masculino a cometer suicidio (OZAMIZ, 1988a; EVANS Y FARBEROW, 1988; MANIAM 1988; ELLIS Y RANGE 1989a; DOOLEY, 1990). En cuanto a la edad, es la vejez la que, en números absolutos, da cuenta de más muertes por suicidio en tanto que la juventud es la que, en términos relativos, supone el grupo de mayor riesgo (DIEKSTRA Y MORITZ, 1987); riesgo que, de hecho, va en aumento (GOLDNEY Y KATSIKITIS, 1983). Se han encontrado más conductas de suicidio entre los desempleados que entre los trabajadores (HAWTON, 1987; PECK, 1987).

Todas las características sociales, tanto del ámbito social general como del ámbito social específico, constituyen factores que se relacionan con la conducta suicida. No obstante, la necesidad de explicar, por un lado, por qué individuos que comparten todas las características sociales de riesgo no cometen suicidio y, por otro, por qué algunos sujetos que no forman parte de los grupos de riesgo se suicidan, hace necesaria la consideración de otras características, esta vez provenientes del propio individuo.

II.2.1.3.- ENTRAMADO INDIVIDUAL DEL SUJETO SUICIDA

Varias características del individuo se han visto relacionadas con la conducta suicida. Estas características se refieren tanto al ámbito biológico-genético, como psicológico (ver Gráfico II.5).

Dentro del ámbito biológico, los niveles de serotonina, el papel de los neurotransmisores en la aparición de conductas suicidas, las características genéticas del individuo, en relación a la presencia de enfermedades psiquiátricas en la familia o en ellos mismos, son factores que podrían influir en la autodestrucción (AMARAL, 1989; LAWRENCE, DE PAERMENTIER et al., 1990) y que habría que investigar e incluir en una propuesta de modelo multidimensional explicativo de la conducta suicida (RICH Y BONNER, 1991; DE CATANZARO 1980, 1981; CHABROL, GUELL et al., 1987).

Enfermedades psiquiátricas tales como los desórdenes afectivos, el alcoholismo y abuso de sustancias, y la esquizofrenia se han relacionado con la aparición de la conducta suicida (MILES, 1977; ROJAS, 1978; LANGLEY Y BAYATTI, 1984; HAWTON Y FAGG, 1988).

Desde el ámbito psicológico, se recogen las características del propio individuo, en función de personalidad, etapa de desarrollo, etc. En primer

lugar, el período evolutivo en el que se encuentra, marca una serie de peculiaridades. En la adolescencia -que es el período que más interesa en este estudio- la crisis de identidad, la búsqueda de la autonomía de los padres, etc., conllevan una serie de dificultades inherentes a dicho período evolutivo (GOODYER, 1988), que puede verse agravada por las exigencias de la sociedad actual (HAMBURG, 1989):

> *"Entonces, la experiencia social de la adolescencia es mayor, más amplia y cualitativamente diferente de la de la infancia. El incremento de autonomía personal conlleva un incremento de la posibilidad de experimentar sucesos que no pueden ser aminorados por factores familiares que previamente se habían considerado protectores frente a los sucesos estresantes y las dificultades." (GOODYER, 1988: 26)*

> *"El mecanismo básico de estas coordinaciones neuroendocrinas de la pubertad es de origen remoto y es básicamente común a las especies de mamíferos. Su efecto, sin embargo, puede modificarse por influencia ambiental y el contexto social. De hecho, en los hombres, los recientes hechos históricos han cambiado drásticamente la experiencia de la adolescencia de alguna forma haciéndola más difícil de lo que ha sido nunca." (HAMBURG, 1989: 4)*

HAIM (1970) habla de la tendencia a recurrir a la acción como una característica de la adolescencia que puede funcionar como un factor que podría, si no explicar, al menos influir en aspectos tales como el modo de llevar a cabo el acto suicida.

Se han realizado intentos de relacionar diferentes características de personalidad con la conducta suicida. No obstante, los resultados no han

sido demasiado concluyentes. En todo caso, la posibilidad de que ciertas características de personalidad sean factores de riesgo y no la causa del suicidio queda abierta. Ciertos desórdenes de personalidad (HULL et al., 1990), la ansiedad (MEHRABIAN Y WEINSTEIN (1985) y la impulsividad (RICH Y BONNER, 1991) son algunas de las peculiaridades de la personalidad asociadas a comportamiento suicida.

Se han encontrado ciertas características cognitivas en los individuos suicidas que han dado lugar a hipótesis que defienden éstas como factores de vulnerabilidad al estrés. La rigidez cognitiva (NEURINGER, 1964; ROTHERAM-BORUS, TRAUTMAN et al., 1990), el pensamiento dicotómico (NEURINGER Y LETTIERI, 1971; SCHOTTE Y CLUM, 1982), la dependencia de campo (LEVENSON Y NEURINGER, 1974), una menor capacidad para la resolución de problemas (LEVENSON Y NEURINGER, 1974; SCHOTTE et al. 1990), las distorsiones cognitivas (BRENT, KOLKO et al. 1990; BONNER Y RICH, 1987) son algunas de las características cognitivas que se han relacionado más frecuentemente con la conducta suicida.

Intimamente relacionado con las características cognitivas y, sobre todo con la incapacidad para resolver problemas está el modo de afrontamiento al estrés. Son muy pocos los estudios que investigan esta variable y su relación con el suicidio, aunque tanto los recursos como el modo de afrontamiento se han relacionado con la salud y el bienestar (HOLAGAN Y

MOOS, 1991), así como con el éxito y la estabilidad (CLAUSEN, 1991). En todo caso, parece que los individuos suicidas tienden a utilizar más frecuentemente que los no suicidas estrategias pasivas y de retirada para afrontar los problemas (ASARNOW et al. 1987; SPIRITO, BROWN et al. 1989); o viceversa, cuando los sujetos afrontan con éxito las dificultades de la vida, desciende la probabilidad de conducta suicida (NEIGER Y HOPKINS, 1988). De este hecho se deduce que los recursos y estrategias de afrontamiento adecuados a la situación pueden tener, de la misma manera que el apoyo social, un efecto amortiguador sobre el estrés, y aminorar los efectos negativos de éste sobre el bienestar (WHEATON, 1985).

La relación que el abuso de sustancias, alcohol y drogas (KOTILA Y LONNQVIST, 1987; SCHWARTZ et al., 1987; MCKENRY et al. 1983) y la presencia de conducta antisocial (BERMAN, 1987) tienen con el suicidio no es sino un ejemplo más de que los individuos suicidas utilizan estrategias poco eficaces para resolver los problemas, tales como la negación, el escape y/o la evitación.

Independientemente de la eficacia que tenga el sujeto para afrontar las situaciones difíciles, el nivel de tolerancia al estrés y la frustración es una característica del individuo que puede incidir en las consecuencias que tiene la presión ambiental sobre el sujeto (PECK, 1968; LINEHAN Y SHEARIN, 1988).

En definitiva, parece que existe una serie de características biológicas y psicológicas del individuo que se asocian a la conducta suicida. La imposibilidad de que estas características expliquen por sí solas la conducta de suicidio hace que se las considere factores de riesgo en la comprensión del suicidio.

II.2.2.- ESTADO MENTAL SUICIDA

Como se ha explicado, se toma el término "estado mental" del modelo de RICH Y BONNER (1991). Los aspectos incluidos bajo este epígrafe son de carácter fundamentalmente psicológico y se refieren a cómo percibe o siente el individuo aspectos tales como el futuro, su propia persona, etc. (ver Gráfico II.5).

Se entiende por "estado mental suicida" las características psicológicas que rodean y acompañan la conducta suicida [46]. Las variables que lo forman son la depresión, la desesperanza, la baja autoestima, la soledad, la falta de razones para vivir y las expectativas positivas en cuanto a la eficacia de la conducta suicida como medio para resolver los problemas.

La depresión es uno de los aspectos que más se ha relacionado

---

[46] Se ha comentado anteriormente que la conducta suicida se considera un continuo que va aumentando en letalidad. En este sentido, la ideación suicida se entiende como un primer nivel de conducta suicida.

con la conducta suicida (GARFINKEL Y GOLOMBEK, 1974; SLATER Y DEPUE, 1981; TAYLOR Y STANSFELD, 1984; PFEFFER, ZUCKERMAN et al., 1984). RICH Y BONNER (1991) consideran que la depresión explica más la conducta suicida cuando se dan niveles bajos de letalidad en tanto que la desesperanza la explica en mayor medida cuando se dan niveles de letalidad mayor.

La desesperanza es una de las variables más estudiadas en las investigaciones de suicidio y consiste en la percepción negativa del futuro por parte del individuo. Es una característica cognitiva frecuente en algún tipo de depresión, aunque se diferencia de ella.

La percepción por parte del sujeto de la falta de apoyo social o el sentimiento de soledad, constituye otra de las características que parecen rodear el fenómeno del suicidio (HAFEN Y FRANDSEN, 1986; BONNER Y RICH, 1987; BONNER Y RICH, 1989).

Además de la visión negativa del futuro, el suicida se caracteriza por una visión negativa de sí mismo, o lo que es lo mismo, un autoconcepto negativo. La convicción de que se es una persona de poca valía, incapaz de salir de una situación difícil, favorece la consideración del suicidio como solución definitiva.

Si a este estado mental "negativo" en el que la persona se siente

triste y considera que es poco valiosa, que los demás no le apoyan lo suficiente, que el futuro no va a cambiar la situación, se une la carencia de unas razones importantes para vivir, la probabilidad de considerar el suicidio está más cerca. Se considera, entonces que las razones para vivir, sean del tipo que sea, constituyen un recurso adaptativo, que disuade a la persona del suicidio.

Siguiendo a LINEHAN Y SHEARIN (1988) y a DIEKSTRA (1985) la convicción de que el suicidio puede ser una forma de solucionar los problemas favorece la aparición de conducta suicida. Es decir, las expectativas positivas del suicidio en torno a su eficacia para resolver problemas es otra característica posible en el denominado "estado mental suicida". La demostración empírica de la importancia de esta variable en relación al intento de suicidio viene dada por McCUTCHEON (1985) quien prueba, en una muestra de pacientes psiquiátricos, la posibilidad de distinguir niveles de tendencia suicida en función de las expectativas en torno al intento.

HAWTON, COLE et al. (1982) recogen las motivaciones que ha tenido una muestra de adolescentes para "envenenarse"; la mayoría de ellos afirma que pretendía aliviar o demostrar su estado de malestar o tensión y algunos de ellos dicen que querían morir. En definitiva, todos esperaban que su conducta suicida tuviera el efecto deseado, esto es, que fuera eficaz.

En resumen, se han presentado las características que, desde un contexto socio-individual se han venido asociando con suicidio. En este sentido, se han considerado tanto características sociales como individuales y psicosociales. Asimismo, se han comentado las características psicológicas que forman el "estado mental suicida" el cual rodea la aparición de conducta suicida.

Dado que el modelo socioindividual integrado sostiene que estas variables se relacionan entre sí para explicar la conducta suicida, comentemos cuáles son las fases teóricas de este proceso.

II.2.3.- PROCESO DINAMICO DE LA CONDUCTA SUICIDA

El sujeto está situado en una determinada sociedad, que constituye lo que se ha denominado "**contexto social general**", donde se priman una serie de valores y se toman unas posturas determinadas ante los distintos hechos. El sujeto, a través del proceso de socialización, aprende de los valores culturales de la sociedad. La valoración social del suicidio como una salida racional a ciertas situaciones puede favorecer el que el individuo se autoproponga esta solución con más frecuencia (BOLDT, 1989). En la sociedad actual parece tener lugar un proceso hacia la valoración positiva del suicidio como una consecuencia lógica de los derechos individuales (FARBEROW,

1989; HUMPHRY, 1991).

La ausencia de puntos de referencia normativos y la sensación de no estar integrado en un grupo de pertenencia, características básicas de la sociedad occidental actual podrían, asimismo, explicar el aumento del número de suicidios en las sociedades industriales (MILLER, 1981).

El individuo, además de estar enmarcado en un contexto social amplio, desarrolla su vida en un entorno social "contexto social inmediato", del que recibe las pautas de su socialización y en el que establece sus relaciones sociales. Cada persona, a lo largo de su vida, está expuesta a distintos sucesos o avatares, que pueden suponerle experiencias gratas o desagradables.

La posibilidad de recibir apoyo por parte de las personas significativas proporciona fuerza para enfrentarse a los problemas. En el caso de los adolescentes, la ausencia de apoyo familiar desarrolla un sentimiento de soledad que, unido a otras circunstancias y/o percepciones, puede desembocar en comportamientos no deseables por parte del individuo.

Las personas que forman el entorno inmediato del individuo, además del posible apoyo social que puedan prestarle, le proporcionan modelos de conducta de los que el individuo aprende. La presencia "próxima" de comportamiento suicida de algún miembro del ambiente cercano puede

"sugerir" pensamientos de suicidio en las personas susceptibles a la exposición directa o indirecta de dicha conducta.

El individuo se sitúa en un determinado entorno social con unas características determinadas, ya sean biológicas o psicológicas, que se agrupan bajo el epígrafe "entramado individual". Por una parte, cada etapa de desarrollo conlleva una serie de cambios que se acompaña de ciertas características psicológicas. En la adolescencia, la búsqueda de la identidad es uno de los procesos más importantes que sitúa a la persona en un estado de especial vulnerabilidad a circunstancias exteriores.

Además de estos aspectos "evolutivos", cada hombre está dotado de determinadas características individuales que le diferencian de los demás y que son uno de sus instrumentos para enfrentarse y relacionarse con el entorno. En este sentido, se considera que una persona que presenta un modo de enfrentarse a las situaciones -afrontamiento- poco eficaz tenderá a percibir las situaciones de un modo más negativo y sin posibilidad de solución que las personas con más capacidad para resolver los problemas.

El modelo propuesto aquí es un modelo de vulnerabilidad al estrés en el que se parte del supuesto de que las características estresantes del entorno junto con las características individuales del sujeto pueden explicar la conducta suicida. Asimismo, algunas de estas características podrían, por

separado, predecir dicha conducta.

El modelo propone la existencia de ciertas características individuales que hacen a los sujetos vulnerables al estrés. La conjunción de un entorno histórico-social (contexto social) caracterizado por la ocurrencia de determinados sucesos negativos en ausencia de apoyo social y de unas disposiciones cognitivas poco eficaces para enfrentarse a ellos (entramado individual) desencadena un cuadro de vulnerabilidad a la conducta suicida que se concreta en la aparición de ciertos correlatos psicológicos ("estado mental suicida"). Es decir, los sujetos que son menos eficaces para enfrentarse a las situaciones ambientales difíciles tienen más posibilidad de que el estrés tenga en ellos unas consecuencias más negativas para el bienestar tanto físico como psicológico. Por otra parte, la escasa tolerancia al estrés y a la frustración no hace sino potenciar los efectos negativos del estrés (ver Gráfico II.6)

Situaciones muy estresantes, el estrés continuado, o la frecuencia de sucesos estresantes, unidos al fracaso del sujeto al enfrentarse a tales situaciones provocan en los individuos más vulnerables un malestar psicológico que se caracteriza por sentimientos depresivos, un autoconcepto bajo, un sentimiento de soledad y la convicción de que esta situación no va a mejorar en el futuro.

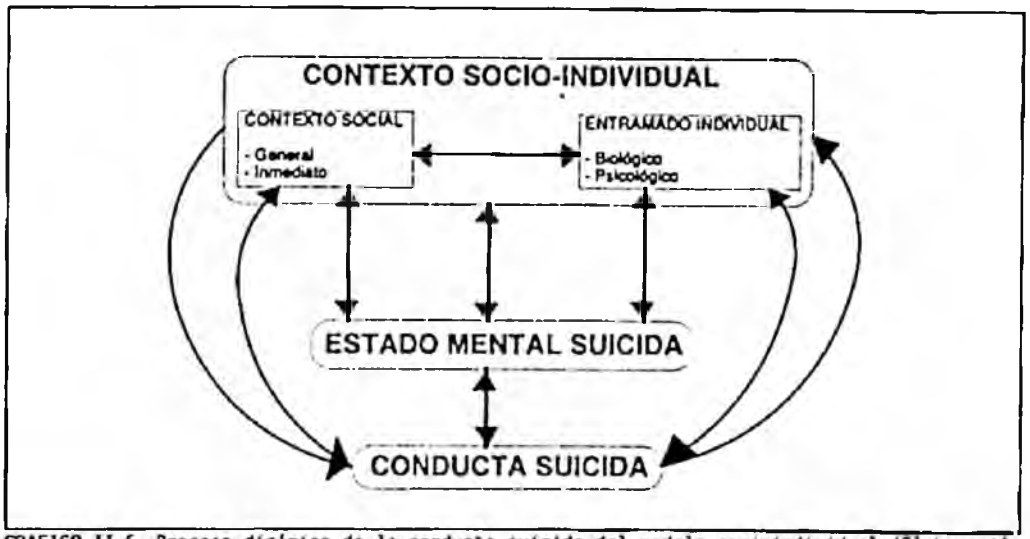

GRAFICO II.6. Proceso dinámico de la conducta suicida del modelo socioindividual (Elaboración propia)

Como consecuencia de la tensión provocada por el estrés, el sujeto se infravalora, se siente angustiado, a consecuencia de lo cual puede desarrollar cuadros somáticos y psicológicos característicos del estado depresivo. El curso continuado de fracasos, la sensación del individuo de que en la vida "todo le sale mal" [47] y la convicción de que él no puede cambiar nada, le conducen a pensar que en el futuro nada va a mejorar y que no va a ocurrirle nada bueno. La conclusión que deduce de esta visión pesimista del futuro, de esta desesperanza, es que "la vida no merece la pena".

El sujeto tiene que añadir a esta situación el sentimiento de soledad, o percepción de una ausencia de apoyo social por parte del entorno. La concepción de que su persona carece de valor tanto para sí mismo como

[47] Es un ejemplo de distorsión cognitiva caracterizada por la sobregeneralización y por la atención selectiva a los aspectos negativos.

para los demás es otra de las características que habla en favor de una propensión al suicidio, con argumentos tales como "no se pierde nada", "a nadie le importa".

Si a este estado de malestar psicológico se añade la ausencia de razones importantes para vivir a pesar de las razones para morir y las expectativas positivas en torno a la eficacia del suicidio se forma lo que se ha denominado "estado mental suicida".

Como se ha comentado, se parte del presupuesto de que la conducta suicida es un continuo desde la ideación hasta el suicidio consumado, pasando por la amenaza y el intento. No quiere esto decir que siempre se tengan que recorrer todos los pasos antes de una muerte por suicidio ni que la ideación tenga necesariamente que desembocar en intento y muerte.

El modelo propuesto defiende que la conducta suicida es un proceso circular y presenta las variables básicas explicativas de la conducta suicida. El aumento de letalidad de dicha conducta proviene del aumento de la incidencia de alguna o todas las variables implicadas en el proceso. Es decir, se presupone que el conjunto de variables aquí presentadas puede predecir tanto la ideación suicida en sus distintos niveles de letalidad como otro tipo de

conductas suicidas de mayor riesgo [48].

Un mayor grado de estrés y/o un mayor nivel de depresión y/o un aumento de desesperanza y/o la ausencia total de motivos para vivir, darían razón de un comportamiento suicida más letal. Viceversa, la mejora en alguna o todas las características implicadas en el modelo, haría posible salir del proceso suicida.

Sobre este presupuesto descansa la importancia de la predicción de la conducta suicida en los niveles bajos de letalidad -ideación-. La intervención sobre ciertas variables puede suponer la prevención de conductas suicidas más letales.

Conviene recordar que el modelo propuesto defiende que las variables se relacionan multidireccionalmente en un proceso circular. En este sentido, se afirma que, así como un afrontamiento inadecuado ante el estrés puede provocar sentimientos depresivos, estos mismos sentimientos depresivos pueden actuar dificultando, aún más, al sujeto el afrontamiento a determinadas situaciones. De la misma manera pueden actuar la desesperanza y el autoconcepto negativo, aumentando la vulnerabilidad del sujeto ante el estrés y disminuyendo su eficacia para la resolución de problemas. Este modelo

[48] Se admite que en comportamientos suicidas tales como el intento de suicidio y el suicidio consumado intervengan otras variables, tales como la disponibilidad de un método en un momento determinado.

recoge la posibilidad de que la existencia de conducta suicida (ideación, intento...) afecte a la vulnerabilidad individual del sujeto ya que puede aumentar la frecuencia en la utilización de estrategias de evitación para afrontar los problemas.

En resumen, el modelo socioindividual integrado propone la interrelación y la conjunción de ciertas variables en la explicación de la conducta suicida. Se propone un modelo progresivo, en el que al aumentar los niveles de algunas o todas las variables psicosociales aumenta la letalidad del suicidio en un proceso circular en el que muchas de las variables se influyen recíprocamente. Se reitera, no obstante, la posibilidad de que tengan lugar comportamientos suicidas sin la intervención de todos los factores e incluso con la sola presencia de alguno/s de ellos. Asimismo, se considera posible que la acción de estos factores sea acumulativa y no interactiva.

II.3.- "APLICACION PRACTICA" DEL MODELO SOCIOINDIVIDUAL INTEGRADO DE LA CONDUCTA SUICIDA

El modelo teórico socioindividual de la conducta suicida propone un tipo de interacciones entre las variables para explicar la autodestrucción. Son muchas las variables propuestas y muchas sus relaciones transaccionales, lo que dificulta la comprobación empírica del modelo. La operatividad del

modelo es un objetivo que se debe ir consiguiendo paso a paso.

En este trabajo se propone una primera aproximación empírica al modelo teórico que permita probar el poder predictivo de la conducta suicida que tienen algunas de las variables incluidas en el modelo. La "aproximación práctica" al modelo socioindividual propuesto se caracteriza por una simplificación tanto de variables como de relaciones. Se eligen algunos aspectos incluidos en la proposición teórica, y algunas de las hipotéticas relaciones.

Así, además de tener en cuenta variables sociodemográficas tales como la edad, el sexo, el tipo de estudios y el curso, se investiga el nivel de estrés que han vivido en los últimos tiempos, como un aspecto perteneciente al contexto social inmediato. El rendimiento y la consideración académica paterna son variables que pueden incluirse en este contexto.

El aspecto elegido para su inclusión en la "aplicación práctica" perteneciente al entramado individual del modelo propuesto es el afrontamiento. La medición de los estilos de afrontamiento a las situaciones estresantes va a permitir detectar si hay algunos estilos que se relacionan más con la conducta suicida y comprobar si existen o no sujetos vulnerables al estrés. Esto es, si los sujetos con ciertos estilos de coping -supuestamente maladaptativos-, cuando sufren un número de sucesos estresantes, son más

propensos a desarrollar conducta suicida que los sujetos con otros estilos de coping bajo la misma cantidad de estrés. Por otra parte, se puede evaluar el hipotético papel que tiene el afrontamiento de amortiguar o "moderar" los efectos del estrés en el malestar/bienestar psicológico.

Las variables del "estado mental suicida" incluidas en la "aplicación empírica" del modelo son la depresión, la desesperanza, la soledad, el autoconcepto, las razones para vivir. Su estudio permitirá conocer la existencia o no de un "estado mental suicida" como conjunto de variables psicológicas que predigan la conducta suicida, la cual se verá concretada en esta investigación en el pensamiento o ideación suicida.

La "aplicación empírica" del modelo supone, además de una reducción en las variables consideradas, una reducción en las relaciones estudiadas en comparación con el modelo teórico completo. En este sentido se pretende estudiar, en un primer acercamiento, la incidencia del estrés y el afrontamiento y de sus interacciones en el "estado mental suicida" para continuar con la comprobación de la incidencia de estas variables y su interrelación en el pensamiento de suicidio, independientemente del mencionado "estado mental suicida". Por último, interesa comprobar si las variables incluidas en la "versión reducida" o "aplicación práctica" del modelo propuesto pueden predecir en cierta medida la conducta suicida, en este caso el pensamiento de suicidio.

La elección de estas variables y relaciones en vez de otras incluidas en el modelo teórico queda justificada en primer lugar, por la incapacidad de abarcar la totalidad de variables en una investigación de estas características donde las limitaciones son claras; en segundo lugar, por la formación fundamentalmente psicológica del investigador y, en tercer lugar, por la utilidad práctica de la investigación.

La variables incluidas en el modelo provienen de disciplinas tan diversas que el estudio del modelo debería abordarse desde distintos enfoques, lo que supondría una formación profunda y diversificada en materias tales como la sociología, la psicología, la biología, antropología, psiquiatría y neurología, entre otras. La falta de formación "omniabarcante" obliga a elegir aquel enfoque que, en función del conocimiento, se puede comprender mejor y sobre las que se cree con posibilidades de actuación. Dado que el ámbito de estudio de este modelo es el académico y la formación del investigador es fundamentalmente psicológica se da prioridad en la "aplicación práctica" del modelo a las variables de tipo psicológico y a las relaciones sobre las que se presume cierta posibilidad de intervención desde este ámbito del saber.

Muchas de las variables del modelo y de sus relaciones han quedado sin considerar. Sin embargo, como se ha dicho, la comprobación empírica de la totalidad del modelo teórico parece un objetivo a conseguir a largo plazo. La "aplicación práctica" del modelo no pretende si no ser una

primera aportación en la consecución de dicho objetivo.

En los apartados siguientes, se van a exponer más extensamente ciertas consideraciones teóricas de las variables implicadas en la "aplicación práctica" del modelo, así como el estado de la cuestión en lo referente a las investigaciones en torno a las relaciones de dichas variables con el suicidio.

III - EL ESTRES Y EL AFRONTAMIENTO COMO ASPECTOS DEL CONTEXTO SOCIO-INDIVIDUAL DE LA CONDUCTA SUICIDA

Como se ha explicado en el apartado anterior, se va a presentar una revisión teórica más extensa de las variables implicadas en la aplicación práctica del modelo y su relación con el suicidio.

Dentro del denominado "contexto socio-individual" del suicidio, el intento de comprobar la vulnerabilidad de ciertos individuos al estrés en función de su modo de afrontarlo, ha motivado la inclusión en la aplicación práctica del modelo tanto del estrés como del afrontamiento.

En los apartados siguientes, se revisan las aportaciones teóricas al estudio de estas variables y los resultados empíricos en torno a las relaciones de dichas variables con el suicidio.

III.1.- EL ESTRES. APROXIMACION TEORICA Y RELACIONES CON EL SUICIDIO

En este apartado dedicado al estrés se procederá en primer lugar a la exposición de las teorías más importantes que se han desarrollado sobre el tema. Una vez comentadas las posibles relaciones o vinculaciones que tiene el estrés con el suicidio se procederá a presentar los acontecimientos "estresantes" específicos que se han venido asociando con la conducta suicida. Asimismo se incluirán las "relaciones indirectas" que mantienen ambos

conceptos a través de variables tales como la depresión, la desesperanza y el apoyo social.

III.1.1.- MODELOS TEORICOS DEL ESTRES

Se incluyen en este epígrafe los modelos explicativos del estrés de mayor relevancia. Se dividen en modelos basados en la respuesta, modelos basados en el estímulo, y modelos interactivos.

III.1.1.1.- MODELOS BASADOS EN LA RESPUESTA

Estos modelos definen el estrés según la respuesta. Es decir, tienen su punto de interés en los distintos modos de reaccionar o responder biológica o psicológicamente que evidencian que la persona está actuando bajo una situación de presión.

Entre los teóricos de esta concepción del estrés el representante más destacado es SELYE (1978 -Original en 1956) con su teoría sobre el Síndrome de Adaptación General. Las ideas básicas de Selye sobre el estrés se pueden resumir en pocas palabras. La primera idea básica de su teoría es que la respuesta fisiológica al estrés no depende del tipo de estresor ni de la especie biológica y que es una reacción de defensa que sirve para proteger a la persona. En las propias palabras de SELYE:

"Estrés es la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda, sea ésta causada por, o resulta en, condiciones agradables o desagradables." (SELYE, 1978: 74)

La segunda idea reza que la reacción de defensa va cambiando a medida que el estresor se repite. La primera respuesta al estímulo es una reacción de alarma, la segunda es una respuesta de resistencia que da paso a la respuesta de cansancio. La tercera idea importante afirma que las respuestas defensivas severas y prolongadas pueden dar lugar a lo que SELYE llama "enfermedades de adaptación".

LEVI (1972) con su teoría del "mal funcionamiento físico" inducido por el estrés y los defensores de la teoría del estrés reflejado en el "deterioro del rendimiento" son algunos representantes de los modelos basados en la respuesta. La hipótesis básica de estos autores es similar a la idea de SELYE. LEVI defiende que los estímulos psicosociales pueden causar enfermedades físicas, mediados por el programa psicobiológico del individuo. Por su parte la teoría del estrés reflejado en el rendimiento afirma que la exposición continuada a un estímulo estresante tiene un efecto negativo en el rendimiento.

Han sido numerosas las críticas que se han presentado a los modelos del estrés basados en la respuesta, de las que se exponen las más importantes:

- cualquier estímulo que produzca una respuesta fisiológica similar a la respuesta de estrés debería considerarse "estresante". Así, por ejemplo, ocurriría con los deportes (McGRATH, 1970).

- con el desarrollo de avances tecnológicos se ha llegado a tener acceso a las diferencias en los tipos de respuesta que se dan ante distintos estímulos no sólo entre distintos individuos sino también en el mismo sujeto en distintos momentos de la exposición al estresor (COX, 1988).

- si se define el estrés según la respuesta que origina, no se pueden identificar de manera prospectiva aquellos estímulos que son estresantes. Hay que esperar a la respuesta. La consideración aislada de la respuesta fisiológica no puede identificar un estresor (LAZARUS Y FOLKMAN, 1986a).

III.1.1.2.- MODELOS BASADOS EN EL ESTIMULO

Las teorías basadas en el estímulo describen el estrés en función de los estímulos del ambiente, a los que se reconoce como "molestos" de alguna forma. El estrés es visto como:

> *"... resultante de experimentar cierto número de situaciones que son nocivas o amenazantes o que proporcionan excesivas demandas al individuo."(JOHNSON, 1988: 16)*

Es decir, defienden la idea de que el estrés proviene de las condiciones ambientales externas del sujeto.

Dentro de este enfoque, WELFORD (1973) plantea la teoría de "El rendimiento y la demanda". En ella defiende que si el entorno demanda demasiado al individuo, aumentan los niveles de estrés en el sujeto y su rendimiento empeora.

El objetivo prioritario de las teorías basadas en el estímulo es el estudio de las condiciones, eventos o hechos susceptibles de provocar en los individuos determinadas respuestas negativas o perjudiciales para el organismo.

Dentro de esta línea se sitúan los estudios de acontecimientos vitales. Estos sucesos suelen medirse a través de instrumentos o inventarios de eventos de vida en los que se otorga una puntuación standard, en "Unidades de Cambio de Vida" para cada evento según el cambio o las implicaciones que se supone conlleva en la vida de un individuo y el nivel de adaptación necesario que se les atribuye. El sujeto debe marcar aquellos acontecimientos que le hayan ocurrido. La suma de las puntuaciones adjudicadas a cada evento permite obtener una puntuación total de estrés con criterios homogéneos para todos los individuos. Un mayor número de "Unidades de Cambio de Vida" experimentado por el sujeto le hacen más vulnerable a ciertas enfermedades o desórdenes (HOLMES Y MASUDA, 1974;

MARKUSH, FAVERO, 1974). MILLER, BENTZ et al. (1974) son algunos de los defensores de este tipo de escalas para medir estrés. Sin embargo, parece que la evidencia viene demostrando que esta "ponderación" de los sucesos vitales puede ser irrelevante para la prevención (DEROGATIS, 1982).

También se utilizan medidas de cómputo de eventos sin que cada suceso reciba una puntuación específica; se considera que a mayor cantidad de sucesos, independientemente del tipo de sucesos que sean, más efectos negativos en el ajuste del individuo.

Tampoco esta orientación se ha visto libre de críticas:

- Todas las personas no perciben los acontecimientos de la misma manera. Es decir, una situación puede ser muy estresante para una persona y no tanto para otra.

- Los estímulos no son estresantes en sí, sino en la medida que afectan a alguien (COX, 1988).

Un intento de salir al paso de estas críticas es la elaboración de inventarios de sucesos vitales en los que es el propio sujeto el que evalúa el carácter del suceso -positivo o negativo para su vida- y la cantidad de estrés que le produce, así como la magnitud del cambio que ha significado en su ciclo

vital (HOROWITZ et al., 1979). SARASON et al. (1978) diseñan un instrumento -Life Experiences Survey (LES)- que permite medir por separado los sucesos negativos y positivos, así como obtener una puntuación individualizada del efecto de dichos sucesos en la vida del sujeto.

Se ha encontrado correlación positiva entre la existencia de sucesos estresantes, sobre todo negativos, y ciertos rasgos de psicopatología. Estos índices de correlación no son muy grandes, lo que implica que el estrés de vida explica una relativamente pequeña proporción de la varianza de las variables dependientes (SARASON et al., 1978). Es probable que los efectos del estrés difieran de una persona a otra dependiendo de las características individuales.

A pesar de las críticas que ha recibido esta orientación del estrés no puede negarse que algunos "estresores" son tan severos que colocarían a casi todo el mundo que los viviera en situación de riesgo de padecer algún tipo de desorden.

III.1.1.3.- MODELOS INTERACTIVOS

La visión del estrés desde esta perspectiva se basa en la existencia de una relación específica entre la persona -sus características fisiológicas y psicológicas- y su entorno. La premisa sobre la que descansan

estos modelos es que los "sucesos vitales" interactúan con las diferencias individuales y situacionales y que, es esta interacción la que determina la solución dada a la situación. Se han desarrollado diversos modelos que acentúan algún aspecto más que otros [49]. Se exponen a continuación algunas de las aportaciones que se han considerado más relevantes. La primera de ellas supone una presentación integrada de todos los sistemas en juego, mientras que la segunda hace hincapié en los aspectos cognitivos relevantes en el estudio del estrés.

A - MODELO CONCEPTUAL PARA EL ESTUDIO DEL ESTRES (TRUMBULL Y APPLEY, 1986)

Estos autores parten del acuerdo generalizado de que existen tres sistemas paralelos que actúan para mantener a la persona y proporcionarle los medios para enfrentarse con los estresores. Estos sistemas son el fisiológico, el psicológico y el social. Conciben el estrés como una discrepancia:

> *"Cuando el funcionamiento de uno o más de estos sistemas da lugar a una discrepancia entre cualquier estresor y la capacidad de resistencia disponible, hay estrés... El estrés resulta de una demanda real o percibida en los sistemas sociales y/o en los psicológicos o fisiológicos más allá de la capacidad real o percibida por el sujeto." (TRUMBULL Y APPLEY, 1986:34)*

---

[49] Entre ellos se encuentran COX Y MACKAY (1976) con su modelo Transacción Hombre-Ambiente y FRANKENHAEUSER (1986) y SCHEUCH (1986), que siguen una perspectiva psicobiológica.

Algunos de los pilares básicos de su modelo son:

- El sistema psicológico es el intermediario entre los otros dos sistemas.

- La susceptibilidad de un individuo al estrés varía a lo largo de su vida en función del status momentáneo de estos sistemas y de sus interacciones. Cualquiera que sea el momento considerado, los tres sistemas pueden estar en diferentes estados de estrés o de susceptibilidad al estrés.

- El estrés puede ser inducido en uno de los sistemas o en una combinación de sistemas. Del mismo modo, puede quedarse en un sistema o transferirse a los otros.

- La vivencia de estrés y el desarrollo consecuente de respuestas de afrontamiento o adaptativas apropiadas pueden ser positivas y utilizadas para provecho del individuo.

- El estrés es un componente importante en el inicio y mantenimiento de la motivación.

B - MODELO COGNITIVO-TRANSACCIONAL DEL ESTRES (LAZARUS, Y FOLKMAN, 1986a)

Estos autores definen el estrés psicológico como:

> *"... una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar." (LAZARUS Y FOLKMAN, 1986a: 43)*

Sobre la base de esta definición se ofrecen los puntos claves de su teoría. Según los autores, los estímulos no son estresantes "per se" sino que es el individuo el que los vivencia como tal [50]. La valoración de un estímulo como estresante se hace a través de un proceso de evaluación cognitiva, la cual tiene tres formas básicas:

- la evaluación primaria, por medio de la cual el sujeto evalúa un estímulo como irrelevante -cuando no conlleva implicaciones para el individuo-; benigno-positivo -cuando preserva o favorece el bienestar-; o estresante - cuando conlleva un grado de daño/pérdida, amenaza y/o desafío-.

- Cuando se valora una situación como amenaza o desafío, es preciso actuar sobre ella. En este caso aparece la evaluación secundaria, característica de

---

[50] Esta afirmación contempla las diferencias individuales ante la presencia de ciertos estímulos, lo que no hacen las orientaciones basadas únicamente en los estímulos estresores o únicamente en las respuestas de estrés.

una confrontación estresante, que consiste en determinar qué puede hacerse [51]. Las evaluaciones secundarias interactúan con las primarias determinando el grado de estrés y la intensidad y calidad de las respuestas.

- La evaluación inicial se modifica por las reevaluaciones que realiza el sujeto en función de nuevas informaciones recibidas.

Estas evaluaciones vienen influidas por dos tipos principales de factores. Los factores individuales constituyen los compromisos y las creencias, ya que determinan lo que el sujeto considera más importante para su bienestar, la manera en que el sujeto percibe la situación y las bases para evaluar los resultados.

Los factores situacionales son aquellas características de la situación que ayudan a que sea percibida como potencialmente perjudicial, amenazante o peligrosa. Se incluyen dentro de ellas, la novedad, la incertidumbre -cuando es máxima suele ser estresante-, así como la inminencia, la duración y la incertidumbre temporal. Hay que tener en cuenta, además, que la cronología de los acontecimientos estresantes dentro del ciclo vital pueden afectar su evaluación, haciéndola más negativa cuando tienen lugar "a

---

[51] En palabras de los autores: *"La evaluación secundaria no es un mero ejercicio intelectual encaminado al reconocimiento de aquellos recursos que pueden aplicarse en una situación determinada, sino que además es un complejo proceso evaluativo de aquellas opciones afrontativas por lo que se obtiene la seguridad de que una opción determinada cumplirá con lo que se espera, así como la seguridad de que uno puede aplicar una estrategia particular o un grupo de ellas de una manera efectiva." (LAZARUS Y FOLKMAN, 1986a: 60)*

destiempo" [52].

La teoría del estrés de LAZARUS Y FOLKMAN introduce un concepto importante: el de **afrontamiento** -coping- considerado como los esfuerzos cognitivos y conductuales utilizados por el sujeto cuando considera que las exigencias de la situación van más allá de sus propios recursos [53].

La perspectiva de estos autores se puede resumir diciendo que optan por un modelo transaccional en el que el individuo y el entorno están en una relación bidireccional, procesual y no estática. Se considera el estrés como un todo, una "rúbrica," más que como una variable que puede entenderse aislada y fácilmente (LAZARUS Y FOLKMAN, 1986b: 75).

De su teoría se derivan ciertas implicaciones metodológicas que se refieren al modo en que el estrés debe ser medido. En relación a los "estímulos", estos autores piensan que no hay estímulos que sean estresantes de por sí, por muy importantes que puedan parecer. Consideran que las contrariedades diarias se relacionan más con la patología que los grandes acontecimientos vitales dado que, por una parte, dependen de las condiciones basales de la vida y de su forma de evaluarlas y, por otra parte, pueden ser un

---

[52] Un ejemplo de esta idea se refleja en la diferente valoración que tiene un embarazo para una muchacha de 16 años soltera y para una mujer de 35 años casada.

[53] El afrontamiento será abordado más extensamente en otro punto de esta exposición.

reflejo de ineptitud para afrontarlas. Por ello proponen la medición de las contrariedades diarias más que de los acontecimientos vitales. En todo caso, la medición de ambos aspectos podría ser complementaria.

Para conocer cómo el sujeto evalúa un estímulo se plantea la posibilidad de exponerle una situación vivida anteriormente por el individuo para que responda cómo le afectó a su bienestar -evaluación primaria- y lo que consideró respecto a su capacidad de control sobre la situación -evaluación secundaria. Para el afrontamiento, el proceso de medición es similar: el sujeto debe reconstruir una situación estresante y describir lo que pensó, sintió, hizo...

Dado que es un modelo transaccional, interactivo y procesual, los autores proponen que, para captar los cambios y los factores que contribuyen a ellos, es necesario observar al individuo en sucesivas ocasiones y compararlo con él mismo en distintos momentos. Es decir, es fundamentalmente, una perspectiva intraindividual. Proponen un diseño ipsativo-normativo que sale al paso de la polémica entre la conveniencia de las investigaciones nomotéticas o ideográficas. Defienden las comparaciones interindividuales -normativo- de las diferentes medidas intraindividuales comparadas -ipsativo-.

Algunas de las críticas que se han venido haciendo a esta teoría son las siguientes:

- La escalas de medición de contrariedades cotidianas contienen aspectos relacionados con patología. De ahí su mayor relación con la patología que la mantenida por los acontecimientos vitales (DOHRENWED, 1986).

- Los autoinformes como procedimiento para medir el afrontamiento tienen el inconveniente de que miden sólo las estrategias de afrontamiento que son problemáticas para él, ya que son las que recuerda. El sujeto, en cambio, no se da cuenta de las estrategias que tiene automatizadas (FRESE, 1986) [54].

- La negación de la existencia de una disposición personal al afrontamiento de problemas hace difícil el desarrollo de programas de prevención y de intervención (KROHNE, 1986).

- No se puede negar la importancia de los acontecimientos vitales, sucesos recientes, situación social del individuo durante y después del suceso, y de las disposiciones personales -vulnerabilidad genética y posibles efectos de sucesos ocurridos en la niñez, por ejemplo- en el estudio del estrés y de la patología. Se trataría, en cierta medida, del estrés inducido por el ambiente (DOHRENWED, 1986).

---

[54] Sin embargo, se puede suponer que al presentar al sujeto la posibilidad de una cierta estrategia, aunque el sujeto ejerza dicha estrategia de forma automática, es capaz de reconocerla como tal acción que acostumbra a llevar a cabo y que, quizás no hubiera reconocido, de no haber sido sugerida externamente.

A modo de conclusión o síntesis de lo comentado hasta ahora, se puede afirmar que hay tres orientaciones teóricas básicas del estrés: una orientación está basada en la respuesta, otra orientación está basada en el estímulo y, la última está basada en la transacción entre el estímulo y la situación. El sistema fisiológico es considerado prioritario en la concepción de estrés como respuesta, mientras que los sistemas psicológico y social se tienen en cuenta en la concepción del estrés como resultado de ciertas interacciones. La situación como causante de estrés es lo propuesto por los modelos de estrés basados en el estímulo.

El estrés no puede ser entendido sino como un proceso interactivo entre la situación y el sujeto, en el que se ven implicados el sistema fisiológico, psicológico y social del individuo, que surge cuando existe una descompensación entre las demandas que la situación exige al sujeto -o las demandas que el sujeto percibe que la situación le exige- y la capacidad percibida o real del sujeto para satisfacer dichas demandas.

La tendencia más defendida actualmente aboga por la existencia de ciertos factores ambientales "estresantes" que, unidos a la predisposición de ciertos sujetos a "estresarse" son los elementos del estrés como proceso interactivo. Ciertas características de la situación -novedad, duración, repetición, momento del ciclo vital en que ocurre ...- y el modo que tiene el sujeto de evaluar la situación y sus propias capacidades para enfrentarse a

ellas, así como la información que va recibiendo el sujeto del efecto que sus acciones tienen en la situación -feedback- son algunos de los elementos más importantes del proceso. El apoyo social que recibe o percibe el sujeto en una situación "problemática" es un factor importante en la vivencia y la superación de la sensación de estrés. Queda, no obstante, mucho que aprender de todos los mecanismos de este sistema de interacción (APPLEY Y TRUMBULL, 1986).

Las implicaciones metodológicas que se derivan de esta síntesis teórica sobre el estrés es que éste debe medirse en tantas facetas incluidas en el proceso como sea posible: la situación o los estímulos, la evaluación y el efecto que atribuye el sujeto a la situación, las capacidades del propio sujeto -reales y percibidas-, el modo de enfrentarse a los estímulos -reacción fisiológica, conducta... [55]

III.1.2.- ESTRES Y CONDUCTA SUICIDA

El estrés es un aspecto que se ha venido considerando en los estudios de suicidio, bien sea en los estudios de naturaleza retrospectiva, los cuales tratan de medir qué y cuántos acontecimientos estresantes vivió el

---

[55] Se hace difícil en la actualidad abarcar todo este tipo y campos de medición, así como disponer de instrumentos para medir la interacción vinculada al proceso. En el estudio que nos ocupa se tendrán en cuenta principalmente los aspectos psicológicos, psicosociales y cognitivos del sujeto y la relación de estos con sucesos estresantes, por ser dicho estudio de orientación eminentemente psicológica y porque se considera que estos factores psicológicos juegan un papel central en la aparición de la conducta suicida, principal punto de interés de esta investigación. Se tienen presente, no obstante, las limitaciones potenciales que esto supone.

sujeto en un período cercano al acto suicida -principalmente intentos de suicidio o suicidios consumados- y que califican como factores de "riesgo" e incluso como causas, bien en los estudios de naturaleza predominantemente prospectiva, que estudian la influencia que la conjunción de ciertos factores con las situaciones estresantes puede tener en la aparición de conductas suicidas.

Los primeros tienen como base un modelo teórico del estrés basado en el estímulo; esto es, consideran que ciertos acontecimientos vitales son estresantes para cualquier persona y que pueden originar ciertas patologías o conductas desadaptadas, incluido el suicidio.

Los estudios con un carácter más prospectivo parten de un modelo interactivo de estrés, en el que los estímulos no son estresantes en la misma medida para todos los sujetos [56]. La evaluación que se haga de ellos, la capacidad del sujeto para responder y el apoyo social son algunos de los aspectos que influyen en el papel que el estrés juegue en el desarrollo de determinadas conductas suicidas.

En esta exposición se comentarán los hallazgos más valiosos y

---

[56] Los defensores de esta concepción del estrés miden este aspecto mediante instrumentos que permiten al sujeto puntuar los acontecimientos o estímulos según el grado de ansiedad, desagrado, etc., que le produjeron cuando le ocurrieron o posteriormente. SARASON, DE MONCHAUX Y HUNT (1975), defienden esta orientación y la metodología derivada de la misma.

consistentes de ambos tipos de acercamientos al tema del estrés y el suicidio: los resultados de aquellos estudios que han medido el estrés junto a otros aspectos en su relación con el comportamiento autodestructivo y los acontecimientos vitales más vinculados a dicha conducta [57].

III.1.2.1.- ESTRES COMO ASPECTO IMPLICADO EN LA PREDICCION DE LA CONDUCTA SUICIDA

Dentro de esta perspectiva, el estrés es considerado como una variable "situacional", que es mediada por o sumada al efecto de ciertas características del individuo -principalmente relacionadas con su capacidad para resolver problemas y para afrontar situaciones- y de su entorno -sobre todo en lo que se refiere al apoyo que puede recibir de él-. Si el sujeto vivencia una situación como muy estresante y tiene pocos recursos para resolverla, puede desarrollar un sentimiento de desesperanza que sitúe al sujeto en un estado de vulnerabilidad al suicidio. SCHOTTE Y CLUM (1987) describen así los puntos básicos del modelo:

> *"... Los individuos con deficiente capacidad para pensar de modo flexible y divergente, cuando se encuentran bajo condiciones de vida altamente estresantes, no están cognitivamente preparados para desarrollar soluciones alternativas necesarias para afrontar la situación de un modo adecuado. Como consecuencia de esta incapacidad para resolver los problemas de forma efectiva, se vuelve desesperanzado en tales*

[57] En la actualidad y, cada vez más, aparecen ambos enfoques en un mismo estudio; es decir, además de considerar qué sucesos vitales están más relacionados con el suicidio se tienen en cuenta las características del sujeto y de sus relaciones con el entorno. De hecho, la mayoría de los sucesos vitales afectan a situaciones interpersonales.

circunstancias. Este estado de desesperanza coloca al individuo en «alto riesgo» de conducta suicida." (SCHOTTE Y CLUM, 1987: 49) [58]

La metodología más frecuentemente empleada en este tipo de estudios es la utilización de cuestionarios y otros métodos para medir estos aspectos en población suicida (personas con ideas suicidas o que han intentado o suicidarse) y población "normal" (no suicida). Las diferencias entre ellos no debidas al azar facilitan la comprensión de aquellos factores relacionados con la conducta autodestructiva.

La exposición que se sigue a continuación clasifica los aspectos con los que se relaciona el estrés en su vinculación con el suicidio en tres grupos [59]:

- Aspectos psicológicos
- Aspectos sociales
- Aspectos conductuales y psicopatología

---

[58] Conviene señalar que estos autores aplican el modelo "interactivo" del estrés a una perspectiva eminentemente cognitiva. La extensión de los términos referidos a teoría cognitiva a otros aspectos tales como el apoyo social... ofrece una idea más completa de la visión integradora de este modelo.

[59] Esta clasificación, como todo tipo de agrupamiento, puede resultar "forzada" en el sentido de que los aspectos incluidos en cada uno de los subgrupos no pertenecen estricta ni únicamente a dicho subgrupo. Sin embargo, se decide este modo de presentación, en aras de una mayor claridad.

A - ESTRES, ASPECTOS PSICOLOGICOS Y CONDUCTA SUICIDA

En este apartado se incluyen aquellas variables individuales que afectan al modo en que el sujeto vivencia las situaciones de estrés. Se comentarán tanto aspectos cognitivos, referidos al modo de resolver problemas, de evaluar la realidad y de valorar la capacidad de control individual, como aspectos afectivos, referidos al estado de ánimo, expectativas, etc.

Existen numerosos estudios que explican la predisposición al suicidio relacionando el estrés con variables cognitivas, o estrategias cognitivas usadas por el sujeto para resolver una situación y que incluyen el modo de resolver problemas, la rigidez cognitiva, las distorsiones cognitivas... Se citan los estudios de SCHOTTE Y CLUM (1982, 1987), que se centran en el estudio de la resolución de problema, los trabajos de LUSCOMB, CLUM Y PATSIOKAS (1980) y los de TOPOL Y RESNIKOFF (1982), que estudian el "locus of control", como un aspecto cognitivo que puede influir en el grado de vulnerabilidad al suicidio cuando el sujeto se encuentra en situaciones problemáticas, y las investigaciones de BONNER Y RICH (1987, 1988a, 1988b) Y RICH Y BONNER (1987a), que miden aspectos tales como distorsiones cognitivas e ideas irracionales.

Existen numerosos estudios que plantean la relación entre el estrés y suicidio mediada por la desesperanza, entendiendo ésta como una

visión negativa del futuro: RUDD (1990), BONNER Y RICH (1987, 1988a, 1988b), RICH Y BONNER (1987a) y SCHOTTE Y CLUM (1982, 1987). En general se afirma que hay una relación positiva entre estrés y desesperanza y entre ambos y la conducta suicida.

Los resultados obtenidos en estos estudios prueban, en su mayoría, que la existencia de altos niveles de estrés unida a una menor eficacia en la resolución de problemas o/y a una visión distorsionada y negativa de la realidad y del futuro aumenta la vulnerabilidad al suicidio.

El estrés y su influencia en la conducta suicida se puede plantear, asimismo, relacionando el estrés con diferentes **variables afectivas**; la variable que más se ha vinculado al suicidio ha sido la depresión o los síntomas depresivos. BROWN Y ANDREWS (1986) encuentran que la existencia de un alto número de sucesos estresantes aumenta la probabilidad de la depresión [60]; FARMER Y CREED (1989) demuestran que un mayor porcentaje de depresivos que de no depresivos habían experimentado una dificultad de tipo crónica; RUDD (1990: 25-26) deduce en su estudio que:

---

[60] En sí misma, esta variable aparece altamente vinculada a la conducta autodestructiva, aunque no debe llegarse a la concepción de la causalidad absoluta entre ambas. Esto se deduce, por ejemplo, de las conclusiones del estudio de COHEN-SANDLER, BERMAN Y KING (1982: 185): *"Este estudio ha demostrado que tanto los datos de los síntomas como de la historia de la vida pueden distinguir a los niños que están relacionados con alguna conducta suicida de aquellos niños depresivos no suicidas y de aquellos que tienen otros problemas emocionales"*. Se encontrará más información al respecto de la relación entre depresión y suicidio en otro apartado de este trabajo dedicado a la depresión.

"... el aumento de estrés conlleva un aumento tanto de la depresión como de la desesperanza. Dando un paso más, la relación entre el estrés de vida y la ideación suicida está mediada por la depresión y la desesperanza." (RUDD, 1990: 25-26)

BONNER Y RICH (1987, 1988a) y RICH Y BONNER (1987a) comparten, en líneas generales, la opinión de RUDD.

A modo de conclusión general en lo que se refiere a las variables psicológicas del individuo, en su vertiente cognitiva y afectiva, se puede afirmar que el estrés se vincula a variables tales como la rigidez cognitiva, depresión etc., en su relación con la conducta suicida.

B - ESTRES, ASPECTOS SOCIALES Y CONDUCTA SUICIDA

En este apartado se presenta la relación del estrés con el apoyo social real y percibido. El apoyo social real se refiere a las interacciones que mantiene el individuo con personas de su ambiente y a la calidad de éstas. El apoyo social percibido hace referencia a cómo siente el individuo sus relaciones con el entorno; esto es, si se siente ayudado, comprendido por los demás o, si, por el contrario, se siente solo [61].

---

[61] Este aspecto subjetivo del apoyo social es, de hecho, una variable psicológica. No obstante, ambos "tipos" de apoyo social se comentan conjuntamente, primero, por considerar que están relacionados y, segundo, porque la exposición conjunta de los dos aspectos de un mismo concepto facilita la comprensión. En el apartado dedicado al estudio del apoyo social se realizarán las matizaciones pertinentes.

Se pueden encontrar numerosos trabajos que relacionan el estrés con el apoyo social, el sentimiento de soledad y las relaciones con el entorno como factores de vulnerabilidad al suicidio. Así, BONNER Y RICH (1987, 1988a) y RICH Y BONNER (1987a) recogen en sus estudios tanto la percepción subjetiva de falta de apoyo, como la medición objetiva de este aspecto y los propone como factores que se añaden al estrés y que, junto con otras variables, favorecen la aparición de conductas suicidas.

Se puede plantear la posibilidad de la interrelación del apoyo social con el estrés en ambas direcciones: a más estrés, el apoyo social percibido es menor y, viceversa, a menor apoyo social, mayor estrés percibido. Incluye medidas de apoyo de los familiares y de los amigos en un estudio realizado en adolescentes y plantea la posibilidad de que, bajo situación de estrés, el individuo percibe más lo inadecuado de sus vinculaciones sociales; es posible, de igual modo, que cuando se tiene poco apoyo social se perciban ciertos sucesos como más estresantes (RUDD, 1990).

KING, RASKIN et al. (1990) concluyen en su estudio que las adolescentes que habían intentado suicidarse habían experimentado más sucesos negativos, y unas relaciones más pobres con la figura materna. Los autores sintetizan así este resultado:

"Problemas en la relación madre-adolescente, sucesos indeseables estresantes en la vida, y una fuerte orientación hacia el apoyo de los

iguales como sustento de la falta de apoyo de los padres diferenció a los adolescentes que intentaron suicidarse de los adolescentes con los que fueron comparados." (KING, RASKIN et al., 1990: 293)

En personas diagnosticadas de "desorden depresivo primario" que habían realizado un intento grave de suicidio, se comprueba que sucesos relacionados con la supresión de relaciones de apoyo pueden jugar un papel importante en el riesgo de un intento de suicidio (STIFFMAN, 1989; SLATER Y DEPUE, 1981).

ISHERWOOD et al. (1982) suman el efecto de la alienación social al del estrés y otros factores en la susceptibilidad hacia el suicidio. En la misma línea, se ha comprobado asociación entre la ideación y el intento suicida y los sucesos estresantes negativos, la falta de apoyo social, y bajos niveles de ajuste, que no son sino un modo deficiente de resolver los problemas (DUBOW, KAUSCH et al., 1989).

Desde una perspectiva "macrosocial" se propone y prueba en sus aspectos centrales la hipótesis de que la tasa de suicidios está positivamente relacionada con el estrés social percibido y negativamente relacionada con la solidaridad social percibida (LANDAU Y RAHAV, 1989).

La mayoría de estos estudios concluyen que la coexistencia de estrés con la falta de apoyo social real o percibido aumenta el riesgo de suicidio

(62)

C - ESTRES, ASPECTOS CONDUCTUALES, PSICOPATOLOGIA Y CONDUCTA SUICIDA

El estrés se ha visto relacionado, en su vinculación con el suicidio, con problemas de inadaptación. Se incluyen dentro de problemas de adaptación tanto las conductas problema como las enfermedades psiquiátricas.

La existencia de estrés se ha vinculado a la aparición de problemas de ajuste, entendiendo por ello, la existencia de conductas-problema, poco adaptativas, que serían un ejemplo más del efecto que el estrés puede tener en un individuo con dificultades en el afrontamiento a dicho estrés por parte del propio sujeto en el escalamiento hacia el suicidio.

Así, por ejemplo, KING, RASKIN et al. (1990) encuentran más problemas de conducta delincuente y la existencia de más sucesos indeseables durante el año anterior al intento de suicidio; se han descubierto más problemas conductuales y de salud entre los jóvenes que habían intentado suicidarse que entre los no suicidas (STIFFMAN, 1989); Con el mismo resultado, DUBOW, KAUSCH et al. (1989) concluye que la ideación suicida y los intentos de suicidio están asociados con más sucesos negativos , menos niveles de apoyo

---

(62) En el capítulo dedicado al estudio del apoyo social y de la soledad en su relación con el suicidio se profundizará más en este punto.

familiar y menores niveles de ajuste.

Además de las investigaciones que relacionan el estrés con la depresión y la aparición de conductas problemas deben mencionarse los estudios que versan sobre las implicaciones del estrés en la psicopatología en general (COSTELLO, 1982; RABKIN, (1982) y en ciertas afecciones en particular, como puede ser la esquizofrenia (SPRING Y COONS, 1982; BEUHRING, CUDEK et al., 1982), y que han sido revisados por PAYKEL Y DOWLATSHAHI, 1988). Son numerosos las investigaciones que encuentran en la psicopatología y el estrés importantes factores de incidencia en el suicidio (COHEN-SANDLER et al., 1982; LUSCOMB et al. 1980; POWER et al., 1985; ISHERWOOD et al., 1982) y los que explican el suicidio básicamente desde la psicopatología (ROJAS, 1978) [63].

En virtud de lo expuesto hasta ahora en lo que se refiere al estrés y a la relación de este con el suicidio se puede llegar a dos conclusiones generales:

- Existe una relación interactiva entre el entorno y el individuo de tal modo

---

[63] Esta visión tiene su antecedente histórico en la perspectiva individual que procede de la psiquiatría y presupone enfermedad mental en todo aquel que se suicida. En la investigación que nos ocupa, la conducta suicida es estudiada en población normal; por ello, no vamos a insistir demasiado en la asociación entre el suicidio y la psicopatología. No se niega, por ello, la gran importancia que tienen las enfermedades mentales en la incidencia de conducta suicida, como un factor de vulnerabilidad importante, y la psicopatología, como un enfoque de explicación de la misma.

que un estímulo situacional es estresante en la medida en que un individuo lo percibe como tal porque desborda sus propios recursos. El modo adecuado de solucionar la situación depende, en gran medida, de la gravedad de dicha situación, de la capacidad de afrontamiento del sujeto y del apoyo que el sujeto reciba del entorno.

- Existe una relación positiva entre estrés y suicidio. Se ha comprobado que los individuos "suicidas", normalmente experimentan más sucesos negativos y/o los perciben más negativamente, a la vez que tiene lugar otra serie de factores que interactúan o se suman al rol del acontecimiento vital "estresante" en el suicidio Estos factores son, entre otros, la falta de apoyo social real o percibida, la ausencia de recursos cognitivos adaptativos por parte del individuo, la presencia de afectos negativos y de una visión distorsionada de la realidad y del futuro, así como la presencia de conductas no adaptadas poco efectivas para afrontar la situación estresante.

III.1.2.2.- ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA

Como se ha podido comprobar en el apartado anterior, son muchos los autores que han considerado el estrés y los acontecimientos estresantes un factor importante en la incidencia de la conducta suicida (GRIFFITHS, FARLEY Y FRASEY, 1986). El propósito de este apartado es exponer, en un nivel más específico, cuáles son los sucesos vitales que se

relacionan con el comportamiento autodestructivo, admitiendo, con las teorías basadas en el estímulo, que determinados "acontecimientos vitales" o la frecuencia de los mismos pueden suponer un nivel de gravedad tal o conllevan una serie de vivencias estresantes cotidianas que pueden colocar al individuo en riesgo de suicidio -o de otros desórdenes-, exigiendo más al individuo en lo que se refiere estrategias de afrontamiento que otras situaciones más leves para evitar dicho riesgo [64].

Los estudios que se centran en estos aspectos son, normalmente de naturaleza retrospectiva. Uno de los métodos más empleados en las investigaciones de estos eventos es la "autopsia psicológica" o "historia de caso" que consiste en estudiar aspectos de la vida del suicida a través de entrevistas con personas relacionadas con el finado y otros medios [65].

Cuando la investigación se basa en el estudio de personas que

---

[64] Respecto al papel que ejercen los sucesos vitales recientes en la conducta suicida se debe citar el estudio de PAYKEL et al. (1975) en el que las personas que habían intentado suicidarse habían vivido más sucesos en los meses anteriores al intento que los depresivos en el período anterior al establecimiento de la enfermedad y seis veces más acontecimientos que la población en general. No se debe olvidar que estos acontecimientos vitales, aún siendo importantes o graves, son más estresantes para unas personas que para otras. En la vulnerabilidad de un individuo al estrés no sólo incide el número de acontecimientos que haya vivido el sujeto, sino el signo (positivo o negativo) de dichos acontecimientos, y la vivencia que el sujeto haya tenido de ellos.

[65] La autopsia psicológica se utilizó en sus orígenes para determinar si el finado era víctima de suicidio o accidente. En la actualidad se utiliza para tener un mayor conocimiento de la vida, entorno, forma de ser... del suicida a través de algunas personas cercanas al individuo, que son los informadores. Los acontecimientos vividos por el sujeto durante su ciclo vital y los sucesos inmediatamente anteriores al suicidio son una de las áreas a conocer en las entrevistas no estructuradas con las personas cercanas al individuo (SHAFII, CARRIGAN et al., 1985).

han intentado suicidarse el método se denomina "biopsia psicológica" y consiste en indagar aspectos de la vida del sujeto anterior al intento de suicidio mediante el contacto sistemático y entrevistas estructuradas o cuestionarios con el propio sujeto bajo ciertas condiciones determinadas. La biopsia psicológica evalúa principalmente nueve aspectos importantes: letalidad, conductas autodestructivas anteriores al intento, depresión, hostilidad, estrés, reacciones de los padres o tutores, pérdida de la comunicación, falta recursos, expectativas parentales y control [66]. Son métodos que pretenden un estudio del suicida más extenso que el de conocer los sucesos vitales antecedentes y circundantes, pero que nos permiten acercarnos a ellos.

Los acontecimientos vitales han sido definidos por MARTI Y MURCIA (1987) como:

> *"... acontecimientos o sucesos susceptibles de ser los desencadenantes o precipitantes de algún trastorno." (MARTI Y MURCIA, 1987: 13)*

La capacidad patógena de estos "eventos" depende, según recogen los mismos autores, de la intensidad de la vivencia, de la duración, y del momento de ocurrencia en la vida del sujeto [67]. OZAMIZ (1988b) habla

---

[66] Para más información sobre el método denominado biopsia psicológica, mirar McINTIRE Y ANGLE (1981: 236-238).

[67] Se puede añadir, en base a lo expuesto en anteriores apartados que la fuerza patógena depende también del apoyo social que reciba el sujeto, de los recursos para afrontarlo, de cómo perciba el suceso el propio sujeto, en definitiva, de ciertas características que no dependen

de sucesos vitales como algo que implica una adaptación en la vida del individuo:

> *"... experiencias objetivas que crean una disfunción en las actividades habituales del individuo, causando un reajuste en el comportamiento del mismo." (OZAMIZ, 1988b: 87)*

En las páginas siguientes se van a exponer los acontecimientos vitales estresantes que se han encontrado más vinculados con la conducta suicida. Dado que este trabajo estudia dicha conducta en un grupo de edad específico, la adolescencia, son los sucesos ocurridos a los sujetos de esta edad los que más interesan.

A - PERDIDA PARENTAL O "BROKEN HOMES" ("hogares rotos")

Con el término "broken homes" se designan aquellas familias, en las que los padres no comparten su vida o no viven juntos. Los sucesos que causan esta situación son básicamente tres: muerte de alguno de ellos, divorcio y separación. WASSERMAN Y CULBERG (1989) definen la pérdida parental del siguiente modo:

> *"... una pérdida definitiva de uno o ambos padres debido a muerte, divorcio o separación por un periodo de al menos doce meses antes de que el individuo suicida cumpliera 18 años." (WASSERMAN Y CULBERG,*

---

exclusivamente del estímulo.

1989: 51)

Se considera que las separaciones frecuentes de un niño de sus padres puede tener un efecto similar, aunque posiblemente menor.

Son numerosas las investigaciones que han encontrado una alta incidencia de "broken homes" entre los adolescentes suicidas, tanto por muerte como por separación o divorcio. Por ejemplo, HAFEN Y FRANDSEN (1986) afirman que:

> *"... aproximadamente la mitad de aquellos que se suicidan provienen de hogares deshechos, y aproximadamente el sesenta y cinco por ciento de los que intentan suicidarse también. Hay una interesante diferencia, sin embargo: aquellos que solo intentan suicidio tienden a proceder de hogares que se han deshecho a causa de divorcio, mientras que aquellos que se suicidan tienden a proceder de hogares que se han roto por la muerte de uno de los padres." (HAFEN Y FRANDSEN, 1986: 73)*

Se ha comprobado que la muerte del padre o de la madre había ocurrido más frecuentemente durante la infancia o adolescencia en las víctimas de suicidio que durante el mismo período en los que habían intentado suicidarse y no murieron a consecuencia del acto (DORPAT et al., 1965).

Sin embargo, no todos los autores ven tan clara la diferente incidencia que puede tener en el suicidio el hecho de que la pérdida parental sea por muerte o por divorcio o separación. PECK et al. (1985) opinan que,

dado que la mayoría de la gente que ha perdido alguno de los padres no se suicida, el factor crítico influyente es el tipo de relación anterior a la separación o pérdida [68].

TEICHER Y JACOBS (1965) encuentran la muerte de uno de los padres como uno de los problemas dentro de "una larga historia de problemas" en los adolescentes que han intentado suicidarse.

La importancia concedida a la pérdida de uno de los padres como una de las condiciones de la infancia o adolescencia que predispone a los individuos a cometer actos de automutilación en la adolescencia es compartida también por WALSH (1987), McKEIGHEN (1989), HAWTON (1989), DAVIS (1983), PFEFFER (1986), CURRAN (1987) y LADAME Y JEANNERET (1982).

Son varios los estudios que lo prueban. Así, por ejemplo, KOSKY (1983) encuentra que el 80% de los suicidas ha tenido alguna experiencia de pérdida en comparación con el grupo control de niños no suicidas enfermos psiquiátricos.

La importancia no sólo de la pérdida temprana de un padre se ve agravada por las consecuencias de dicha pérdida en el ambiente familiar en

---

[68] Con esta afirmación, los autores enlazan el acontecimiento vital con la importancia que tienen las relaciones sociales en la manera de vivenciar un suceso.

cuanto a la estabilidad (ADAM, LOHRENX et al., 1982).

Por su parte, WASSERMAN y CULBERG (1989) comparten esta opinión en lo que se refiere a la importancia del apoyo social ante un suceso de pérdida parental y explica la vulnerabilidad de un adulto suicida ante diferentes tipos de separación acudiendo a la experiencia temprana de pérdida vivida por estos.

Se ha comprobado que los adolescentes viven una larga historia de problemas como fase anterior a un período agudo en el que estos problemas aumentan, siendo la pérdida parental uno de los problemas más frecuentes, que funcionaría como una parte del proceso y no como un evento aislado. El autor lo explica de este modo:

> *"La relación de los hogares deshechos con el suicidio y el intento suicida ha sido un tema central en la literatura psiquiátrica. El significado de estos conceptos se entiende mejor viéndolo como parte de un proceso más que como un evento traumático único de la infancia temprana, que por sí mismo predispuso al sujeto a la depresión y al suicidio en la vida posterior." (JACOBS, 1980: 85-86)*

Algunos de los autores que han investigado y afirmado la frecuencia de "hogares rotos" entre la población suicida son COHEN-SANDLER et al., 1982; GUILLON et al., 1987; KERFOOT, 1988; DIEKSTRA, 1989, quién con un enfoque más sociológico relaciona la tasa de divorcios con la tasa de suicidios; PRONOVOST et al., 1990; GARFINKEL et al., 1982; GARFINKEL Y

GOLOMBECK, 1983; GODWIN, (1986).

Además de los hogares rotos propiamente dicho, las relaciones familiares conflictivas constituyen una fuente de estrés importante. De hecho, HUSAIN (1990) afirma que las disputas familiares, las relaciones padres-hijos perturbadas, el abuso sexual y físico y las actitudes parentales hostiles promueven conductas suicidas. Esta opinión es compartida por DEYKIN et al. (1985); SLABY Y McGUIRE (1989); SPIRITO, BROWN et al. (1989) y LESTER (1990b). En un nivel más amplio, WORK et al. (1990) comprueban que estos aspectos tienen incidencia en el grado de ajuste general de los niños, reflejado en el tipo de comportamiento en el colegio, en el nivel de autoconfianza, y en la presencia de habilidades con los compañeros, aspectos que, a su vez, pueden relacionarse con el suicidio.

En vista de los resultados obtenidos en la mayoría de las investigaciones y de las opiniones expresadas por los estudiosos del tema se puede afirmar la importancia de la pérdida parental en la vida de un adolescente como factor de vulnerabilidad al suicidio [69], eso sí, matizando que su rol está mediado por otros factores más allá del hecho objetivo de la pérdida. Así por ejemplo, las relaciones conflictivas en las familias suponen una fuente de estrés que está relacionada con el suicidio.

---

[69] De hecho ZUNG (1986: 223), por ejemplo, incluye este aspecto en las variables sociales útiles para la identificación de "Alto Riesgo de Suicidio Potencial".

B - CONDUCTA SUICIDA EN LA FAMILIA

La conducta suicida en la familia es otro de los sucesos vitales que se han visto relacionados con el suicidio. Son varios los autores que defienden dicha conexión: BERMAN Y CARROLL (1984); CURRAN (1984); KERFOOT (1979, 1988); McKENRY et al. (1982); HAFEN Y FRANDSEN (1986) sostienen que un cuarto de los adolescentes que intentan o cometen suicidio han tenido un padre que también lo ha intentado o cometido; GUILLON et al. (1987); así como BOTBOL, ANGEL et al. (1988); McKEIGHEN (1989) y GARFINKEL et al. (1982).

Dos son las explicaciones básicas que se han dado a este hecho. La primera es de tipo biológico y defiende que el suicidio puede tener un componente genético y que, si se repite en una familia, se debe al componente hereditario de los trastornos psiquiátricos (KALLMAN, DE PORTE et al., 1949).

La otra explicación es de tipo ambiental y plantea que la conducta se aprende por imitación y que los padres son un modelo a imitar para los hijos. Entre los autores que defienden esta segunda explicación se cita a DAVIS (1983); SHAFFER (1974); GUILLON et al. (1987), quienes hablan de la identificación como proceso de explicación de la conducta suicida; HAFEN Y FRANDSEN (1986); PFEFFER (1986), quien sugiere la importancia de las características de la relación padre-niño y admite la posibilidad de un

componente genético. Asimismo, PFEFFER apunta que normalmente los hijos de padres con conducta suicida han experimentado pérdidas anteriores de los padres provocadas por conflictos, separaciones, hospitalizaciones...

HAWTON, (1989), por su parte, admite la posibilidad de las dos explicaciones:

> *"El hecho de que la conducta suicida en miembros de las familias de adolescentes suicidas sea relativamente común podría reflejar la alta incidencia de desórdenes psiquiátricos, especialmente depresión, en estas familias. Sin embargo, tal conducta puede ser importante en otro aspecto, especialmente en que provee al adolescente un modelo de afrontamiento a las situaciones difíciles."(HAWTON, 1989: 39)*

No se puede olvidar otro aspecto importante; a saber, la carga emocional y social que supone la pérdida de un familiar se agrava por el hecho de que la muerte haya sido voluntariamente provocada, pudiendo dar lugar a sentimientos de vergüenza, culpa, dolor... etc. A este respecto, PFEFFER (1986) afirma que:

> *"... los estudios sobre los efectos del suicidio de los padres en los niños conlleva importantes problemas metodológicos. Por eso las conclusiones deben ser entendidas como tentativas. De todas maneras, estos estudios indican que los niños responden intensamente a la conducta suicida de los padres. Los niños con frecuencia se sienten confundidos y se culpan a sí mismos de las acciones de sus padres." (PFEFFER, 1986: 142)*

Un estudio realizado por SORENSON Y RUTTER (1991)

comprueba que la relación entre el intento de suicidio en la familia y el intento de suicidio del sujeto desaparece cuando se neutraliza el papel de otras variables de riesgo, tales como sexo, raza, edad, nivel cultural, estado civil, y desorden mental tanto del respondente como de la familia. Aspectos tales como la edad y el estado de desarrollo del sujeto en el momento en que tiene lugar la conducta suicida del familiar, el apoyo social que reciban los familiares del paciente suicida y el grado de exposición al evento, así como la disponibilidad de servicios de asistencia (ZIMMERMAN, 1991) son factores que pueden mediar la relación entre la presencia de conducta suicida en el familia y la conducta o tendencia suicida en la persona.

C - PRESENCIA DE ENFERMEDAD

El padecimiento de una enfermedad importante, entendiendo por ello una afección duradera o grave, se ha visto relacionado con conducta suicida: JACOBS (1980); PETZEL Y RIDDLE, 1981; GUILLON et al. (1987); McKEIGHEN (1989); HAWTON (1989) opina que este factor tiene más incidencia en el suicidio entre personas de la tercera edad.

Del mismo modo, la presencia de enfermedad, en algún miembro de la familia puede ser un factor de riesgo o de vulnerabilidad al suicidio (GARFINKEL Y GOLOMBEK, 1983; GUILLON et al., 1987; PRONOVOST et al., 1990; HAWTON, 1989; KERFOOT, 1988; BRENT, KOLKO et al., 1990). El

enfermo, la preocupación por su vida y su padecimiento, la demanda de atención, cuidados, etc., es estresante para todos los miembros de la familia. En opinión de HAWTON (1989):

> *"... la enfermedad física de los padres puede afectar de dos maneras: Primera, el adolescente puede estar preocupado por la salud-enfermedad de su padre, especialmente si se dan condiciones de amenaza para la vida. Segunda, los padres con handicaps crónicos pueden no prestar la suficiente atención a las necesidades emocionales de sus hijos, estando más preocupados por su propio estado, y, en particular pueden ser incapaces de darle apoyo cuando el adolescente esté en una situación estresante." (HAWTON, 1989: 81)*

Si la enfermedad es psíquica, el estrés y la desestabilización del ambiente familiar es aún mayor. Una de las enfermedades que más se ha relacionado con el suicidio es el alcoholismo. MEYER Y PHILLIPS (1990) afirman que esta enfermedad de los padres provoca unas situaciones muy estresantes con graves consecuencias para los hijos, entre las cuales se sitúa el suicidio. Todo ello sin olvidar la posible transmisión hereditaria de los trastornos mentales (WILSON, 1991).

D - CAMBIOS FRECUENTES DE LUGAR DE RESIDENCIA Y DE COLEGIOS

Esta circunstancia obliga al niño o adolescente a romper relaciones interpersonales, con lo que pierde una parte importante de apoyo social. Estos cambios suponen una carga de estrés importante. Es un hecho constatable que, en nuestra sociedad la mobilidad ha aumentado en relación a

sociedades pasadas (HAFEN Y FRANDSEN, 1986: 89). Han estudiado este aspecto DOAN Y PETERSON (1984) y TEICHER Y JACOBS (1965), entre otros.

E - PRESION ACADEMICA

Este factor, al igual que los anteriores, está, en cierta medida, a caballo entre las "contrariedades cotidianas" de LAZARUS Y FOLKMAN [70] y los acontecimientos vitales, ya que la presión académica es continuada día a día, aunque haya momentos de estrés más agudo -en períodos de exámenes, en entrega de calificaciones no favorables, etc-. Las altas expectativas propias o de los padres no cumplidas contribuyen a un sentimiento de infravaloración, que hace al sujeto más vulnerable al suicidio.

Entre los investigadores que prueban y afirman la importancia de este factor en el suicidio están PECK et al. (1985); KERFOOT (1979); GUILLON et al. (1987); STIVERS (1987); KERFOOT (1988). KOSKY (1983) concluye en su estudio que no hay diferencias entre el grupo psiquiátrico control y los suicidas en cuanto al número de individuos calificados por los profesores como

---

[70] El concepto aparece comentado anteriormente. LAZARUS Y FOLKMAN(1986a) se refieren a los estímulos que en la vida normal y cotidiana nos producen estrés, en contraposición a los acontecimientos vitales, entendidos como un suceso más puntual y grave.

buenos, malos o regulares en rendimiento académico [71]. GARFINKEL Y GOLOMBECK (1983), por su parte, encuentran que más de la mitad de la muestra de individuos que intentaron suicidarse estaban padeciendo fracaso en la escuela, siendo los individuos con intentos moderados o menores los que fracasaban más en relación a los que realizaron intentos severos.

No es siempre el estímulo objetivo "suspenso" lo que causa estrés sino la percepción subjetiva de haber fracasado por no cumplir unas expectativas propias o de los demás. En el estudio de McKEIGHEN (1989) se comprueba que la mayoría de los adolescentes suicidas habían aprobado, pero su rendimiento estaba por debajo de lo esperado en función de sus capacidades.

A este respecto conviene mencionar que muchos de los sujetos vinculados en conductas suicidas puntúan alto o muy algo en las escalas de medición de la inteligencia (DELISLE, 1986; LESTER, 1991).

---

[71] No se ha encontrado ninguna correlación entre capacidad intelectual y suicidio que pudiera explicar el posible fracaso escolar o estrés académico que sienten los estudiantes con tendencias suicidas. Por otro lado, existen datos que confirman que los jóvenes estudiantes se suicidan con más frecuencia que los no estudiantes (LYMAN, 1961); algunos autores llegan a afirmar que la tasa de suicidio entre estudiantes universitarios alcanza un cincuenta por ciento más que en la población en general.

F - OTROS SUCESOS VINCULADOS AL SUICIDIO ADOLESCENTE

El fracaso amoroso o ruptura con el novio/a es uno de los sucesos que se ha asociado tradicionalmente con suicidio como factor precipitante. Las adolescentes y jóvenes son las que más frecuentemente intentan suicidio, de forma poco "seria" -con poco peligro para la vida- como una forma de rehacer una situación que se estaba terminando (PECK et al. 1985: 27). Según estos mismos autores el número de conductas suicidas por esta causa *"es menor del que la literatura romántica sugeriría"*. HAWTON (1989) indica que:

> *"... la falta de relaciones de apoyo en la familia puede llevar a unas relaciones excesivamente dependientes con los miembros del sexo opuesto; tal dependencia hace al individuo vulnerable a una sobrecarga de angustia cuando la relación está amenazada o es interrumpida." (HAWTON, 1989: 77)*

El embarazo no deseado es otro de los factores considerados precipitantes en el comportamiento suicida. OTTO (1972) y GABRIELSON, KLERMAN et al. (1970) investigaron esta relación y llegaron a resultados contradictorios.

Las dificultades económicas en la familia como una variable que se asocia a estrés, inestabilidad, inseguridad, etc, se ha estudiado en su relación con el suicidio. HAWTON (1987) apunta la posibilidad de que, aunque

con el desempleo aumente la tasa de suicidio, no sea él mismo el que contribuye a dicha tasa sino la propia asociación del desempleo con la salud mental; DIEKSTRA (1989) demuestra que la tasa de suicidio aumenta con el desempleo; PECK (1987) incluye el desempleo entre las características del perfil de los suicidas, en virtud de la frecuencia de este distintivo entre los suicidas estudiados en la investigación.

En vista de lo comentado en este apartado en lo que se refiere a los conceptos de estrés y suicidio se llega a la conclusión de que parece existir tal relación. No obstante, la innumerable cantidad de situaciones estresantes con la que los sujetos se encuentran y la relativa "escasez" de conductas suicidas obliga a deducir que el estrés se relaciona con otras variables para terminar en la conducta suicida.

Las situaciones "estresantes" vividas por sujetos vulnerables al estrés, con dificultades para resolver eficazmente situaciones problemáticas puede condicionar la aparición de comportamiento suicida. Asimismo, ciertos sucesos vitales o la acumulación de los mismos podrían "predisponer" al sujeto hacia la conducta suicida, ayudado por la confluencia de otros aspectos del entorno o del propio individuo.

III.2.- EL AFRONTAMIENTO AL ESTRES Y SU INCIDENCIA EN LA CONDUCTA SUICIDA

Como se ha constatado anteriormente, la presencia de estímulos estresantes en la vida de un sujeto puede tener cierta incidencia en la presencia de conducta suicida. No se puede olvidar, no obstante, que los estímulos no afectan de igual manera a todos los sujetos. Las diferencias vienen determinadas en gran medida por la vivencia que tiene el sujeto de dichos estímulos, la cual, a su vez, está determinada de un modo importante por la forma que tiene de afrontarlos y por las posibilidades que cree tener para superarlos.

El término afrontamiento o "coping" ha sido definido de muy diferentes modos, dependiendo de la orientación teórica de partida. En este apartado se pretende recoger las principales teorías existentes a este respecto para, a través de ello, conocer la complejidad que rodea a este concepto. Se expondrán, asimismo, las distintas investigaciones que, de alguna manera, relacionan el coping [72] con la conducta suicida.

---

[72] A lo largo de la exposición se usarán los dos términos por considerar que la utilización del término en inglés está muy extendida en nuestro país y que, por tanto, no supondrá una merma a la comprensión del texto.

III.2.1.-PLANTEAMIENTOS TEORICOS DEL AFRONTAMIENTO

LAZARUS Y FOLKMAN (1986a: 141) presentan las dos orientaciones tradicionales en el estudio del estrés, para pasar seguidamente a explicar su concepción del afrontamiento desde la perspectiva transaccional del estrés.

III.2.1.1.- MODELO CONDUCTUAL EXPLICATIVO DEL AFRONTAMIENTO

La primera orientación proviene de la investigación realizada con animales. Los defensores de esta orientación definen el afrontamiento como:

> *"... aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo, por tanto, el grado de perturbación psicofisiológica producida por éstas." (LAZARUS Y FOLKMAN, 1986a: 141)*

Lo que caracteriza a esta orientación es precisamente su marcado interés por los aspectos psicofisiológicos de afrontamiento (CALVETE, 1989).

A esta perspectiva se le ha criticado el no considerar aspectos tan importantes como los cognitivo-emocionales y el centrarse sobre todo en la conducta de huida y evitación, dejando de lado otros tipos de afrontamiento de gran importancia (LAZARUS Y FOLKMAN, 1986a)

III.2.1.2.- MODELO DE LA PSICOLOGIA DEL YO

La segunda orientación proviene del modelo psicoanalítico de la psicología del yo. Define el afrontamiento como:

> *"... el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés." (LAZARUS Y FOLKMAN, 1986a: 141)*

Se diferencia del modelo anterior en que da mayor importancia al factor cognitivo que al conductual.

Se pueden encontrar dos características definitorias de los modelos basados en la psicología del yo. La primera característica es que establecen un jerarquía de procesos de afrontamiento. Para HAAN (1985), por ejemplo, los procesos más maduros son los procesos de afrontamiento propiamente dichos, las defensas son formas neuróticas de adaptación y la fragmentación supone un fracaso del yo. En sus propias palabras:

> *"... el afrontamiento conlleva propósito, elección, cambio flexible, se une a la realidad intersubjetiva y lógica y permite y aumenta la expresión afectiva proporcionada; la defensa constriñe, niega, es rígida y distorsiona la realidad intersubjetiva y lógica, esconde los impulsos e incorpora la esperanza de que la ansiedad se puede aliviar sin dirigirse directamente al problema; la fragmentación es automatizada, ritual, formulada de un modo privado, dirigida afectivamente y expresada irracionalmente en el sentido de que la realidad intersubjetiva es claramente deformada." (HAAN, 1985: 144)*

HAAN divide el modelo del yo en cuatro sectores según las funciones de afrontamiento. El primer sector es el cognitivo, que se refiere a los esfuerzos en el ámbito de la resolución de problemas; el sector de la regulación afectiva, que supone la expresión indirecta de los sentimientos; el sector reflexivo-intraceptivo, relacionado con la aceptación de los propios sentimientos y pensamientos; y el enfoque de atención, que supone centrarse sólo en algunos aspectos de la situación. Cada una de estas funciones puede llevarse a cabo de cualquiera de los tres modos expuestos: afrontamiento, defensa o fragmentación.

Además de la ordenación jerárquica de los procesos de afrontamiento, la psicología del yo presenta otra característica definitoria. A saber, la de considerar el afrontamiento como una estructura. es decir, como un rasgo o un estilo y no como un proceso dinámico.

Los rasgos se refieren a las propiedades que tiene el individuo para aplicar a determinadas clases de situaciones. Uno de los rasgos de afrontamiento encontrados es el de represión-sensibilización (KHRONE Y ROGNER, 1982).

Un estilo de afrontamiento supone una mayor generalización del rasgo y se explica como el modo de clasificar a los individuos en tipos según unas características de su comportamiento. Los dos estilos de afrontamiento

más estudiados son el patrón A y el patrón B [73]. En el ámbito de la consideración del afrontamiento como un estilo transituacional, la orientación analítica se ha centrado en el estudio de los estilos cognitivos que se refieren al modo de percibir, estructurar la realidad, memorizar, etc., que tiene una persona.

Estos dos presupuestos -la jerarquía de las estrategias de coping y la visión del coping como una estructura- de los modelos basados en la psicología del yo han suscitado cierta controversia.

LAZARUS Y FOLKMAN (1986a) cuestionan la jerarquía de las estrategias de coping diciendo que ninguna estrategia es de por sí buena o mala, ya que hay que tener en cuenta el contexto para enjuiciarlas. Defienden que el afrontamiento tiene dos funciones: manipular o alterar el problema con el entorno causante de la perturbación -afrontamiento dirigido al problema- y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia -afrontamiento dirigido a la emoción- [74]. Ambos se influyen mutuamente y ninguno es jerárquicamente superior a otro; dependiendo del contexto específico, un modo

---

[73] LAZARUS Y FOLKMAN (1986a) ofrecen una clara síntesis de las características de estos dos estilos A y B. No se considera pertinente para este trabajo extenderse en ellos.

[74] JUSTICE (1988) clasifica de un modo similar las estrategias o modos de manejar el estrés: un grupo se refiere a las estrategias dirigidas al problema y otro grupo recoge las estrategias dirigidas al sentimiento, las cuales pueden llevarse a cabo con acción directa, con acción indirecta, así como con inhibición de la acción.

de afrontamiento puede ser más conveniente que otro [75]. LAZARUS (1985) valora los mecanismos de defensa como formas de afrontar el estrés que pueden ser útiles y saludables en determinadas circunstancias; por ejemplo, la negación puede ser útil cuando la acción directa sobre la situación es irrelevante, o cuando la situación estresante se repite una y otra vez, ya que sirve para disminuir la ansiedad en los períodos intermedios, o en un primer momento del afrontamiento cuando los recursos de la persona son insuficientes para enfrentarse al problema, etc.

Por contra, CARVER et al. (1989) califican ciertos estilos de coping como "disfuncionales" ya que:

> *"... reducen los esfuerzos de la persona para enfrentarse con el estresor, incluso dejando de intentar conseguir las metas con las que el estimulo estresante está interfiriendo." (CARVER et al., 1989: 269)*

Las dimensiones "disfuncionales" del afrontamiento son, según los autores: la desvinculación conductual y mental y la negación. Las primeras consisten en realizar actividades que distraigan al sujeto del problema y en pensar en temas ajenos al problema, respectivamente. La negación supone el no reconocimiento del problema.

---

[75] Se tiende a afirmar que cuando el sujeto tiene cierta posibilidad de manipular el entorno es adecuado utilizar un modo de afrontamiento dirigido al problema. Cuando el sujeto no tiene control sobre la situación el afrontamiento dirigido a la emoción parece lo más conveniente. No obstante, hay que repetir que normalmente un modo de afrontamiento se interfiere o facilita el otro.

CARVER et al. afirman que, aunque en algunas situaciones concretas estos modos de afrontamiento pueden ser positivos, como estilos de coping transituacionales no favorecen el afrontamiento eficaz y activo. Por otro lado, estas dimensiones de coping correlacionan positivamente con ansiedad y negativamente con optimismo, autoestima, fortaleza, etc.

En la misma línea, SILVER Y WORTMAN (1980: 281) se refieren al abuso de alcohol y drogas como estilos de afrontamiento ineficaces porque, además de aumentar el problema en cuestión, pueden convertirse en un problema en sí.

V. RICH (1991) encuentra en una muestra de enfermeras que una mayor utilización de formas de coping de evitación se relaciona con una reacción al estrés menos saludable. En la misma línea, ROTHERAM-BORUS, TRAUTMAN et al. (1990) prueban que las adolescentes suicidas son más proclives a utilizar el pensamiento deseable como un modo de afrontar las situaciones estresantes; esto es, evitan pensar y enfrentarse al problema ocupando el pensamiento en temas más agradables.

En relación a esta controversia relativa a la visión o no del afrontamiento como estructura hay ciertos autores que entienden el coping como una disposición o atributo del individuo. KOBASA (1985) defiende que en los efectos del estrés sobre la salud del individuo tiene un papel muy

importante la personalidad del sujeto expuesto a la situación estresante. En este sentido afirma que la posesión de una personalidad fuerte (esto es, definida por compromiso, vigor, sentido de control interno sobre las situaciones, y existencia de una vida con significado) facilita que el individuo mantenga su estado de salud. En esta misma línea, TAPP (1985) plantea un modelo jerárquico de control conductual y defiende la existencia de un estilo de coping que caracteriza el funcionamiento del sujeto en las distintas situaciones y que queda reflejado en un continuo, cuyos polos opuestos son la fortaleza y la indefensión.

CARVER, SCHEIER Y WEINTRAUB (1989) encuentran correlaciones significativas moderadas en los modos de afrontar diferentes situaciones, lo cual habla en favor de ciertas disposiciones de afrontamiento en los individuos, que no llevan, sin embargo, a negar la importancia de la situación concreta en la determinación del modo concreto de coping utilizado. En palabras de V. RICH (1991):

> *"... es probable que, a través del aprendizaje y de la experiencia, la gente desarrolle unos modos de afrontamiento. Es probable, entonces, que, tanto las disposiciones como las situaciones afecten a los procesos de afrontamiento." (V. RICH, 1991: 71)*

Cuando se miden disposiciones, el investigador está interesado en lo que la persona hace normalmente a través de distintas situaciones estresantes.

III.2.1.3.- MODELO TRANSACCIONAL

LAZARUS Y FOLKMAN (1986a:164), desde su modelo transaccional del estrés mantienen una idea de afrontamiento contraria a la defendida por los teóricos basados en la psicología del yo. De esta forma, afirman que el afrontamiento es un proceso dinámico y no una estructura que determina la conducta en las diferentes situaciones.

Según esta perspectiva definen el afrontamiento como:

> *"... aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo." (LAZARUS Y FOLKMAN, 1986a:164)*

Lo que caracteriza esta visión del coping como un proceso es que, primero, hace referencia a lo que el individuo piensa o hace realmente, no a lo que generalmente hace; segundo, que se analiza lo que hace o piensa en un contexto determinado; y tercero, que es presumible un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción se va desarrollando.

Este concepto de afrontamiento debe entenderse dentro del marco conceptual interactivo del estrés. Como se ha visto anteriormente, el afrontamiento es una parte más de un proceso dinámico de interacción entre un estímulo específico y el individuo influenciado tanto por la evaluación que

hace el sujeto de la situación (evaluación primaria) como de sus propias capacidades para afrontarla (evaluación secundaria) así como por las reevaluaciones que realiza el sujeto en función del curso de la interacción.

Una de las críticas que pueden hacerse a este modelo de afrontamiento se basa en la utilidad práctica del estudio de situaciones específicas no generalizables para la terapia y la prevención. Se han apuntado ciertas dificultades metodológicas relacionadas con la medición de un proceso dinámico y cambiante.

Cada vez son más numerosos los autores que defienden una postura intermedia entre las dos orientaciones teóricas, es decir entre la postura totalmente estructuralista, que entiende el afrontamiento como un rasgo y la postura dinámica, que mantiene que hay "modos" diferentes de enfrentarse a situaciones concretas y específicas. KROHNE Y ROGNER (1982) y KROHNE (1986), por ejemplo, opinan que:

> *"... la conducta real de afrontamiento, vista como proceso, y el concepto de disposición no se excluyen mutuamente. Lo que se necesita es la identificación de modelos estables comparativos de conducta real y la interpretación de estos modelos como indicadores de disposición. Esta interpretación no excluye la influencia de la situación en la conducta." (KROHNE, 1986: 227)*

APPLEY Y TRUMBULL (1986) afirman que el sujeto "aporta" a la situación estresante que tiene que afrontar unas determinadas capacidades

o predisposiciones de carácter psicofisiológico y psicológico que interactúan con la situación determinando los modos de respuesta o afrontamiento.

III.2.2.- DELIMITACION CONCEPTUAL DEL AFRONTAMIENTO Y MEDICION

Existe terminología muy variada y confusa relacionada con el afrontamiento, en parte, debido a las diferentes orientaciones teóricas de los estudiosos del tema. En este apartado se intenta recoger y aclarar los conceptos más significativos en este ámbito. Asimismo, se presentan distintos modos de medición del afrontamiento que surgen de las diferentes concepciones del término.

PEARLIN Y SCHOOLER (1982) entienden el afrontamiento como:

> *"... cualquier respuesta a las tensiones de la vida que sirve para prevenir, evitar o controlar la sensación de ansiedad." (PEARLIN Y SCHOOLER, 1982: 110)*

Desde una perspectiva intermedia entre la orientación estructural del afrontamiento y la orientación dinámica, distinguen entre las respuestas específicas de coping y los recursos. Las respuestas específicas de afrontamiento son:

"... las conductas, cogniciones y percepciones que presenta la gente cuando se enfrenta realmente con problemas." (PEARLIN Y SCHOOLER, 1982: 114)

Los recursos de afrontamiento se refieren ...

"... no a lo que la gente hace sino a lo que les es disponible..." (PEARLIN Y SCHOOLER, 1982: 113)

Los recursos sociales:

"... están representados por las redes interpersonales de los que la gente forma parte." (PEARLIN Y SCHOOLER, 1982: 113)

Y los recursos psicológicos:

"... son las características de la personalidad que pueden ayudar a evitar las consecuencias del estrés: por ejemplo la autoestima y la sensación de control." (PEARLIN Y SCHOOLER, 1982: 114)

SILVER Y WORTMAN (1980) entienden el coping como:

"... todas y cada una de las respuestas realizadas por un individuo ante una situación potencialmente peligrosa." (SILVER Y WORTMAN, 1980: 281)

LAZARUS Y FOLKMAN (1986a) distinguen el concepto de afrontamiento de otros términos relacionados con los que se ha venido confundiendo: El afrontamiento es diferente a la adaptación automática porque el primero implica esfuerzo [76]; el afrontamiento se diferencia de los resultados, esto quiere decir que el afrontamiento tiene una función relacionada con el objetivo que persigue y que es diferente del resultado o efecto que cada estrategia tiene; el afrontamiento es diferente del dominio del entorno, lo que implica que las respuestas dirigidas al problema no tienen porqué ser las mejores en cualquier situación.

Además de los modos específicos de afrontamiento, LAZARUS Y FOLKMAN (1986a), siguiendo una línea similar a PEARLIN Y SCHOOLER (1982), se refieren a los recursos con los que cuenta el sujeto y que inciden de un modo importante en la evaluación secundaria que realiza dicho sujeto [77].

Estos autores clasifican los recursos del coping según ciertas categorías, unas referidas al individuo y otras referidas al ambiente. Entre las

---

[76] Esto conduce a que las conductas aprendidas y ejercidas automáticamente no se consideren conductas de afrontamiento. Se puede notar que esta visión del coping se diferencia de la postura mantenida por PEARLIN Y SCHOOLER (1982) que incluyen en la conducta de coping las percepciones que el individuo tiene de la situación. Asimismo se diferencia de la perspectiva de WHITE (1985) que engloba los conceptos de coping, control y defensa dentro del concepto de adaptación.

[77] Ya se ha comentado en el apartado dedicado a las teorías del estrés la importancia de este tipo de evaluación dentro de la teoría del estrés como proceso.

primeras se citan la salud y la energía, las creencias positivas [78], las técnicas de resolución de problemas, las habilidades sociales. Entre las segundas se citan el apoyo social y los recursos materiales.

La aplicación de estos recursos a una situación determinada depende de dos tipos de condicionantes. Por una parte, de los condicionantes personales, que hacen referencia a...

> *"... los valores y creencias internalizadas que proscriben ciertas formas de acción y de sentimientos y a los déficits psicológicos que son producto del desarrollo del individuo." (LAZARUS Y FOLKMAN, 1986a: 188)*

Por otra parte, depende de los condicionantes ambientales y del grado de amenaza vivenciado por el sujeto.

Toda esta variedad terminológica con respecto al afrontamiento se puede sintetizar siguiendo las definiciones presentadas por MENAGHAN (1983), quien, en una línea teórica interactiva, ofrece una posibilidad de acotar varios de los términos relacionados entre sí.

Esta autora distingue tres grandes categorías en lo que se refiere

---

[78] Bajo este epígrafe se engloban creencias tales como el autoconcepto positivo, en general aquellas creencias que favorecen la esperanza y el afrontamiento. Entre las creencias que han recibido más atención están la convicción de que el sujeto puede controlar las situaciones (locus of control interno) y la esperanza de que la acción del sujeto tendrá un resultado positivo (expectativa de eficacia).

a variables de afrontamiento: los recursos de afrontamiento, que define como:

> *"... actitudes y habilidades generalizadas que se consideran ventajosas a lo largo de muchas situaciones; incluyen actitudes hacia sí mismo (autoestima y fuerza del yo), actitudes hacia el mundo (sentido de coherencia y creencia de control), habilidades intelectuales (flexibilidad cognitiva y complejidad, aptitudes analíticas, conocimiento), y habilidades interpersonales (habilidades de comunicación, competencia y facilidad para intercambios interpersonales)." (MENAGHAN, 1983: 159)*

La segunda categoría en las variables de afrontamiento la ocupan los estilos de afrontamiento, que son:

> *"... estrategias de afrontamiento generalizadas, definidas como preferencias típicas y habituales de modos de aproximarse a los problemas: por ejemplo la tendencia a retirarse de la gente más que a ir hacia ella, a negar más que a reflexionar sobre una dificultad, a ser activo más que reactivo, a culpar a los otros más que a uno mismo. Dichas tipologías en el estilo de afrontamiento asumen, por definición, una tendencia relativamente estable y cross-situacional en la resolución de problemas." (MENAGHAN, 1983: 159).*

Los esfuerzos de afrontamiento suponen la tercera categoría y se definen como:

> *"... las acciones específicas (encubiertas o no) llevadas a cabo en situaciones específicas con la intención de reducir un problema o estrés (por ejemplo, conocimiento de un problema, expresar o inhibir emociones, comenzar una nueva actividad, pedir ayuda, desechar un pensamiento sobre el problema)." (MENAGHAN, 1983: 159).*

Las diferentes orientaciones teóricas determinan la elección de

las distintas formas de medición del coping o afrontamiento, cuyas distintas posibilidades son descritas de forma exhaustiva por COHEN (1987).

Los teóricos que defienden que el modo en que un individuo afronta los problemas es estable a través de las situaciones, optarán por medir el afrontamiento a través de la profundización en constructos estables como, por ejemplo, el estudio de la forma en que normalmente afronta ciertas situaciones; esto es, si lo hace de un modo defensivo o no... Se trata de medir lo que se ha dado en llamar "estilo de afrontamiento". En este ámbito teórico encuadra la medición de los estilos cognitivos, la habilidad en la resolución de problemas, etc.

De otra forma, los que defienden esta orientación pueden medir el afrontamiento por medio del conocimiento de una o varias características del sujeto; es decir, se intenta conocer la tendencia o disposición del sujeto en un aspecto o aspectos determinados que se consideran relevantes en el modo en que dicho sujeto vive y actúa en situaciones de estrés.

Desde esta perspectiva tendría cabida la medición de los recursos de afrontamiento. Así, por ejemplo, si los recursos de afrontamiento se consideran como un conjunto de factores cognitivos, actitudinales y cognitivos que proporcionan el contexto psicológico para el afrontamiento, la medición de las creencias del sujeto en lo que se refiere a autoeficacia, a competencia social

y a lugar de control son de gran utilidad.

Como se ha comentado anteriormente, el sujeto no aplica en todas las situaciones los recursos de afrontamiento de que dispone, aspecto que limita, en parte, las ventajas de la aplicación de este tipo de mediciones.

No obstante, la inexistencia de estos recursos implica la imposibilidad de aplicarlos en cualquier de las situaciones específicas con las que puede encontrarse. No se quiere decir con ello decir que los recursos sean permanentes a lo largo del tiempo si no, más bien lo contrario, que cabe la posibilidad de perder algunos de ellos y/o de adquirir otros. Por ello, el conocimiento de los recursos y de los estilos de afrontamiento puede ser de gran ayuda. De hecho, terapias tales como la terapia de inoculación de estrés (MEICHENBAUM, 1979) y la terapia de resolución de problemas (D'ZURILLA, 1986) se basan en la medición de estos aspectos. Ambos modos de tratamiento consisten, en líneas generales, en proporcionar al sujeto recursos de coping para que puedan ser aplicados a las distintas situaciones concretas.

El conocimiento de los condicionantes personales (creencias, valores, etc) ofrece la posibilidad de entender, en las situaciones específicas, la inutilización de ciertos recursos de afrontamiento [79]. En el conocimiento

---

[79] Se incluyen en este apartado los condicionantes personales, dejando fuera los condicionantes ambientales y el grado de amenaza (todos limitadores de la utilización de recursos) por considerar que son los condicionantes personales los que se acercan más a la perspectiva teórica que considera el afrontamiento como una disposición del individuo al menos

de dichos condicionantes y en su modificación se basan la terapia cognitiva de la depresión (BECK, RUSH et al., 1983) y la terapia racional emotiva (ELLIS Y GRIEGER. 1981, ELLIS, 1980; BERNARD Y JOYCE, 1984). El presupuesto básico de estas orientaciones terapéuticas es que el paciente percibe la realidad de un modo distorsionado y esta percepción errónea, le impide, por una parte, utilizar adecuadamente sus capacidades y, por otra, le conduce a evaluar de un modo equivocado las situaciones.

La consideración del afrontamiento como un proceso implica la medición de los modos de afrontamiento en una situación específica en diferentes períodos de tiempo para observar los cambios que se producen en el modo de afrontamiento a medida que el sujeto interactúa con la situación [80]. Esta metodología de estudio conlleva ciertas dificultades en la generalización de los resultados, aunque supone, por otra parte, una medición más "específica" de la realidad.

En función de lo presentado hasta ahora referido a las teorías y conceptualizaciones respecto del afrontamiento se puede llegar a la conclusión de que existen dos grandes enfoques de estudio del afrontamiento: el enfoque estructural y el enfoque procesual. El primero defiende que el sujeto tiene una

---

en cierta medida.

[80] La medición de este aspecto cambiante del afrontamiento supone, como se ha dicho, un importante problema metodológico inherente a esta orientación teórica.

tendencia a afrontar las situaciones de estrés de una determinada forma. El segundo enfoque asume que las diferencias transituacionales impiden prácticamente observar "disposiciones" en los sujetos. Cada vez más se aboga en favor de una postura intermedia que predica que el sujeto tiene unos recursos que favorecen el afrontamiento en las situaciones específicas o ciertas características que lo dificultan. La utilización de estos recursos está mediada por las características de la situación y por la interacción entre el individuo y dicha situación estresante, lo cual no quiere decir que el sujeto no tenga cierta "tendencia" a afrontar las situaciones de un modo determinado.

III.2.3.- RELACIONES ENTRE AFRONTAMIENTO Y SUICIDIO

Los estudiosos del estrés parecen coincidir en que el modo en que se afronte la situación estresante influye en el desarrollo de enfermedades (MENAGHAN, 1983; FRESE, 1986). No es objetivo de este trabajo centrarse en el papel del estrés y del afrontamiento en la salud sino que lo que se pretende es relacionar estos aspectos dos aspectos con el suicidio.

En este estudio se parte de la hipótesis de que los individuos con dificultades de afrontamiento son más proclives a desarrollar conducta suicida en cualquiera de sus formas (desde la ideación a la consecución de suicidio) en momentos de sobrecarga de estrés:

"Cualquiera que sean las circunstancias, se piensa que los individuos que cometen suicidio o asesinato se diferencian de la población en que sus opciones de afrontamiento son menos efectivas, más limitadas en extensión y más lejos de su propio control." (PERRY, 1989: 157)

En este sentido, la conducta suicida es una forma de afrontamiento en sí misma.

Como se ha comentado anteriormente, el afrontamiento se ha venido considerando desde dos perspectivas: estructural y procesual. Los partidarios de la primera concepción del coping defienden que las características de personalidad del sujeto, los recursos con los que cuenta, y el estilo de afrontamiento, junto con los condicionantes individuales, son relativamente estables a través de las situaciones e inciden en las consecuencias que el estrés tiene en la vida del sujeto: desarrollo de enfermedades, aparición de conductas no adaptadas ...

Los defensores de la segunda perspectiva teórica del estrés afirman que el sujeto se enfrenta a las situaciones específicas de un modo concreto y dinámico en el que influyen tanto las características de la situación y evaluación que de dicha situación hace el sujeto, como los recursos del sujeto y la valoración que de los mismos hace el sujeto.

Cada vez se defiende más una postura intermedia que reza que, junto a la personalidad, estilo de afrontamiento y recursos del sujeto, que dan

cierta estabilidad al modo de afrontamiento, hay que tener en cuenta las características reales y percibidas de la situación.

Son muchos los estudios que relacionan características estables de los sujetos con la conducta suicida. Se han estudiado, por ejemplo, distintas características de la personalidad de los suicidas, el estilo de afrontamiento de los suicidas, los condicionantes individuales de los suicidas ... Son, por contra, muy escasas las investigaciones dirigidas a estudiar el modo de afrontamiento de los suicidas en situaciones concretas. Algunos autores miden el modo de afrontar ciertas situaciones concretas y lo extrapolan como estilo de coping del sujeto, es decir, como el modo en que éste afronta las situaciones en general (SPIRITO, FAUST et al., 1988).

A continuación se exponen algunos de los estudios más representativos sobre el suicidio y su relación con los distintos aspectos del afrontamiento.

III.2.3.1.- PERSONALIDAD Y CONDUCTA SUICIDA

Lo que está en la base de estos estudios es que existen ciertas disposiciones estables del individuo que inciden en que el sujeto, en momentos de estrés, presente conducta suicida.

Dentro de esta perspectiva, MEHRABIAN Y WEINSTEIN (1985) afirman que las características de temperamento que distinguen a personas que han intentado suicidarse de la población en general son la sumisión y la excitabilidad. Describen los atributos temperamentales de los suicidas como "neuroticismo" o "tendencia a la ansiedad", frente a la mayoría de los estudios que hablan de depresión:

> *"En contra de la visión tradicional de que las personas que intentan suicidarse son depresivas, éstos son más proclives a ser tipos neuróticos o ansiosos." (MEHRABIAN Y WEINSTEIN, 1985: 546)*

Los autores mencionados afirman que estas características se pueden encontrar en otros tipos de trastornos psicológicos y no solo en personas suicidas.

En un estudio sobre los afectos y sentimientos negativos en mujeres que han mostrado distinto grado de letalidad en sus intentos de suicidio y en mujeres no suicidas, NEURINGER (1982) encuentra que las mujeres que habían realizado intentos con un nivel alto de letalidad tienen un mayor número de emociones negativas en lo que se refiere a la vida (la sienten como más aburrida y vacía); en su relación con los demás (están menos interesados por entablar relación activa con la gente); se sienten más enojadas, menos interesadas y menos satisfechas con el trabajo; sus procesos de pensamiento son lentos, consideran que pensar requiere un gran esfuerzo y que

sus ideas carecen de valor; no tienen autoconfianza en el ámbito intelectual; son más ansiosas; y presentan un mayor sentimiento de culpa, a la vez que muestran más sentimientos de indefensión que otros grupos. A lo largo del tiempo no se presentan cambios en lo que se refiere a estos afectos negativos. El autor explica esta invariabilidad en función de un estilo cognitivo caracterizado por una menor flexibilidad y una mayor polarización de pensamiento que las personas no suicidas [81].

Se ha estudiado la relación entre el suicidio y ciertos desórdenes de personalidad medidos por el Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) (MILLON, 1979), comprobándose que desórdenes tales como agresividad pasiva, personalidad esquizoide, evitación y cierta tendencia bordeline pueden considerarse indicadores de riesgo de suicidio (HULL et al., 1990).

PFEFFER et al. (1983) identifican cuatro grupos de niños (6-12 años) según sus conductas suicidas y agresivas. El grupo de niños agresivo-suicidas se caracteriza por tener diferentes déficits del yo y ser proclives a identificarse con las tendencias suicidas y agresiva de los padres, así como por intensa agresión. El grupo de niños sólo suicidas se caracteriza por un funcionamiento del yo estable, incluyendo un buen examen de la realidad que se convierte en abiertamente depresivo en situaciones de estrés ambiental, así

[81] NEURINGER (1982) en su explicación relaciona características de personalidad con estilos de afrontamiento, aspecto que se considerará más adelante.

como por la presencia de ciertas conductas inadaptadas.

BARRY (1989) expone un modelo psicológico del suicidio, en oposición al modelo sociológico [82], y resume en las siguientes las características de la personalidad suicida: baja autoestima, excesivo sentimiento de culpa, sentimientos de aislamiento, de insignificancia, desesperanza, impotencia, sensación de fracaso e incompetencia, visión tipo "túnel", pobres habilidades en la resolución de problemas, y modelos de respuesta rígidos [83].

La consideración de los estudios aquí expuestos nos lleva a concluir que se han identificado diferentes características de personalidad, aunque no se asemejan demasiado entre sí debido, en parte, a las distintas concepciones de personalidad que mantienen estos autores y a la utilización de diferentes instrumentos, según el aspecto que se desee medir. No obstante, la existencia de ciertas características en los suicidas parece hablar en favor de la existencia de cierta vulnerabilidad; así por ejemplo, sentimientos y afectos negativos hacia múltiples aspectos de la realidad y de sí mismo, además de ciertos desórdenes de personalidad y de adaptación.

---

[82] El modelo sociológico se centra, como se ha explicado en otra parte de esta exposición, en factores socioeconómicos y otras variables que puedan influir en y relacionarse con el suicidio.

[83] Parte de las características aquí expuestas forman parte de lo que se ha clasificado en este trabajo como recursos y estilos de afrontamiento, así como condicionantes individuales que pueden dificultar dicho afrontamiento.

III.2.3.2.- ESTILOS COGNITIVOS Y CONDUCTA SUICIDA

Conviene recordar que la base del estudio de los estilos cognitivos se encuentra en la teoría que enfatiza la importancia del funcionamiento del yo en el modo de afrontar las situaciones. PFEFFER (1985, 1986) ha relacionado estos conceptos con la conducta suicida en niños y plantea la hipótesis de que un fallo en los mecanismos del yo puede producir fuertes sentimientos de hostilidad hacia sí mismo y, esto puede resultar en actos de tendencia suicida. El presupuesto de esta autora es el siguiente:

> *"... La manera en que un niño percibe e interpreta las situaciones y como él o ella es capaz de planear modos de afrontamiento con el estrés y el conflicto son importantes para la incidencia de conducta suicida. Como consecuencia, si hay defectos en el funcionamiento cognitivo, el niño puede ver obstruidas sus habilidades para adaptarse al estrés. Tales defectos pueden aumentar el riesgo de un niño a llevar a cabo impulsos y tendencias suicidas." (PFEFFER, 1986: 156)*

Dentro de la orientación teórica que defiende la existencia en los sujetos de un estilo de afrontamiento, como un modo más o menos estable de enfrentarse a las distintas situaciones, el área que más se ha investigado es la relacionada con los estilos cognitivos. Se incluyen bajo este epígrafe las estrategias cognitivas que utilizan los individuos para la resolución de problemas, así como ciertas características o atributos del proceso de pensamiento de los sujetos, como puede ser la dimensión flexibilidad-rigidez de pensamiento, o la dimensión dependencia-independencia de campo, que se

consideran características cognitivas, y que se entienden como ...

> *"... mecanismos por medio de los cuales la gente percibe, interpreta y reacciona a su ambiente." (ELLIS, 1989: 11)* [84]

Numerosas investigaciones muestran que ciertas características cognitivas se relacionan más frecuentemente con individuos que muestran conducta suicida que con individuos que no muestran tendencias autodestructivas.

Una de las características que se ha encontrado predominante en suicidas es la rigidez cognitiva. Se ha comprobado que los sujetos suicidas responden significativamente de un modo diferente a los dos tests que miden rigidez cognitiva [85] que un grupo de enfermos psicosomáticos y un grupo de sujetos "normales" (NEURINGER, 1964). Los individuos suicidas obtienen puntuaciones más altas en el California F Scale y cambian menos de rumbo en la prueba "Rokeach Map Test", lo que lleva a concluir al autor que la hipótesis de la rigidez en suicidas -en este caso, personas que han intentado suicidarse-

---

[84] Para LAZARUS Y FOLKMAN (1986a) sólo la resolución de problemas es afrontamiento, ya que implica esfuerzo por parte del sujeto; los demás aspectos considerados en este epígrafe son procesos automáticos y, por lo tanto, no son afrontamiento. No obstante se ha decidido incluirlos en el mismo apartado por considerar que el modo en que el sujeto procesa la información, percibe y razona influyen de un modo importante en el modo en que evalúa una situación y se enfrenta a ella.

[85] The California F Scale (ADORNO, FRENKEL-BRUNSWICK et al. 1950) y Rokeach Map Test (ROCKEACH, 1948).

tiene cierto valor.

Parece que los individuos clasificados como "altamente suicidas" muestran un pensamiento más dicotómico que los grupos con menor letalidad suicida o grupos no suicidas (NEURINGER Y LETTIERI, 1971).

WETZEL (1976), en contra de los resultados de otros estudios, no encuentra diferencias en el estilo cognitivo de suicidas y otros pacientes psiquiátricos.

ORBACH et al. (1987), por su parte, comprueban que los niños suicidas muestran menos flexibilidad cognitiva que los niños enfermos crónicos y los niños normales:

> *"... una falta de divergencia en el pensamiento, incapacidad para aplicar una visión innovadora y dificultades en percibir los aspectos nuevos e inusuales de una situación dada." (ORBACH et al., 1987: 181)*

En un estudio realizado con chicas adolescentes que habían intentado suicidarse se concluye que dichas adolescentes suicidas presentan menos alternativas para resolver problemas interpersonales que las adolescentes no suicidas (ROTHERAM-BORUS, TRAUTMAN et al., 1990).

SCHOTTE Y CLUM (1982) realizan una investigación con jóvenes

estudiantes, sin llegar a demostrar la relación entre la rigidez cognitiva y la ideación o intención suicida. Sin embargo, muestran que los sujetos con menor capacidad para resolver problemas presentan más alta intención suicida que los demás grupos. Estos mismos autores (SCHOTTE Y CLUM, 1987) concluyen en otro estudio que las personas con ideas suicidas tienen más rigidez cognitiva que los sujetos sin pensamientos de suicidio. Este déficit cognitivo mencionado se ve reflejado principalmente en el ámbito de la resolución de problemas interpersonales.

BONNER Y RICH (1987), como se ha explicado en otro apartado, agrupan la rigidez cognitiva con las ideas irracionales en un factor que denominan "distorsiones cognitivas" y sugieren que la interacción entre el estrés ambiental y las distorsiones cognitivas pueden incidir en el proceso suicida:

> *"Como resultado de un estilo cognitivo rígido, expectativas altas y poco realistas además de pensamiento irracional, el individuo puede estar limitado desde el punto de vista perceptivo en lo que se refiere a su capacidad para enfrentarse con el estrés y los problemas" (BONNER Y RICH, 1987: 59)*

Otra característica cognitiva que se ha visto relacionada con la conducta suicida es la dependencia de campo, uno de los aspectos vinculados al modo en que un individuo configura su percepción espacial. LEVENSON Y NEURINGER (1974) concluyen en su estudio que los hombres que han realizado

algún intento de suicidio son más dependientes de campo que los individuos del grupo control, enfermos psiquiátricos sin tendencias suicidas. La independencia de campo supone una serie de habilidades que requieren la capacidad de organizar una visualización compleja de modo que se distinga la figura del fondo, y, así separar lo esencial de lo accesorio [86]. GOSALVEZ et al. (1984) no confirman diferencias en torno a la dependencia de campo entre los suicidas y los no suicidas.

Las investigaciones de los estilos cognitivos en personas suicidas lleva a la conclusión de que ciertas características cognitivas, entre las que se encuentran la rigidez cognitiva, el pensamiento dicotómico y la dependencia de campo, aparecen más frecuentemente en sujetos con tendencias suicidas.

III.2.3.3.- RECURSOS COGNITIVOS Y CONDUCTA SUICIDA

Se agrupan bajo este título aquellas características psicológicas del sujeto que, se considera, aumentan la capacidad del sujeto para afrontar situaciones estresantes y, por tanto, disminuye la probabilidad de que desarrolle conducta suicida [87].

---

[86] Puede deducirse que los sujetos que no tengan desarrollada las habilidades necesarias para distinguir y desechar lo accesorio en una situación, tendrán menor capacidad de resolver los problemas.

[87] Son muchas las características cognitivas que ayudan al sujeto a afrontar el estrés y previenen la aparición de conducta suicida. Ante la imposibilidad de presentar todas las existentes, se exponen las más significativas.

Un importante aspecto que se ha visto negativamente relacionado con suicidio es la capacidad de resolución de problemas. La mayoría de las investigaciones sobre el tema descubren que los individuos suicidas presentan menor capacidad para resolver problemas [88]. LEVENSON Y NEURINGER (1971) afirman que los adolescentes con tendencias auto-destructivas tienen menor capacidad para resolver los problemas.

SCHOTTE et al. (1990) concluyen en un estudio reciente que los déficits en la resolución de problemas interpersonales de los pacientes suicidas pueden ser aspectos concomitantes más que una causa de depresión, desesperanza e intención suicida. LLegan a esta conclusión a través de un estudio longitudinal, que permite observar cómo las mejoras en los síntomas depresivos, ansiedad, desesperanza e intención suicida se acompañan de mejoras en la habilidad para la resolución de problemas. A la misma conclusión llegan PERRAH Y WICHMAN (1987), quienes encuentran que la rigidez cognitiva disminuye en cierta medida, una vez superado el perfodo de crisis suicida.

Aplicando el tema de la resolución de problemas a las relaciones interpersonales LINEHAN, CAMPER et al. (1987) prueban que las personas que habían intentado suicidarse presentan un modo menos activo de resolver los

---

[88] Esta deficiencia enlaza directamente con uno de los aspectos presentados anteriormente, la rigidez cognitiva, ya que la incapacidad de generar soluciones alternativas dificulta la eficacia en la resolución de problemas.

problemas interpersonales. Por su parte, SCHOTTE Y CLUM (1987) afirman que los pacientes suicidas de su muestran son deficientes en la resolución de problemas personales e interpersonales, en lo que se refiere a la capacidad para generar soluciones alternativas a los problemas, así como en la capacidad para anticipar consecuencias negativas para las soluciones propuestas.

RITTER (1990) encuentra déficits en la competencia social y preocupación por no ser "populares" en los suicidas adolescentes varones que habían intentado suicidarse tanto en los de alta como en los de baja letalidad; en cambio las chicas adolescentes de alto riesgo no presentaban esta característica. El autor plantea la posibilidad de que, aún siendo competentes en sus interrelaciones sociales, se sientan, de hecho, solas.

SPIRITO, HART et al. (1990), sin embargo, no encuentran diferencias en cuanto a las habilidades sociales entre un grupo de adolescentes que habían intentado suicidarse y un grupo control de adolescentes pacientes de un hospital psiquiátrico. Las puntuaciones en varios de los factores de las habilidades sociales se relacionan con depresión.

Además de la capacidad para resolver problemas, el locus of control interno es otra característica que se piensa tiene efectos positivos de cara al afrontamiento del estrés y, por lo tanto puede prevenir la conducta suicida. Se declara que una persona tiene "locus of control" interno cuando

considera que puede controlar la situación por su propia actuación.

Las investigaciones sobre "locus of control" e ideación suicida han producido resultados diversos. SIDROW Y LESTER (1988) encuentran resultados consistentes con la idea de que existe asociación entre la ideación suicida y la creencia de control. TOPOL Y REZNIKOFF (1982) llega a la misma conclusión en su estudio con adolescentes: los suicidas manifiestan más "locus of control" externo y el grupo control más "locus of control" interno. ALLEN (1987) recoge varias investigaciones que relacionan el "locus of control" con el suicidio y lo considera uno de los predictores de la conducta autodestructiva junto con la depresión, la desesperanza y otras variables.

LUSCOMB et al. (1980), por contra, encuentran que los que han intentado suicidarse no se diferencian de los pacientes psiquiátricos en grado de externalidad. Estos autores examinan, por otra parte el papel que el "locus of control" tiene como variable moderadora en la relación entre estrés y parasuicidio. Los resultados apoyan en parte esta hipótesis: para los que tienen "locus" interno no se demuestra la relación entre estrés y parasuicidio; en cambio para los que cuentan con un "locus" externo y además alta confianza interpersonal sí que se da relación entre cantidad de estrés vivido y parasuicidio. Este resultado puede llevar a plantear la posibilidad de que las personas con locus externo en momentos de estrés experimenten más ansiedad, lo cual le lleve a la utilización de modos de afrontamiento ineficaces.

Tampoco GOSALVEZ et al. (1984) descubren diferencias significativas en lo referente al "locus of control" entre un grupo de adolescentes suicidas y un grupo control.

La conducta suicida es, en sí misma, un modo de afrontar una situación determinada que permite el escape o la evitación de dicha situación. Se ha encontrado en este campo específico del suicidio, un recurso que actuaría como disuasorio de este tipo de conducta como medio para resolver un problema. Este recurso consiste en la disponibilidad del sujeto de razones para vivir [89]. De otro modo, la presencia de este recurso adaptativo en una persona disminuirá la probabilidad de la ocurrencia de conducta suicida como modo de afrontar una situación determinada.

Así, por ejemplo, MYERS (1982) ha comprobado que muchas de las pacientes que habían tenido algún tipo de comportamiento autodestructivo, al ser preguntadas sobre qué es lo que hace que la vida sea valiosa, responden que "nada" o "no mucho", mientras que las personas que no habían tenido ningún antecedente de conducta autodestructiva, responden que "el esposo y los hijos" o "la familia". De hecho se ha comprobado que la ausencia de un propósito en la vida puede mediar la relación entre variables tales como la depresión y la baja autoestima y el pensamiento de suicidio (HARLOW,

---

[89] En el modelo teórico socioindividual de la conducta suicida, la falta de razones para vivir es una de las características del "estado mental suicida". No obstante, al considerar que las razones para vivir son un recurso de afrontamiento adaptativo, se incluye aquí la explicación teórica de dicha variable.

NEWCOMB Y BENTLER, 1986)

La importancia concedida a distintos tipos de razones para vivir diferencia a los suicidas de los no suicidas tanto en poblaciones psiquiátricas como en poblaciones no clínicas (LINEHAN, GOODSTEIN et al., 1983). Así, los sujetos no suicidas califican como importantes razones para no suicidarse su propia capacidad para resolver los problemas y su familia. En cambio, los sujetos con conducta suicida no conceden tanta importancia a estos aspectos como motivos para no suicidarse.

Se obtienen estos mismos resultados en una muestra de adolescentes (COLE, 1989a y 1989b). Los adolescentes que muestran más razones para vivir son menos propensos a mostrar pensamientos o conductas suicidas tanto en el pasado como en el presente. Entre todas las posibles razones disuasivas de suicidio, la creencia en la propia capacidad para resolver los problemas, es una de las razones más poderosas como "amortiguadoras" del pensamiento de suicidio [90].

BONNER Y RICH (1987, 1988a) y RICH Y BONNER (1987a) y KIRKPATRICK-SMITH, RICH et al. (in press) plantean un modelo de explicación del pensamiento de suicidio, que ya se ha comentado, en el que consideran las

---

[90] Este descubrimiento enlaza y es acorde con lo comentado anteriormente al respecto de la autoestima y de la valoración que hace el sujeto de su propia eficacia para resolver problemas.

razones para vivir una variable de dicho modelo que supone un recurso adaptativo del sujeto. Su deficiencia, junto con otros factores de vulnerabilidad, predice el pensamiento de suicidio tanto medido en el mismo momento como medido tras un período de tiempo y caracteriza a los sujetos suicidas frente a los no suicidas:

> *"Los individuos deficientes en recursos adaptativos, entonces, tienden a dejar de intentar resolver las situaciones estresantes y su alienación emocional y tienden a moverse desde el pensamiento de suicidio a otras formas manifiestas de suicidio" (BONNER Y RICH, 1987: 60)*

Además, este recurso adaptativo se relaciona con la desesperanza [91] de forma que las razones para vivir predicen, junto con otros aspectos tales como la depresión y la soledad, esta variable (BONNER Y RICH, 1991a).

Este resultado se confirma en una muestra de estudiantes universitarios (NEYRA et al., 1990). Tras dividir dicha muestra en dos subgrupos, someten a uno de ellos a una experiencia concluida en éxito y al otro a una experiencia o tarea que termina en fracaso. Los resultados del estudio muestran que los sujetos con pocas razones para vivir son los que tienen un mayor nivel de pensamiento de suicidio. Estos sujetos son, además, los más vulnerables a la experiencia de fracaso ya que sus razones para vivir

---

[91] La desesperanza es, como se leerá más adelante, uno de los factores que más se asocian con conducta suicida.

disminuyen tras esta vivencia negativa para ellos, consecuencia que no se da entre los sujetos no suicidas.

ELLIS (1989) y ELLIS Y RANGE (1989b) comprueban, por otra parte, que la manipulación experimental de humor influye en la importancia concedida a las distintas razones para no suicidarse. Así, los sujetos a los que se les provoca un estado de ánimo depresivo, muestran menos razones para vivir en el postest que en el pretest [92], cambio no observado entre los sujetos a los que se les elicita un estado de ánimo alegre. Estos efectos de la manipulación del humor en la importancia concedida a las diversas razones para vivir no se confirman totalmente en el estudio de TURZO Y RANGE (1988), cuyos resultados rezan que los sujetos "deprimidos" experimentalmente muestran mayores sentimientos de responsabilidad con su familia y mayores objeciones morales que los sujetos no sometidos a ningún cambio de humor.

Se han estudiado las razones para vivir en relación con multiples variables asociadas a su vez con suicidio. Por ejemplo, ELLIS Y RANGE (1987) encuentran que las mujeres y los sujetos de raza negra muestran más razones para no suicidarse que los blancos y los hombres. Este resultado es acorde con el hecho de que las mujeres y las personas de raza negra tienen un índice de suicidio menor que los hombres y las personas de raza blanca. Del mismo modo se ha estudiado la incidencia del rol sexual en las razones para vivir y se ha

[92] Esto es, antes de que se les manipulara el estado de ánimo.

comprobado que la asunción del rol tradicional masculino se relaciona con una menor existencia de razones disuasivas de suicidio (ELLIS Y RANGE, 1988). Este resultado puede dar razón, asimismo, de la existencia de más suicidios entre los hombres que entre las mujeres.

Han aparecido diferencias por sexos entre adolescentes en la importancia concedida a las razones para vivir (RICH, KIRKPATRICK-SMITH et al., in press). Así, las mujeres tienen más miedo a la muerte y a las posibles heridas causadas durante el suicidio, mientras que los varones tienen más miedo a la desaprobación social. Esto podría explicar, en parte, la mayor tasa de suicidio consumado entre los hombre en relación a las mujeres, ya que el miedo al hecho de suicidarse puede impedir acciones demasiado letales entre el colectivo femenino. Por otro lado, los hombres que se intentan suicidar sin conseguirlo tienen que sufrir más el miedo a la desaprobación social que si resultan muertos del evento a través de una acción más letal.

La conclusión a la que se puede llegar en vista de las investigaciones existentes en torno a los recursos de afrontamiento que previenen el suicidio, es que la capacidad para resolver problemas y la percepción positiva de la eficacia propia para resolver dichos problemas tienen un efecto positivo; esto es, disminuyen la probabilidad de aparición de conducta suicida. Parece, igualmente, que el "locus of control" interno tiene un papel positivo en la prevención del suicidio, aunque algunos estudios no lo

confirman.

Numerosas investigaciones concluyen que la existencia de razones importantes para vivir es un importante recurso adaptativo que disminuye la probabilidad de la aparición de conducta suicida como respuesta a una situación difícil. Esto es, constituye un recurso de afrontamiento que evita, en cierto grado, que el suicidio sea una manera posible de afrontar un problema [93].

III.2.3.4.- CONDICIONANTES COGNITIVOS Y CONDUCTA SUICIDA

Se incluyen en este epígrafe aquellas características de los sujetos -creencias, valoraciones, etc.- que suponen un obstáculo para la utilización de los recursos que tiene el sujeto para afrontar las situaciones de un modo eficaz y, con ello, que pueden favorecer consecuencias negativas del estrés. Al igual que ocurre con los apartados anteriores, son numerosos los condicionantes cognitivos que pueden dificultar el afrontamiento y, por tanto, pueden incidir en el suicidio. Esta exposición se limita a los que se consideran más importantes.

Las distorsiones cognitivas se han visto relacionadas con la

---

[93] El suicidio sería, como se ha comentado, un modo de afrontar la situación caracterizado por la evitación y el escape.

conducta suicida. Se consideran distorsiones cognitivas aquellas aseveraciones del pensamiento que se asumen y no se corresponden con la realidad objetiva. Forman parte de ellas, por ejemplo, las ideas irracionales o actitudes disfuncionales.

La propensión al suicidio entre pacientes con desórdenes afectivos está relacionada con las puntuaciones en distorsiones cognitivas (BRENT, KOLKO et al., 1990). ELLIS Y RATLIFF (1986) concluyen en su estudio que las puntuaciones en actitudes disfuncionales es marcadamente más alta en pacientes psiquiátricos suicidas que en pacientes no suicidas; asimismo, los suicidas presentan una puntuación mayor en la medida global de cognición poco adaptativa, especialmente en la subescala de irresponsabilidad emocional, que intenta medir si la felicidad o infelicidad es considerada más como "un estado de la mente" que como una consecuencia inexorable de las circunstancias. De hecho, el cambio en la comprensión de los afectos como fruto de la interpretación que el propio sujeto hace de las situaciones es uno de los objetivos de la terapia cognitiva.

BONNER Y RICH (1987) encuentran, como ya se ha dicho en el apartado referido a la rigidez cognitiva, que ésta y las ideas irracionales forman un factor importante en la comprensión de la conducta suicida. RICH Y BONNER (1987a) concluyen que las actitudes disfuncionales combinan de un modo lineal con otras variables como la depresión, desesperanza, etc para

explicar la probabilidad futura de suicidio. BONNER Y RICH (1988a) presuponen que las cogniciones irracionales forman parte del factor alienación social/emocional y no constituyen un constructo independiente, como había aparecido en estudios anteriores.

La medida de actitudes disfuncionales y de depresión contribuyen a la explicación de las puntuaciones en ideación suicida (RANIERI, STEER et al., 1987). Más específicamente, las actitudes disfuncionales que se relacionan de un modo significativo con la ideación suicida son las referentes al perfeccionismo y la sensibilidad a las críticas por parte de los demás.

MARK Y BROADBENT (1986) observa que las personas que han cometido un intento de suicidio muestran unas estrategias de recuerdo que son inadecuadas y diferentes a las del grupo control, de tal modo que presentan un retraso en el recuerdo de sucesos agradables. Esta circunstancia se relaciona con la tendencia a percibir los aspectos negativos de la realidad.

Cabría considerar aquí otro condicionante cognitivo del sujeto que puede dificultar el afrontamiento: la desesperanza o visión negativa del futuro. En realidad se puede considerar una idea irracional específica. La creencia en que el futuro no cambiará ni mejorará nada dificulta el hecho de que el sujeto tome parte activa y afronte las situaciones. Su importancia en el suicidio ha sido ampliamente estudiada. Será tratada más extensamente en otro apartado

de este trabajo.

Lo constatado hasta aquí en lo que se refiere a los condicionantes cognitivos del afrontamiento nos lleva a la conclusión de que las visiones distorsionadas de la realidad y de sí mismo dificultan una solución saludable a una situación de estrés, favoreciendo los efectos negativos del estrés en la persona, así como la aparición de conductas poco adaptadas.

III.2.3.5.- MODOS DE AFRONTAMIENTO Y CONDUCTA SUICIDA

La conducta suicida puede ser conceptualizada como un modo de afrontar la situación a través de la evitación (GILEAD Y MULAIK, 1983). Las investigaciones que relacionan los distintos modos de afrontar situaciones específicas con la conducta suicida son escasos, ya que la tendencia general en el estudio del suicidio es a relacionarlo con constructos estables a través de las situaciones, como los que se han expuesto hasta ahora.

ORBACH et al. (1990) plantean tres situaciones específicas a un grupo de personas que se ha intentado suicidar, a un grupo de personas con ideas suicidas, y a un grupo de no suicidas, que llevaban algún tipo de atención psiquiátrica. Los sujetos deben responder primero, el proceso de resolución de problemas, presentando tantas soluciones como sea posible; segundo, el grado de satisfacción que se derivaría de esta solución y; tercero, el grado en el que

el sujeto se cree capaz de llevar a cabo cada una de las soluciones.

Se analizan las respuestas a la primera cuestión en función de ocho categorías cualitativas obtenidas en el pretest: versatilidad de las soluciones, confianza en sí mismo o en los otros, soluciones activas frente a pasivas, confrontación frente a evitación, afectos positivos o negativos, relevancia de las respuestas para la solución del problema, referencia al futuro y soluciones drásticas. Todos los aspectos menos el de respuestas drásticas arrojan diferencias significativas: los que han intentado o pensado suicidarse muestran menor versatilidad en las soluciones, menor confrontación directa, menor relevancia de las soluciones, menos afecto positivo y menor orientación hacia el futuro. En la dimensión actividad-pasividad, las personas que han realizado un intento de suicidio y las personas no suicidas, obtienen mayores puntuaciones, esto es mayor pasividad, que el grupo de los que presentan ideas suicidas.

Del estudio de estos modos de afrontamiento, los autores deducen que el estilo de afrontamiento de los suicidas es un estilo de evitación y sus soluciones tienden a ser irrelevantes y repetitivas. En la dimensión energético-emocional tienden a plantear soluciones que dependen de los demás. En la dimensión afectivo-emocional, los suicidas muestran más pesimismo.

ASARNOW et al. (1987) estudian los modos de afrontamiento en una muestra de pacientes psiquiátricos adolescentes. Presentan tres situaciones estresantes asociadas con suicidio y depresión y analizan las respuestas a dichas situaciones, clasificando su contenido en varias categorías para medir las estrategias de resolución de problemas sociales: agresión física, agresión verbal, huida, suicidio, asertividad, búsqueda de ayuda, afrontamiento cognitivo activo y afrontamiento cognitivo de evitación. Los resultados indican que los sujetos con ideación suicida son menos proclives a generar estrategias de afrontamiento cognitivo activo. Esto sugiere que los niños suicidas tienen dificultades al generar espontáneamente estrategias cognitivas que regulen sus respuestas afectivas y conductuales al estrés. No hay diferencias entre las respuestas de los que habían intentado suicidio y los que no. La cantidad de estrategias adaptativas generadas no diferencian suicidas de no suicidas.

En un estudio con objetivos similares, SPIRITO, OVERHOLSER, et al. (1989) miden las estrategias cognitivas en un grupo de adolescentes que habían realizado un intento de suicidio y en un grupo control, en el que hay dos subgrupos : el subgrupo de "angustiados", que son los que viven la situación que tienen que afrontar con mucha depresión y ansiedad, y el subgrupo de "no angustiados", que lo forman aquellos que no viven la situación tan deprimidos o ansiosos. Los sujetos deben seleccionar un problema reciente y puntuar cada uno de los diez items de afrontamiento según la frecuencia con que usaron esa estrategia específica y cúan efectiva creen que fue dicha estrategia. Los

resultados indican que los suicidas utilizan más frecuentemente la estrategia denominada "retirada de los demás" que los subgrupos de "angustiados" y "no angustiados". Los tres grupos no se diferencian en el uso de distracción, reestructuración cognitiva, auto-culpa, culpa a los otros, regulación emocional o apoyo social.

A caballo entre la medición del afrontamiento en situaciones específicas y la medición de un estilo de afrontamiento más general están KASHANI et al. (1989), quienes para medir las estrategias de resolución de conflictos piden a una muestra de adolescentes y niños que indiquen la frecuencia en que una determinada conducta ocurrió durante el pasado año, en una escala tipo Likert con seis opciones de respuesta que van desde "nunca" a "una vez al mes". Los items se agrupan en tres áreas: razonamiento, agresión verbal y violencia. Los resultados indican que el uso de la agresión verbal como estrategias para la resolución de conflictos es más común entre niños suicidas que entre no suicidas. Los niños suicidas presentan ligeramente menores puntuaciones que los no suicidas en el uso de razonamiento como estrategia, pero esta diferencia no es significativa. Los niños suicidas indican más frecuentemente el uso de la violencia para resolver los problemas que los no suicidas, pero la diferencia no es significativa [94].

---

[94] Los resultados de este estudio se deben considerar aproximativos, ya que están fundados en la capacidad de recordar de un modo exacto la frecuencia de una serie de conductas más bien cotidianas. Cabe la posibilidad de que la memoria no retenga estos datos, ya que el plazo es muy largo y las conductas no muy extraordinarias, aspecto éste que facilitaría el recuerdo.

ROTHERAM-BORUS, TRAUTMAN et al. (1990) comparan los estilos cognitivos y los modos de afrontamiento de un grupo de féminas adolescentes que habían realizado un intento de suicidio con dos grupos control, uno de mujeres con trastornos psíquicos y otro grupo de mujeres "normales". Las adolescentes suicidas muestran menos alternativas para la resolución de problemas, y con más frecuencia un estilo de afrontamiento caracterizado por "pensamiento deseable".

La relación entre el abuso de drogas (KINKEL et al. , 1989; DOWNEY, 1990-1991; KIRKPATRICK-SMITH, RICH et al., in press; CHOQUET Y MENKE, 1989) y las fugas, la conducta antisocial (HENDREN Y BLUMENTAL, 1989) y conductas problema en general (RITTER, 1990) con el suicidio adolescente no es sino un ejemplo más de la tendencia de los suicidas a utilizar métodos de evitación y estrategias poco eficaces para enfrentarse a las situaciones estresantes.

Tanto el alcoholismo como el suicidio son formas de escapar de problemas interpersonales y de la depresión (FRANCES et al., 1987). ASARNOW Y WEINTRAUB (1985) comprueban que los niños con problemas de ajuste social tienen menos capacidad de resolución de problemas. Este resultado, sugiere la posibilidad de que las conductas desviadas, entre las que se incluyen el suicidio y el uso de drogas, sean una consecuencia de la falta de habilidades cognitivas e interpersonales.

En función de los resultados obtenidos en los escasos estudios sobre modos de coping concretos y su relación con el suicidio se puede afirmar que se dan diferencias en las estrategias de afrontamiento en situaciones específicas entre población suicida y población no suicida. Parece, por ejemplo, que los suicidas adoptan más frecuentemente un modo de afrontamiento pasivo, de evitación y de retirada de la gente. No obstante, se requiere un mayor número de investigaciones desde esta perspectiva para poder llegar a conclusiones más generales.

En lo que se refiere a la relación entre el afrontamiento al estrés y la conducta suicida se puede llegar a la conclusión de que determinadas características cognitivas del sujeto (adecuada resolución de problemas, independencia de campo, flexibilidad cognitiva, locus of control interno, autoestima y, más específicamente, la existencia de importantes razones para vivir) favorecen la actuación eficaz ante el entorno, previniendo con ello la conducta suicida, mientras que otras características (rigidez cognitiva, distorsiones cognitivas, desesperanza...) dificultan el afrontamiento a las situaciones estresantes; estas características son más frecuentes entre población suicida.

Los escasos estudios que investigan modos de coping específicos a la situación parecen mostrar que los suicidas utilizan más frecuentemente estrategias pasivas y de retirada de las relaciones interpersonales que los no

suicidas.

La presentación más extensa de las relaciones del estrés y del afrontamiento con el suicidio justifica el planteamiento de la hipótesis defendida por los modelos de vulnerabilidad al estrés que defiende que los sujetos con menor eficacia en la resolución de situaciones problemáticas son más propensos a padecer las consecuencias negativas de la exposición al estrés. De hecho las nuevas tendencias en el campo de la suicidología para la medición de la potencialidad suicida incluye el afrontamiento como una variable a considerar (YUFIT, 1991).

Toda vez que se considera suficientemente justificada a nivel teórico la presencia de las dos variables, el estrés y el afrontamiento, en el contexto socio-individual de la conducta suicida y en su aplicación práctica, se va a proceder a la presentación teórica de las variables que forman el "estado mental suicida" dentro del modelo socioindividual integrado. En aras de una mejor distribución de la exposición, la explicación de estas variables se va a realizar en dos capítulos diferenciados. El criterio de inclusión de unas variables en un capítulo o en otro no es en ningún modo teórico.

IV - CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DEL "ESTADO MENTAL SUICIDA" I: LA SOLEDAD Y EL AUTOCONCEPTO

Como se ha expuesto en la presentación del modelo socioindividual integrado de la conducta suicida, los sujetos vulnerables desarrollan, en situaciones de estrés, un estado mental característico, que se puede relacionar con el suicidio.

En la primera parte de la exposición de las características psicológicas de este estado mental se presentan las aportaciones teóricas al estudio de la soledad y el autoconcepto y el estado de la cuestión en lo que se refiere a sus relaciones con el suicidio. En el siguiente capítulo, se profundizará en el conocimiento de la depresión y de la desesperanza y se presentarán los datos de los estudios empíricos en lo referente a su relación con el suicidio.

Las razones para vivir, otra de las variables incluidas en la aplicación práctica del modelo psicosocial como parte característica del "estado mental suicida" ha sido explicada en el subapartado referido a los recursos de afrontamiento dentro del apartado dedicado a las relaciones del afrontamiento con el suicidio.

IV.1.- LA SOLEDAD Y EL APOYO SOCIAL COMO ASPECTOS ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA

En el modelo teórico psicosocial del suicidio se incluye el apoyo social como una variable perteneciente al entorno social inmediato que puede crear vulnerabilidad en el sujeto para afrontar el estrés. En verdad, la disponibilidad, real o percibida, del apoyo de las personas cercanas en los momentos difíciles posibilita el afrontamiento al estrés y evita las consecuencias negativas del estrés.

El sentimiento de soledad, relacionado con la percepción subjetiva de carencia del apoyo social necesario, puede ser, entonces, un componente más del "estado mental suicida" propuesto por el modelo socioindividual integrado.

En los subapartados siguientes se procede a una exposición de los enfoques teóricos en torno a estas variables. Como colofón a la profundización teórica tanto del apoyo social como de la soledad, se procede a la exposición de las investigaciones empíricas que relacionan ambos conceptos con el estrés.

IV.1.1.- APROXIMACIONES TEORICAS AL ESTUDIO DE LA SOLEDAD Y DEL APOYO SOCIAL Y RELACIONES CON EL BIENESTAR

Como se ha comentado anteriormente, el estudio de la relación de estas variables con la conducta suicida va a ir precedida de una aproximación teórica a ambos conceptos. Esta exposición permitirá una profundización en las teorías explicativas de estos aspectos así como un mayor conocimiento de las relaciones entre ellas.

En los apartados siguientes se presenta el marco conceptual del término "apoyo social", así como los diversos modelos que relacionan el apoyo social con las situaciones estresantes y con las soluciones a dichas situaciones. Una vez expuesta la relación innegable entre este concepto y el concepto de soledad, se exponen las diferentes aportaciones de las distintas aproximaciones teóricas al concepto de soledad.

IV.1.1.1.- APOYO SOCIAL. CONCEPTO Y FUNCIONES

El concepto "apoyo social" ha sido uno de los términos más relacionados con el estrés y con la salud, tanto física como psíquica (LIEBERMAN, 1982; TURNER, 1983; BROWN Y ANDREWS, 1986). No obstante las numerosas investigaciones realizadas en este ámbito, existen muy diferentes concepciones de lo que se ha denominado "apoyo social". Así, por

ejemplo, se pueden distinguir el enfoque estructural y la aproximación funcional como orientaciones teóricas del estudio del apoyo social.

A - ENFOQUE ESTRUCTURAL DEL APOYO SOCIAL

La consideración estructural del apoyo social ha sido defendida principalmente a través del concepto "redes sociales" (WELLMAN, 1985). Desde esta perspectiva la red social es...

> *"... el contexto en el cual están las recursos sociales." (LIEBERMAN, 1982: 766)*

El apoyo social viene determinado por las características de la red social tal como el tamaño, densidad, composición ... y la interconexión de sus miembros, considerados aspectos incidentes en el grado de ajuste de los individuos. El estudio de las redes sociales se puede realizar sin recurrir a las reflexiones del propio sujeto. Es decir, es una perspectiva externa, no fenomenológica.

El enfoque de las redes sociales asume que los beneficios de la red social de una persona son directamente proporcionales a su tamaño y que tener una relación es equivalente a obtener apoyo de esa relación. Sin embargo, las redes sociales pueden ser estresantes en sí mismas y ser conflictivas en lugar de prestar ayuda al individuo (COHEN Y HOBERMAN, 1983). Si bien es

cierto que una persona con una red social mayor tiene, en principio, más probabilidades de recibir apoyo, no se debe deducir que un hecho se deriva directamente del otro.

A caballo entre la perspectiva de las redes sociales y el enfoque funcional se encuentran los autores que estudian la frecuencia de contacto con miembros o instituciones del entorno social (DUBOW, KAUSCH et al., 1989; SILBERFELD, 1978).

En conclusión, el enfoque estructural del apoyo social supone un instrumento de ayuda en el conocimiento del contexto social en que se mueve el individuo, pero no es un indicador directo del apoyo que este individuo recibe por parte de los miembros de su red social. No obstante, el estudio de las fuentes de apoyo social constituye una dimensión importante dentro del apoyo social como un todo.

B - ENFOQUE FUNCIONAL DEL APOYO SOCIAL

En el enfoque funcional, por su parte, no se enfatiza la estructura del contexto social donde la persona está inmersa sino el tipo de ayuda que los miembros de la red social prestan al individuo, como un factor importante en el ajuste del sujeto.

Desde esta perspectiva, el apoyo social se ha definido de muy variadas formas:

"... apoyo accesible para un individuo a través de los lazos sociales que mantiene con otros individuos, grupos y comunidades más grandes." (LIN, SIMEONE et al., 1979: 109)

"... la información que lleva al individuo a creer que es querido... estimado... y valorado... y pertenece a una red de comunicación y mutua obligación." (COOB, 1976: 300)

"... los recursos que son provistos a una persona por otros." (COHEN, MERMELSTEIN et al., 1985: 73)

Como puede leerse en las definiciones anteriores, el enfoque funcional del apoyo social da prioridad no a las dimensiones del contexto social del individuo sino al apoyo que recibe de éste o al apoyo que el sujeto cree posible recibir. Estas dos posibilidades, el apoyo real y el apoyo percibido, dan paso a dos visiones diferentes dentro del apoyo social.

La perspectiva del apoyo real da prioridad a la ayuda que, de hecho, el sujeto recibe. Es un enfoque cuantitativo y objetivo del apoyo social. El apoyo social se conceptualiza como...

"... las acciones que otras personas desarrollan cuando prestan ayuda a la persona en cuestión." (BARRERA, 1986: 417)

O bien como...

> *"... las funciones de ayuda realizadas para un individuo por otras personas significativas tales como miembros de su familia, compañeros de trabajo, familiares, amigos, y vecinos." (THOITS, 1985: 53)*

Los estudios que se basan en este concepto de apoyo social son de naturaleza retrospectiva y defienden que la ayuda real recibida por el sujeto es un factor importante en el ajuste del individuo.

La orientación del apoyo social percibido da prioridad a la percepción que el individuo tiene de su entorno social como potencialmente servicial para él, así como a la satisfacción que el sujeto tiene respecto a esta disponibilidad de apoyo. El apoyo social percibido se muestra como una variable más estable a través del tiempo que el apoyo y la disponibilidad real (SARASON et al. 1986). SARASON Y SARASON (1985) entienden el apoyo social como sigue:

> *"... la creencia del individuo de que puede obtener el grado de empatía o ayuda que necesita. Otro aspecto del apoyo percibido es el grado de satisfacción de la persona con el tipo y/o cantidad de apoyo disponible." (SARASON Y SARASON, 1985: 39)*

PROCIDANO Y HELLER (1983) ofrecen la siguiente definición de apoyo social:

"... el grado en el cual un individuo cree que sus necesidades de apoyo, información y retroalimentación están satisfechas." (PROCIDANO Y HELLER, 1983: 2)

Desde esta perspectiva fenomenológica, el factor más influyente en el ajuste saludable del individuo al entorno es esta visión subjetiva de la disponibilidad del apoyo social y no tanto la estructura de las redes sociales ni el apoyo real recibido (COHEN Y HOBERMAN, 1983). La perspectiva de estos autores queda explicada en las siguientes palabras:

"Nosotros asumimos que el efecto amortiguador del apoyo social está mediado cognitivamente, esto es, el apoyo opera influyendo en la evaluación que hace la persona del nivel estresante de una situación ... como consecuencia, una medida de percepción de la disponibilidad de apoyo sería un indicador más sensitivo de sus efectos como amortiguador que la existencia objetiva de este recurso." (COHEN et al. 1985: 75)

Dentro del enfoque funcional del apoyo social han sido varios los autores que han distinguido diferentes tipos de funciones del apoyo social. La ayuda que los miembros de nuestro entorno social nos pueden prestar varía según las necesidades del sujeto, de la fuente de ayuda, de las características de la situación, etc.

BARRERA Y AINLAY (1983), tras elaborar una categorización racional de las diversas funciones de apoyo social, encuentran que éstas se pueden agrupar en cuatro factores. El primero se denomina "ayuda directiva" y se refiere sobre todo a enseñar habilidades, aconsejar; el segundo factor

incluye la mayoría de las tareas asociadas con ayuda o consejo no directivo, como expresiones de intimidad, disponibilidad incondicional, estima y confianza, y se denomina "apoyo no directivo"; el tercer factor se denomina "interacciones sociales positivas" y se refiere sobre todo a la posibilidad de divertirse, de realizar actividades de entretenimiento, etc; el cuarto factor o "ayuda tangible" se define en forma de asistencia física, como compartir tareas, prestar dinero y objetos de valor, etc.

También COHEN Y HOBERMAN (1983) agrupan en cuatro categorías funcionales los tipos de ayuda que el sujeto puede percibir como disponibles. Estas funciones forman las cuatro subescalas del instrumento ISEL diseñado por ellos: la subescala de ayuda "tangible" o disponibilidad percibida de ayuda material, la subescala de "appraisal" o la disponibilidad percibida de tener alguien con quien hablar sobre los propios problemas, la subescala de "autoestima" o disponibilidad percibida de una comparación positiva cuando se compara uno mismo con los demás y, por último, la subescala de "pertenencia", o disponibilidad percibida de personas con quien hacer diferentes cosas.

Por su parte, HOUSE (1981) distingue varios tipos de funciones. A saber, el apoyo emocional, en el que están envueltos la empatía, el amor y la confianza; el apoyo instrumental, que comprende conductas que ayudan directamente a la persona en sus necesidades; el apoyo informativo, que está

compuesto por información útil para el afrontamiento de problema . personales o ambientales, y el apoyo de valoración. que incluye información relevante para la autoevaluación o comparaciones sociales, excluyendo cualquier afecto que pudiera acompañar tales informaciones.

COOB (1979) distingue cuatro tipos de apoyo y considera el apoyo social propiamente dicho como estrictamente informativo compuesto por apoyo emocional, que lleva a la persona a creer que es querida y cuidada; apoyo de estima, que lleva a la persona que lo recibe a creer que es una persona estimada y valorada; apoyo de redes sociales, que lleva al receptor a creer que tiene una posición definida en una red de comunicación y mutua obligación. Además del apoyo social, el autor habla de apoyo instrumental o de consejo, que supone ayudar a la persona para que afronte mejor o se adapte a las situaciones. El apoyo activo y material son el tercer y cuarto tipo de apoyo respectivamente y suponen lo que otros autores han denominado apoyo tangible. El autor considera que los apoyos instrumental, activo y material pueden ir unidos a apoyo social, pero, como se ha visto, distingue explícitamente entre el apoyo social y los demás.

Algunos autores hablan de tres tipos de funciones: la primera es la ayuda sociemocional, que se refiere a demostraciones o aseveraciones de amor, valor, estima, empatía y pertenencia al grupo; la segunda función es la ayuda instrumental y se dirige a las acciones o materiales prestados por otros

que favorecen el cumplimiento de las responsabilidades diarias; el tercer tipo de ayuda es la informativa, que se trata de las comunicaciones de opinión o hechos relevantes para la resolución de las dificultades actuales de la persona, tal como consejos, e informaciones (THOITS, 1985).

A lo largo de las distintas clasificaciones en lo que a funciones del apoyo social se refiere, se pueden extraer y resumir los aspectos comunes. Parece adecuada para este menester la clasificación realizada por DUNKEL-SCHETTER et al. (1987), similar a la realizada por THOITS, que distingue entre el apoyo de información o consejo, relacionado con las sugerencias, información o guía; apoyo tangible, que tiene que ver con la asistencia o ayuda material; y apoyo emocional, vinculado a la provisión de afecto, cuidado, etc.

Atendiendo a las fuentes de apoyo social, CAUCE et al. (1982) distingue tres dimensiones del apoyo social en la población adolescente: la familia, el apoyo formal y el apoyo informal. El apoyo formal se refiere al apoyo recibido de los trabajadores de las distintas organizaciones o instituciones, como los profesores, tutores, consejeros, sacerdotes, etc. El apoyo informal es el que proviene de los amigos u otros adultos diferentes a los padres. Cada una de estas entidades pueden prestar distinto tipo de ayuda si tenemos en cuenta los diferentes aspectos funcionales del apoyo social.

En virtud de lo comentado hasta aquí en lo que a apoyo social se

refiere, se puede concluir que es un concepto multidimensional y que es conveniente distinguir cada una de las dimensiones que están siendo estudiadas en cada estudio. Más que "apoyo social" como globalidad existen diferentes "apoyos sociales". Las repercusiones de esta circunstancia son recogidas por THOITS (1985):

> *"... el apoyo social es un concepto multidimensional. Desafortunadamente, la mayoría de los estudios utilizan indicadores que combinan una variedad de estas dimensiones,.. de tal modo que la relativa eficacia de cada aspecto para reducir el impacto del estrés o para reducir directamente la confusión no puede determinarse fácilmente." (THOITS, 1985: 53)*

Se ha comentado que una de las dos perspectivas principales en el estudio del apoyo social es la perspectiva estructural, que enfatiza el conocimiento de las características de las redes sociales del individuo, el número de contactos con los miembros de dichas redes, etc, en definitiva, el conocimiento de las diversas fuentes de apoyo.

La segunda perspectiva importante es la denominada funcional, que tiene como punto básico las diferentes actuaciones de ayuda que los miembros del entorno realizan al sujeto o que el sujeto percibe que tiene como disponibles en su entorno. Dentro de este enfoque funcional, existen autores que dan importancia al apoyo real recibido por el sujeto, mientras que otros investigadores defienden que es más importante la percepción subjetiva de la disponibilidad de apoyo que el apoyo en sí mismo.

Se han distinguido varios tipos de componentes funcionales del apoyo social según la clase de ayuda que es susceptible de aportar al sujeto. Simplificando las diversas clasificaciones, se puede hablar de tres importantes funciones: el apoyo material, el apoyo emocional y el informativo. La ayuda emocional por parte de personas significativas es visto por algunos autores como el aspecto más importante del apoyo social (THOITS, 1985; COOB, 1979).

SANDLER et al. (1985) opinan que, en las investigaciones sobre apoyo social como un constructo multidimensional, habría que considerar tres aspectos: las redes sociales, el tipo de transacciones de ayuda recibidas y la evaluación que el sujeto hace del apoyo.

Toda esta multiplicidad en lo que se refiere al concepto "apoyo social" ha dado lugar a gran diversidad tanto en lo que se refiere a instrumentos de medida, como en lo que se refiere a los resultados de las distintas investigaciones. Conclusiones contradictorias respecto al papel del apoyo social en la salud, en el bienestar, etc., a veces no es sino la consecuencia de llamar por el mismo nombre aspectos muy diferentes.

Una vez que se considera presentada de un modo global la diversidad en torno al concepto "apoyo social", parece conveniente explicar de un modo general los distintos modelos que pretenden explicar cómo el apoyo

social se relaciona con la salud física y psíquica y con el estrés.

IV.1.1.2.- MODELOS EXPLICATIVOS DE LA RELACION DEL APOYO SOCIAL CON EL ESTRES Y EL BIENESTAR

Como puede verse en el apartado dedicado al estrés, hay suficiente evidencia para afirmar que existe cierta relación entre éste y ciertos desórdenes psíquicos y somáticos. No obstante, dado que no todas las personas que experimentan un cierto nivel de estrés desarrollan algún tipo de trastorno, parece presumible la existencia de otros aspectos influyentes (LEFCOURT, 1985). Desde esta perspectiva se han desarrollado numerosos estudios que tratan de considerar el apoyo social un factor más en la ocurrencia o no de desórdenes.

Se han planteado distintos posibles modelos explicativos de la relación entre el apoyo social y el estrés. Se presentan aquí algunos de los más importantes. Han sido dos modelos los que han propiciado el mayor número de investigaciones: el Modelo de Amortiguación del Estrés y el Modelo de Efectos Directos.

A - MODELO DE AMORTIGUACION DEL ESTRES

El Modelo de Amortiguación del Estrés en su sentido amplio incluye...

> *"... cualquier condición que disminuya la relación positiva total entre sucesos vitales estresantes y el malestar o distrés psicológico" (BARRERA, 1988: 212)*

Siguiendo a BARRERA (1988) se describen dos sub-modelos diferentes que pueden ajustarse a este efecto de amortiguación.

En el primero de ellos, hay una relación positiva entre el estrés de vida y el apoyo social (ver Gráfico IV.1). Esto podría reflejar la movilización de apoyo social como una respuesta al estrés. Aparecería, asimismo, una relación negativa entre el apoyo social y el malestar psicológico. Esto indicaría que el apoyo social sirve para mitigar las reacciones perjudiciales a los factores estresantes precipitantes. En esta línea se sitúan los autores que defienden que el apoyo social o su búsqueda es una forma de afrontar las situaciones estresantes, es una ayuda al afrontamiento (THOITS, 1986). Los defensores de la especificidad

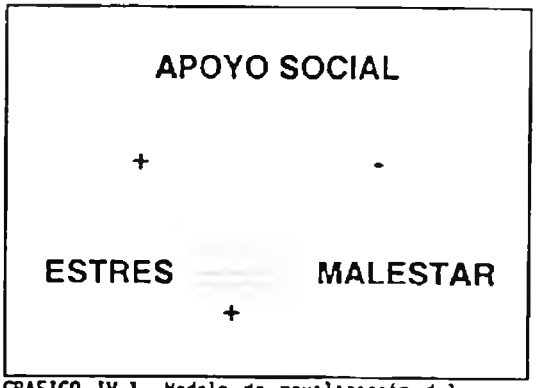

GRAFICO IV.1. Modelo de movilización del apoyo efectivo (BARRERA, 1988: 213)

afirman que el apoyo es amortiguador del estrés si favorece el afrontamiento a dicho estrés en una situacion concreta (DUNKEL-SCHETTER et al. 1987). WHEATON (1985) se refiere a este subtipo de relación dentro del Modelo de Amortiguación como "Efecto de Amortiguación Aditivo", en la que el apoyo actúa como variable supresora o, en palabras de BARON Y KENNY (1986), como variable mediadora. BARRERA (1988) lo denomina "Modelo de Movilización del Apoyo Efectivo".

El segundo sub-modelo corresponde a la versión más común del Modelo de Amortiguación del Estrés (ver Gráfico IV.2). Mantiene que el apoyo social interactúa con el estrés, pero que no está relacionado independientemente ni con el estrés ni con las salidas o soluciones al estrés como la salud física o desórdenes psicológicos. No plantea la posibilidad de la relación entre la ocurrencia del estrés y la movilización de apoyo. WHEATON (1985) define este tipo de relación como Efecto de Amortiguación Interactivo, en el que el apoyo social actúa como variable moderadora (BARON Y KENNY, 1986). Para BARRERA (1988) es el Modelo de Amortiguación del Estrés propiamente dicho.

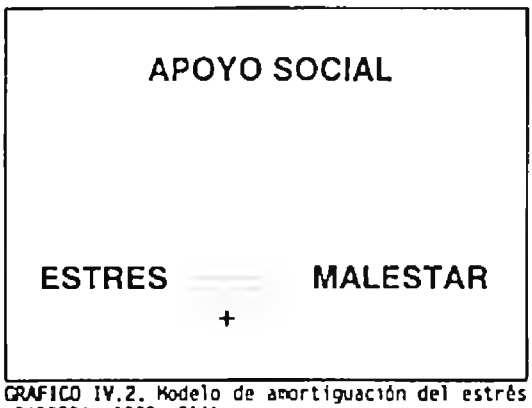

GRAFICO IV.2. Modelo de amortiguación del estrés (BARRERA, 1988: 214)

El Modelo de Amortiguación prueba su evidencia cuando el apoyo social se mide a través de la disponibilidad percibida de recursos interpersonales que son adecuados a las necesidades provocadas por los eventos estresantes (COHEN Y WILLS, 1985). Dado que los eventos estresantes pueden suponer una amenaza a la autoestima y pueden provocar indefensión si el sujeto se percibe incapaz de afrontar las situaciones, el apoyo a la estima o apoyo emocional, en el sentido de expresión de valoración, aprobación, etc., así como el apoyo informativo o ayuda en la definición y en el entendimiento de los problemas son los dos tipos de apoyo con más utilidad en un mayor rango de sucesos estresantes. La ayuda instrumental se considera útil cuando esta ligada a una situación estresante concreta y a una necesidad específica suscitada por dicha situación (COHEN Y WILLS, 1985).

B - MODELO DE EFECTOS DIRECTOS

Este modelo presenta la hipótesis de que existe una conexión directa entre el apoyo social y el malestar psicológico o físico que es independiente del estrés (ver Gráfico IV.3). La idea subyacente en este modelo es que los individuos tienen unas necesidades básicas de compromiso y afiliación (BARRERA,

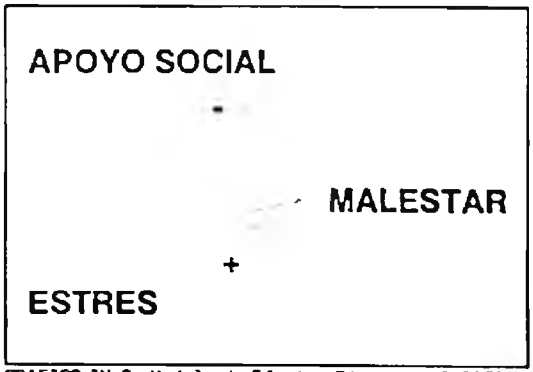

GRAFICO IV.3. Modelo de Efectos Directos (BARRERA, 1988: 215)

1988). Entonces el apoyo social contribuye al bienestar psicológico y a la reducción del malestar cumpliendo estas necesidades de contacto humano. A diferencia del Modelo de Amortiguación del Estrés, el apoyo social no es contingente con la presencia de estrés ni se plantea la hipótesis de que sea un mediador en los efectos de las experiencias estresantes de la vida en el malestar psicológico.

El efecto directo del apoyo social se muestra sobre todo cuando éste es medido a través del grado de integración de la persona en su comunidad. La integración es beneficiosa para el bienestar pero no es necesariamente una ayuda ante el estrés (COHEN Y WILLS, 1985).

C - OTROS MODELOS EXPLICATIVOS DE LA RELACION ENTRE APOYO SOCIAL, ESTRES DE VIDA Y SALUD

Han sido muy numerosos los estudios que han tratado de probar tanto el Modelo de Amortiguación del Estrés como el Modelo de Efectos Directos, para explicar la relación entre apoyo social, estrés y resultados positivos o no [95].

Los modelos vistos hasta ahora han sido objeto de ciertas

---

[95] No se cree pertinente una descripción de todos ellos. Los interesados en este punto pueden acudir a algunas de las exhaustivas revisiones que se han realizado sobre el tema (Véase COHEN Y WILLS, 1985; PAYNE Y JONES, 1987; TURNER, 1983).

matizaciones que han dado lugar a otros modelos, que no son sino derivaciones de los dos principales (BARRERA, 1986). Se van a exponer sucintamente algunos de ellos, por considerar que ofrecen distintas e interesantes perspectivas del mismo fenómeno. No han sido objeto de demasiada investigación empírica y, por lo tanto, se pueden considerar, en cierta medida, especulativos aunque plausibles.

El Modelo de Deterioro del Apoyo Social explica la posible relación negativa entre apoyo social y estrés mediante la posibilidad de que el estrés contribuya al deterioro de varios aspectos del apoyo social y, este deterioro, pueda, a su vez, influir en el malestar psicológico.

El Modelo de Prevención de Estrés asume que los procesos del estrés pueden ser alterados por el apoyo social. Este modelo plantea dos posibles mecanismos de relación distintos entre los conceptos estrés y apoyo social. El primer mecanismo reza que el apoyo social puede prevenir la ocurrencia de sucesos estresantes. Esta explicación es, en parte, coherente con la idea defendida por el Modelo de Efectos Directos, que reza el beneficio del apoyo social en sí mismo.

El segundo mecanismo del Modelo de Prevención del Estrés se relaciona con los procesos de evaluación cognitiva y plantea que la disponibilidad percibida de apoyo social decrece el grado de amenaza percibido

en una situación de estrés. Esta perspectiva es coincidente con la visión del Modelo de Amortiguación del Estrés. Una posible explicación de este efecto es que la percepción de apoyo social favorece la valoración de las propias posibilidades de afrontamiento a la situación, lo que propicia que se perciba la situación como menos amenazante.

En resumen, la relación entre el apoyo social, el estrés y la salud se ha explicado desde dos modelos principalmente: el Modelo de Amortiguación del Estrés y el Modelo de Efectos Directos. Una revisión exhaustiva de las investigaciones realizadas al respecto llevan a la conclusión de que ambos modelos son posibles. El Modelo de Amortiguación mantiene que el apoyo social aminora los efectos del estrés, bien actuando como variable moderadora o como variable mediadora; se prueba sobre todo cuando el apoyo social ofrece los recursos necesarios para afrontar la situación estresante. El apoyo emocional es un recurso útil en un mayor rango de situaciones.

El modelo de Efectos Directos plantea la hipótesis de que el apoyo en sí mismo es beneficioso para el bienestar. Las medidas de integración del individuo a la comunidad prueban mayoritariamente este modelo. Es decir, el hecho de contar con relaciones significativas en el entorno y sentirse perteneciente y comprometido a la red social, protege al individuo del malestar físico y psíquico.

Están surgiendo varios modelos explicativos que ofrecen matizaciones interesantes a los dos modelos principales y que facilitan su entendimiento y desarrollo, entre los que se citan el Modelo de Deterioro del Apoyo Social y el Modelo de Prevención del Estrés. Sin embargo son propuestas teóricas sin que cuenten todavía con demasiada comprobación empírica.

IV.1.1.3.- APOYO SOCIAL Y SOLEDAD. PUNTOS DE CONFLUENCIA DE DOS PERSPECTIVAS

Las investigaciones que estudian el papel del apoyo social en el bienestar y los estudios que relacionan la soledad con el malestar psíquico se han venido desarrollando paralelamente. Sin embargo, la circunstancia de que ambas perspectivas compartan el presupuesto de que las relaciones sociales e íntimas son esenciales para el funcionamiento humano (JONES, 1985) hace que se plantee la posibilidad de que no sean, de hecho, orientaciones tan diferentes.

Los hechos, por una parte, de que el apoyo social haya sido extensamente estudiado en su relación con el estrés y el malestar y, por otra, de que la soledad se haya considerado una importante variable de vulnerabilidad en la ideación suicida, provocan el interés en este trabajo por los puntos de confluencia entre ambos conceptos.

Siguiendo a ROOK (1985), el tema de la importancia de los lazos sociales en la salud y el ajuste se ha estudiado desde tres líneas diferentes: el apoyo social, la soledad y el aislamiento social. Según este autor los estudios de apoyo social sugieren que las relaciones sociales facilitan el ajuste a circunstancias estresantes de la vida y, en consecuencia, disminuye la vulnerabilidad a desarrollar desórdenes como consecuencia del estrés.

Con respecto a las investigaciones sobre la soledad, ROOK afirma que enfatizan las necesidades humanas de satisfacer los lazos sociales y sugieren que la ausencia o ruptura de lazos sociales es, en sí mismo, una causa de malestar emocional. Según JONES (1985), los análisis sociológicos del aislamiento social...

> *"... sugieren que las relaciones sociales sirven para inhibir conductas desviadas así como para ofrecer apoyo y compañía. "(JONES, 1985: 243)* [96]

ROOK propone un "estrechamiento" del término "apoyo social" reduciéndolo a la ayuda recibida a través de las relaciones sociales:

> *"... los diferentes tipos de ayuda provista a través de los lazos sociales a aquellos que están experimentando estrés." (ROOK, 1985: 246)*

---

[96] En esta exposición se profundiza en los dos aspectos que interesan especialmente en este estudio: a saber, el apoyo social y la soledad.

En opinión de ROOK, la literatura del apoyo social enfatiza las funciones instrumentales de los lazos sociales.

Una de las definiciones de soledad recogidas por PEPLAU Y PERLMAN (1982) acota el término de la siguiente forma:

> *"... la experiencia subjetiva que ocurre cuando las relaciones existentes de una persona son juzgadas como deficientes tanto en cantidad como en calidad." (PEPLAU Y PERLMAN, 1982: 4)*

Esta concepción de soledad lleva a ROOK (1985) a afirmar que la perspectiva teórica de la soledad defiende que las relaciones sociales son deseables por sí mismas:

> *"... los teóricos de la soledad enfatizan que los lazos sociales se buscan por sí mismos, porque proporcionan oportunidades para las relaciones placenteras y la intimidad." (ROOK, 1985: 247)*

En definitiva, distingue la soledad del apoyo social en función de tres características diferenciadoras: la primera diferencia es el carácter instrumental del apoyo social frente a la no instrumentalidad de la soledad. La segunda diferencia es que los teóricos de la soledad defienden que las relaciones en sí mismas tienen un efecto positivo en el bienestar y no sólo en momentos de estrés, como dirían, según este autor, los teóricos del apoyo social. La tercera diferencia que puede deducirse es que las investigaciones del

apoyo social se basan en la ayuda que el entorno presta al sujeto, mientras que las investigaciones de la soledad enfatizan los sentimientos subjetivos de la persona.

La revisión del concepto "apoyo social" presentada anteriormente da pie a considerar que tales diferencias no lo son tanto, si se entiende el apoyo social como un concepto multidimensional.

Para reflexionar en el carácter instrumental del apoyo social nos debemos situar en la conceptualización funcional del apoyo social. Desde esta perspectiva, se distinguen varias funciones distintas del apoyo social, entre ellas la ayuda emocional, la de pertenencia y la de estima, por medio de las cuales se ofrece al sujeto expresiones de valoración de apoyo, de compromiso ... Las relaciones de intimidad producen bienestar debido, en gran parte, a que proveen este tipo de "apoyos". El sentimiento de soledad puede provenir de la vivencia subjetiva de que los miembros de su entorno no muestran amor, entendimiento, valoración... [97]

La segunda característica diferenciadora entre el enfoque del apoyo social y el de la soledad descansa en el hecho de que, para ROOK

---

[97] COHEN Y WILLS (1985: 321) encuentran que las medidas estructurales específicas de apoyo social que miden el número de conexiones sociales no muestran normalmente efectos directos en el malestar. Sin embargo medidas que indican la presencia de relaciones interpersonales significativas, como el matrimonio o una relación de amistad íntima muestra efectos amortiguadores del estrés. La razón que estos autores arguyen es que "*... en general, una relación íntima y duradera es propensa a prestar varios tipos de apoyos funcionales*".

(1985), los teóricos del apoyo social plantean los efectos beneficiosos de dicho apoyo en función de que aminora los efectos del estrés, mientras que los teóricos de la soledad hablan de que las relaciones sociales son beneficiosas en sí mismas.

La revisión de los modelos explicativos de la relación entre el estrés, el apoyo social y la salud no dejan duda de que el Modelo de Efectos Directos defiende que el apoyo social en sí mismo es beneficioso para la salud. Además se admite su función como amortiguador de los efectos del estrés.

La tercera posible característica diferenciadora entre la perspectiva del apoyo social y la soledad se puede explicar desde la afirmación de JONES (1985):

> *"... la literatura del apoyo social considera relevantes temas de fuera a adentro -de las redes sociales a la experiencia de la persona- encontrando vulnerabilidad al estrés cuando no existe apoyo. Las investigaciones sobre la soledad comienzan con las impresiones subjetivas de la "persona sola..." (JONES, 1985: 225)*

Esta última posible diferencia planteada nos sitúa en las dos perspectivas desde las que se ha estudiado el apoyo social, es decir, el apoyo recibido objetivamente y el apoyo percibido. La soledad corresponde a esta segunda perspectiva. Numerosos estudios muestran que las percepciones del sujeto respecto al apoyo y relaciones sociales son más importantes que los

aspectos cuantitativos de dichas relaciones (COHEN Y HOBERMAN, 1983).

La discusión de las diferencias planteadas desde el marco conceptual multidimensional del apoyo social lleva a la conclusión de que la experiencia subjetiva de soledad puede considerarse y definirse dentro del apoyo social, si se refiere a apoyo social percibido de aspectos o funciones tales como la ayuda emocional y de pertenencia [98] Desde esta perspectiva, se cree posible que la soledad, como disponibilidad percibida de apoyo emocional, pueda amortiguar los efectos del estrés. Asimismo, no se descarta la posibilidad de que la ausencia de relaciones sociales placenteras pueda, por sí misma, provocar malestar psíquico.

IV.1.1.4.- EL CONCEPTO DE SOLEDAD. PERSPECTIVAS TEORICAS

La soledad, en la sociedad actual, es un sentimiento vivido y sufrido por muchas personas:

> *"La soledad es una de las vivencias más comunes y desagradables de la experiencia humana." (HSU, HAILEY Y RANGE, 1986: 61)*

Además, está asociada con disfunciones en la salud física y mental, como pueden ser la depresión, el abuso de sustancias, el suicidio,

---

[98] RICH Y BONNER (1989) defienden esta idea afirmando que la percepción y la disponibilidad de apoyo social están mediados por la soledad.

enfermedades prematuras de las arterias coronarias, etc. (BRENNAN, 1986; BLAI, 1989).

PERLMAN Y PEPLAU (1981) nos ofrecen una definición muy completa de la soledad, entendiéndola como ...

> *"... una experiencia desagradable que ocurre cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente de un modo importante, ya sea cuantitativa o cualitativamente." (PERLMAN Y PEPLAU, 1981: 31)*

Esta definición implica tres aspectos importantes; primero, que la soledad es resultado de deficiencias en las relaciones sociales de la persona; segundo, que la soledad es un fenómeno subjetivo y, tercero, que la soledad es una experiencia no placentera [99].

Conviene precisar que con el término "soledad" nos referimos a que una persona se siente sola, no a que está sola. Esto implica que puede haber personas que estén solas sin experimentar sentimientos de soledad. No se puede negar, por otra parte, que la frecuencia cuantitativa de relaciones sociales puede prevenir la soledad, siempre y cuando estas relaciones sean positivas. De otro modo, una deficiencia de contactos sociales puede ser un antecedente clave que lleve al individuo a experimentar sentimientos de soledad

---

[99] En la base de esta definición está una consideración cognitiva del concepto de soledad.

[100]

La clasificación de los distintos enfoques en el estudio de la soledad se podría abordar desde diferentes criterios. Así, se podría hablar de las teorías que consideran patológica la soledad y de las teorías que la consideran normal. Los estudios de la soledad se podrían dividir según si están basados en la experiencia clínica o si están basados en especulaciones teóricas. Asimismo, se podrían clasificar las distintas teorías en función de sus explicaciones de la soledad. Este último criterio es el que se va a seguir en esta exposición por considerar que es el que mejor define las distintas tendencias.

Existen dos líneas explicativas diferentes del concepto de soledad en función, principalmente, de las creencias con respecto a la naturaleza de la deficiencia social experimentada por la persona "sola". Por un lado, se sitúan las perspectivas unidimensionales, que entienden la soledad como consecuencia de las características del propio individuo o de la sociedad. Por otro lado se encuentran las vertientes interaccionistas-bidimensionales que explican la soledad como función de ambas fuerzas: el individuo y la sociedad.

---

[100] La importancia de las redes sociales y del aislamiento social ha sido apoyada por los autores que abogan por un concepto estructural del apoyo social.

A - PERSPECTIVA UNIDIMENSIONAL

En esta orientación se encuentran las explicaciones sociológicas, que defienden que la causa de la soledad es eminentemente social y hablan de factores tales como el aumento de la movilidad social y familiar, el deterioro de los grupos de relación primarios, etc. Uno de sus representantes es SLATER (1976), que ve la soledad como una característica común de la población.

Dentro de la vertiente unidimensional se sitúan, así mismo, los que ven la causa de la soledad en el propio individuo. Así, los modelos psicodinámicos hablan de experiencias infantiles como posibles detonantes de la soledad (SULLIVAN, 1953); la perspectiva fenomenológica defiende que los individuos se encierran en su soledad por miedo a ser rechazados; es decir, la soledad es producida y mantenida por un problema en el autoconcepto del individuo (ROGERS, 1973). La aproximación existencialista (MOUSTAKAS, 1972) entiende la soledad como una experiencia propia de la condición humana y enfatiza el hecho de que puede ser vivida positivamente.

En definitiva, las explicaciones unidimensionales de la soledad sitúan la causa de ésta en la sociedad ó en el individuo sin combinar ambos factores. La convicción de que la experiencia personal de la soledad no queda explicada totalmente ni por el individuo y sus características ni por la sociedad y sus cambios considerados aisladamente ha dado paso a teorías interactivas

que consideran que ambos factores actúan conjuntamente en el desarrollo de la soledad.

B - PERSPECTIVA INTERACCIONISTA-BIDIMENSIONAL

Esta perspectiva defiende que la soledad no es solamente función de las características de la personalidad ni solamente función de factores situacionales, sino que es un producto de su combinación. Dentro de estas perspectiva se van a distinguir dos aproximaciones, la tradicional y la cognitiva.

B.1.- Aproximación tradicional

Esta aproximación, capitaneada por WEISS (1974), enfatiza que el ser humano tiene una necesidad inherente de relaciones íntimas. La soledad aparece cuando las relaciones de la persona no satisfacen esta necesidad de intimidad "interpersonal". En palabras de WEISS (1973):

> *"La soledad no está causada por estar sólo sino por la ausencia de alguna relación o grupo de relaciones necesarias determinadas. La soledad aparece siempre como una respuesta a la ausencia de algún tipo particular de relación o, más exactamente, como respuesta a la ausencia de algún abastecimiento relacional particular." (WEISS, 1973: 17)*

Las relaciones sociales proporcionan al individuo una serie de aspectos que WEISS engloba en seis: el compromiso, proporcionado por las

relaciones en las que la persona recibe un sentido de seguridad; la integración social, provista por una red social de relaciones en la que los individuos comparten los mismos intereses y preocupaciones; la oportunidad de desarrollo, provista por las relaciones en las que la persona se siente responsable del bienestar de otros; la seguridad en la propia valía, proporcionada por las relaciones en las que las habilidades de la persona son conocidas; la unión fiable, provista por las relaciones en las que la persona puede contar con asistencia bajo cualquier circunstancia; y la guía, provista por las relaciones con individuos dignos de confianza que pueden aconsejar y ayudar (RUSELL, CUTRONA et al., 1984) [101].

En relación a estas funciones que cumplen las distintas relaciones sociales, WEISS defiende que existen dos tipos diferentes de soledad, según el tipo de relación de que se carezca y, por consiguiente, según el aspecto relacional carencial del sujeto. La soledad emocional es el resultado de una falta de unión íntima y cercana a otra persona. Podrían experimentar este tipo de soledad, por ejemplo, individuos que se han divorciado o que han quedado viudos recientemente.

La soledad social es, en palabras de RUSSELL, CUTRONA et al. (1984):

---

[101] El lector puede observar una vez más las semejanzas esenciales que mantiene este teórico de la soledad con los autores del apoyo social, en este caso de perspectiva funcional. Es otra muestra más de que son muchos los aspectos que unen la soledad y el apoyo social, considerado éste en su sentido amplio.

"... el resultado de la falta de una red de relaciones sociales en la que la persona es parte de un grupo de amigos que comparten intereses y actividades comunes." (RUSSELL, CUTRONA et al., 1984: 1314).

Individuos que se acaban de mudar a un nuevo ambiente social podrían experimentar esta forma de soledad.

RUSELL, CUTRONA et al. (1984), en una investigación empírica de la tipología de WEISS, estudian, en primer lugar, si existen diferencias en las experiencias subjetivas asociadas a los dos tipos de soledad; en segundo lugar, qué aspectos de las relaciones sociales de la persona predicen la soledad emocional y la soledad social y; en tercer lugar, qué consecuencias tienen la soledad emocional y social para el estado emocional de la persona y para la conducta de afrontamiento.

Con respecto a la primera cuestión los autores concluyen que sí existen algunas diferencias en lo que se refiere a las experiencias subjetivas de cada uno de los dos tipos de soledad. No obstante "ambas soledades" comparten un amplio núcleo de experiencias.

La segunda cuestión ofrece apoyo parcial a la teoría de WEISS relacionada con que el compromiso y la integración social se asocian con la soledad emocional y con la soledad social respectivamente. Los resultados muestran que el compromiso es un fuerte predictor de la soledad emocional

pero la integración social es sólo un débil predictor de la soledad social. Por otro lado, de acuerdo con lo esperado, la soledad social se predice por falta de relaciones de amistad satisfactorias y la soledad emocional por falta de relaciones románticas satisfactorias [102].

La tercera hipótesis relacionada con las distintas consecuencias afectivas de los dos tipos de soledad se aprueba parcialmente porque aunque, de hecho, producen consecuencias diferentes en el estado emocional del individuo, no ocurren en el modo predicho por WEISS.

En la misma línea bidimensional e interaccionista se sitúan aquellos autores que entienden la soledad como resultado de un insuficiente reforzamiento social. De acuerdo con esta visión, las relaciones sociales son una clase particular de reforzamiento [103] que sigue las mismas leyes que cualquier otro tipo de reforzamiento, lo que implica, por ejemplo, que las relaciones sociales pueden actuar como reforzadores secundarios, o que puede aprenderse que confiar en un amigo es recompensante, etc.. En palabras de

---

[102] Los dos tipos de soledad se predicen mejor por medio de medidas cualitativas de satisfacción que por medio de medidas más objetivas de redes sociales.

[103] Esta perspectiva del reforzamiento se incluye dentro de la primera aproximación por considerar que es una versión modificada de la idea central de la orientación que define las relaciones como una necesidad. Ambas defienden que las relaciones sociales cumplen por sí mismas unas funciones que son necesarias para el sujeto, o lo que es lo mismo, las relaciones sociales proveen refuerzos al individuo, actuando, de este modo, como reforzadores. Otros autores (PEPLAY Y PERLMAN, 1984) diferencian la perspectiva de WEISS y la perspectiva conductual como dos aproximaciones diferentes al estudio de la soledad. Aunque la decisión de la inclusión pueda ser discutible, se considera preferible en favor de una mayor simplificación de la exposición.

YOUNG (1982):

> *"Yo defino la soledad como la ausencia o ausencia percibida de relaciones satisfactorias, acompañada de síntomas de malestar psicológico que se relaciona con la ausencia real o percibida... La soledad puede ser vista como una respuesta a la ausencia de importantes reforzamientos sociales." (YOUNG, 1982: 380)*

B.2.- Aproximación cognitiva

La concepción de la soledad como déficit de reforzamiento social enlaza con la aproximación cognitiva, la cual entiende la soledad como una discrepancia entre el tipo de relaciones deseado y el tipo de relaciones que, de hecho, se mantienen:

> *"... la soledad ocurre cuando el individuo percibe una discrepancia entre dos factores: el modelo de relaciones sociales desarrollado y el modelo deseado." (PEPLAU Y PERLMAN, 1982: 5)* [104]

Según esta perspectiva de discrepancia cognitiva, una persona se considera "sola" en función de ciertas experiencias afectivas, conductuales y cognitivas. La señal afectiva que le llega al individuo es una experiencia emocional desagradable, una sensación de infelicidad. No obstante, este estado emocional no es suficiente para que la persona concluya que tiene un problema

---

[104] La orientación cognitiva afirma la interacción causal de las características del individuo y de la sociedad para explicar la soledad. No obstante, su presentación en diferente apartado permite hacer hincapié en su característica más sobresaliente: la explicación de la soledad teniendo en cuenta aspectos cognitivos.

de soledad.

Los signos conductuales que contribuyen a que la persona diagnostique su soledad son, por ejemplo, la falta de contactos sociales, la ruptura de relaciones estables. Pasar tiempo solo no es, como se ha dicho, condición indispensable de la soledad, pero cuando la gente está sola mucho tiempo es más probable que califique esta circunstancia como "soledad".

Los indicadores cognitivos de la soledad están relacionados con el hecho de desear un tipo de relación social no disponible realmente. Es común la creencia de que una mejora en las relaciones sociales puede aliviar el malestar. Asimismo, es generalizado el deseo de interacciones más frecuentes o más íntimas.

Los modelos de discrepancia cognitiva, sin negar la importancia de los aspectos afectivos y conductuales, se centran en las percepciones subjetivas. De este modo la soledad no está afectada solamente por los lazos sociales reales sino también por los modelos deseados por la persona o por los modelos "standard" de relaciones sociales. Es una perspectiva centrada en cómo la persona percibe su vida social, no en cómo los observadores podrían medirla (PEPLAU et al. 1982).

Los patrones deseados de relaciones sociales, con los cuales se

comparan las relaciones sociales reales provienen tanto de la experiencia pasada como de las relaciones sociales que se perciben en los demás. La experiencia ayuda a desarrollar una idea de la clase de interacciones sociales que conllevan un sentimiento de satisfacción y felicidad y de la clase de interacciones que no llevan asociado sino un sentimiento de malestar. La comparación social hace que se evalúen las propias relaciones sociales en función de las relaciones de los demás.

DERLENGA Y MARGULIS (1982), desde una perspectiva cognitiva, aunque sin alejarse del enfoque de WEISS, defienden que las relaciones sociales ayudan a los individuos a conseguir ciertas metas. La soledad se produce por la ausencia de un modelo social apropiado que ayude a la consecución de dichas metas:

> *"... la experiencia de la soledad puede ser el resultado conjunto de la falta de disponibilidad o ausencia de alguien apropiado que podría ayudar en el cumplimiento de ciertos fines socialmente mediados, la creencia de que esta falta de disponibilidad puede durar y el deseo continuo de tales relaciones." (DERLENGA Y MARGULIS, 1982: 153)*

La aplicación de la Teoría de los Sistemas de MILLER (1978) al estudio de la soledad supone una interesante aportación. Desde esta perspectiva, la soledad es...

> *"... un mecanismo adaptativo de retroalimentación para llevar al individuo desde un estado actual de falta de estrés a un nivel óptimo de contacto*

humano" (FLANDERS, 1982: 177) [105]

Dado que el contacto humano, coincidiendo con WEISS, se considera positivo en sí mismo, el sentimiento desagradable de la soledad actúa como indicador de su falta y puede ser un empuje para la búsqueda de dicho contacto humano. El autor de esta teoría entiende la soledad como un mecanismo de retroalimentación porque opina que la soledad conlleva algo más que lo meramente cognitivo.

El enfoque cognitivo de la soledad como resultado de una discrepancia atribucional presenta dos importantes ventajas. La primera es que presta atención a los niveles de contacto social que la gente desea o necesita como condiciones importantes productoras de soledad, en contraposición con otras orientaciones, por ejemplo, los estudiosos del apoyo social estructural, quienes ignoran este aspecto del problema y se centran en los bajos niveles de contacto social que la gente, de hecho, mantiene.

La segunda ventaja de esta perspectiva teórica es que tiene en cuenta los factores cognitivos que median entre las deficiencias interpersonales y la respuesta emocional. Por contra, la aproximación de WEISS, más tradicional, entiende la soledad como la consecuencia directa inevitable del fracaso en la satisfacción de estas necesidades, ignorando toda intervención

---

[105] El autor entiende esta falta de estrés como un nivel de estimulación externa muy bajo.

de los procesos cognitivos intervinientes (PERLMAN Y PEPLAU, 1981).

En función de lo presentado hasta aquí en lo que se refiere a las explicaciones teóricas de la soledad se puede concluir que existe una gran diversidad de teorías y pocos estudios empíricos que las prueben. Una gran mayoría de ellas, a decir de PERLMAN Y PEPLAU (1982: 129-133), extraen sus formulaciones de la experiencia clínica; la mayoría de los teóricos la consideran una experiencia desagradable muy extendida pero muy pocos la conciben como patológica. Coincidimos con la opinión de estos autores en la afirmación de que las llamadas "teorías" no lo son realmente, en el sentido más sofisticado del término. El estudio de la soledad está en un estado temprano de desarrollo, lo que hace difícil una valoración de las diferentes aportaciones al estudio de la soledad. No obstante, se puede anticipar que las teorías contemporáneas, interaccionistas y los modelos cognitivos, pueden guiar adecuadamente las investigaciones que se realicen, en adelante, sobre la soledad.

Intimamente relacionado con la explicación teórica de la soledad está el estudio de los factores que se asocian con ella. Dependiendo de cuál se considere el origen de la soledad, los factores relacionados serán coexistentes, antecedentes, causantes, etc. Se intentará hacer una presentación de los aspectos que más se han venido asociando con la soledad.

IV.1.1.5.- FACTORES ASOCIADOS A LA SOLEDAD

Siguiendo a PEPLAU Y PERLMAN (1982), entre los aspectos relacionados con la soledad se van a distinguir, por una parte, los que se consideran sus antecedentes y, por otra parte, los que se califican como sus manifestaciones o correlatos [106].

A - FACTORES ANTECEDENTES

Los posibles antecedentes de la soledad son muy numerosos. En esta exposición se van a distinguir los factores precipitantes y los factores predisponentes. Los aspectos precipitantes pueden ser definidos como ...

> *"... aquellos cambios en las relaciones sociales desarrolladas, deseadas o esperadas de la persona." (PERLMAN Y PEPLAU, 1981: 37-38)* [107]

Los factores predisponentes incluyen, siguiendo a los mismos autores, tanto características del individuo como del entorno social:

---

[106] Puede que esta clasificación sea algo "forzada" ya que, de hecho, es difícil distinguir cuándo un aspecto se manifiesta junto a la soledad o cuándo está actuando para mantener el estado de soledad. La utilidad de esta presentación descansa en su potencial clarificador para la comprensión de los factores que, en alguna medida, tienen que ver con la soledad.

[107] Esta definición basada en una concepción cognitiva de la soledad implica que no sólo el cambio real de las relaciones sociales puede producir sentimiento de soledad, sino también el cambio en las aspiraciones y creencias que las personas tienen respecto a sus relaciones sociales.

"... la usual cantidad y calidad de relaciones sociales de una persona, características del individuo (ej. personalidad, atributos físicos) y características más generales de una situación o cultura dada. Las variables predisponentes son, normalmente, los aspectos duraderos de la situación de la persona."(PERLMAN Y PEPLAU, 1981: 38)

Dentro de los factores precipitantes se pueden citar los cambios en las relaciones sociales reales de la persona que provocan el fin de relaciones sociales íntimas, como la viudedad, divorcio, etc; la separación física de la familia o amigos; y el cambio de estatus.

La soledad se puede producir, debido, bien a la reducción en el nivel de relaciones sociales reales, bien a un aumento en el deseo de relaciones no acompañado por un aumento real de relaciones. Esto puede ocurrir en los cambios del desarrollo. Así, por ejemplo, en la pre-adolescencia surge una necesidad de intimidad no existente en la niñez (BRENNAN, 1986). Asimismo, se puede cambiar el nivel de relaciones sociales deseadas en función de la situación; hay tareas para las que se desea compañía y otras en las que no se necesita la presencia de los demás. Las diferentes expectativas son otro factor importante en la experiencia de soledad; por ejemplo, si la situación conlleva esperar mucho contacto social, la soledad es más probable que si no se espera relación social en absoluto.

La cantidad de relaciones sociales que la persona tiene es un factor importante de la soledad. Esta es la base de muchos estudios que

analizan las redes sociales del individuo (WELLMAN, 1985; LIEBERMAN, 1982). No obstante, como se ha comentado anteriormente, no solo la frecuencia de las relaciones afecta a la soledad; la calidad de estas relaciones es otro aspecto a considerar.

Además de la calidad y frecuencia de las relaciones habituales de una persona hay que tener en cuenta los factores personales que pueden incidir también en la soledad, y que se consideran factores predisponentes. PERLMAN Y PEPLAU (1981) dividen estos aspectos en a) "características que reducen la deseabilidad social de una persona", b) "características personales que influyen en la conducta de la persona en las relaciones sociales" y c) "cualidades personales que pueden determinar el modo en que la persona reacciona a los cambios en las actividades sociales desarrolladas y, por lo tanto, influyen en lo efectiva que la persona es evitando, minimizando o aliviando la soledad".

Entre las características que predisponen a los individuos a la soledad se pueden citar la timidez, la autoestima, las habilidades sociales, la similaridad y ciertas características demográficas, así como ciertos antecedentes familiares. Los individuos que tienen dificultades en las relaciones sociales, en hacer nuevos amigos, tienen menos probabilidades de tener contactos sociales satisfactorio y, por lo tanto, mayor probabilidad de sentirse solos (BRENNAN, 1986: 201-202).

La soledad se relaciona de forma recíproca con un nivel bajo de autoestima, de modo que pueden alimentarse una a la otra. Por ejemplo, una persona que tiene un nivel bajo de autoestima puede no sentirse seguro en las relaciones sociales y, por ello, evitarlas. De la misma manera, una persona que se siente sola puede atribuir su soledad a sus características y, como consecuencia, autovalorarse negativamente.

El grupo demográfico de edad que se considera de más "alto riesgo" en relación a la soledad es la adolescencia (BRENNAN, 1982). Parece más común entre las mujeres que entre los hombres (BLAI, 1989), aunque puede simplemente deberse a que estos últimos declaren menos fácilmente sus sentimientos. La soledad es menos frecuente entre los casados y más entre los viudos o divorciados.

Dentro de los antecedentes de la infancia que se relacionan con la soledad se pueden citar el divorcio o separación de los padres y un ambiente familiar poco cercano.

Además de los factores predisponentes presentes en el individuo hay que considerar las características de la sociedad en la que la persona está inmersa. Así, por ejemplo, valores sociales tales como la competitividad, la independencia, etc, pueden dificultar los contactos sociales satisfactorios y favorecer la soledad. Por su parte, las normas sociales establecen que, en cada

etapa de la vida, es "normal" mantener unas determinadas relaciones. El no cumplimiento de estas expectativas puede favorecer la vivencia de soledad.

Por otra parte, aspectos situacionales, tales como la proximidad física pueden influir en el número de relaciones sociales y, como consecuencia en la incidencia de la soledad.

B - MANIFESTACIONES DE LA SOLEDAD

Siguiendo a PEPLAU Y PERLMAN (1982), entre las manifestaciones de la soledad, se distinguen factores afectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales y problemas sociales.

A nivel **afectivo**, la soledad es una experiencia desagradable, que se ha relacionado con la depresión (HSU et al. 1986). A pesar de que estos conceptos pueden coexistir, la depresión es un fenómeno más amplio que la soledad, pudiendo una persona estar deprimido sin sentirse solo. Además de la depresión, la ansiedad, la tensión, inquietud y aburrimiento son algunos de los estados afectivos que se asocian con la soledad.

Desde el punto de vista **motivacional**, algunos autores (FLANDERS, 1982) defienden que el desagradable sentimiento de soledad puede empujar al individuo a intentar relacionarse con los demás, aunque en

otros casos puede no tener este efecto, dependiendo de la cronicidad de la soledad, de la atribución de la soledad, de la coexistencia de depresión o no, etc.

Los factores cognitivos, como la atribución que se haga de la soledad, inciden en cómo se vivencia ésta y en cómo se afronte.

Los correlatos conductuales más característicos de la soledad se refieren a las relaciones interpersonales, por lo que resulta difícil distinguir si estos comportamientos sociales coexisten con la soledad o, en cierta medida, la provocan.

La soledad también se ha relacionado con problemas de tipo social y médico. Entre los primeros se ha hablado de problemas de conducta, suicidio, alcoholismo. Las posibles implicaciones negativas de la soledad en la salud mental están relacionadas con la depresión y la ansiedad (RUSELL et al., 1980). La salud física puede verse, asimismo, afectada, a través de los signos que acompañan a estados de ansiedad o depresivos, como alteración en los patrones del sueño, del apetito, dolores de cabeza ...

En definitiva y, a modo de conclusión, se puede afirmar que son varios los factores que predisponen a la soledad, entre los que están las características del individuo, tales como las habilidades sociales y los valores

sociales. Un hecho que modifique la frecuencia o tipo de relaciones reales o deseadas puede "precipitar" la vivencia de soledad en personas predispuestas bien por su personalidad o características, bien por la situación. La soledad está relacionada con estados de ansiedad, depresión, problemas conductuales y de salud, tanto mental, como física.

De interés primordial en este estudio es la relación de la soledad con el suicidio y con las variables que, a su vez, están relacionadas con la conducta autodestructiva. Es por esto que se va a profundizar más en este punto, toda vez que se ha presentado un marco teórico general de la soledad y del apoyo social.

IV.1.2.- APOYO SOCIAL Y SOLEDAD. RELACIONES CON EL SUICIDIO

Una vez que se han presentado las líneas generales de la relación del apoyo social y la soledad con el bienestar y el estrés se pretende dar un paso más hacia la especificidad. En este apartado se exponen las perspectivas desde las que se han vinculado tanto el apoyo social como la soledad a la conducta suicida, una solución concreta "no saludable" a una situación problemática.

Se van a presentar en primer lugar los estudios que han

considerado objetivamente el apoyo social y lo han relacionado con conductas autodestructivas. En segundo lugar se presentan las diversas investigaciones que han relacionado el apoyo social subjetivamente percibido por el sujeto con el suicidio para dar paso a la exposición de las diversas investigaciones sobre soledad y autodestrucción.

IV.1.2.1.- APOYO SOCIAL REAL Y CONDUCTA SUICIDA

Se incluyen bajo este epígrafe las investigaciones y teorías que consideran la influencia que la situación objetiva, en lo que se refiere a relaciones sociales, tiene en la aparición o no de conductas autodestructivas de un individuo. Se entiende "apoyo social real" en sentido amplio. No se conocen estudios que relacionen tipos de ayuda prestada o denegada por los miembros del entorno social inmediato del sujeto y conducta suicida de tal sujeto. Se presupone que un ambiente deteriorado, desorganizado, etc. presta al individuo menos ayuda, sea ésta del tipo que sea: material, emocional, informativa, etc...

Dentro de este grupo de estudios se pueden distinguir dos orientaciones principales. Por una parte están los teóricos que consideran que ciertas características de la sociedad en general provocan el aislamiento social de los individuos. Por otra parte, aquellos que estudian los tipos de relaciones interpersonales propias del entorno inmediato del sujeto, considerándolos

factores influyentes tanto en el tipo de salida o solución que el individuo intenta para solucionar las diversas situaciones como en la aparición de desajustes en dicho sujeto.

A - ALIENACION SOCIAL Y CONDUCTA SUICIDA

La primera orientación está básicamente defendida por la perspectiva sociológica. Definen el aislamiento social con estas palabras:

> *"... un estado en el que los contactos interpersonales y las relaciones están desorganizadas o son inexistentes." (TROUT, 1980: 10)*

Esta orientación enfatiza aspectos tales como la anomía [108], la alienación y el aislamiento (NEIGER Y HOPKINS, 1988). Se ha constatado que los individuos suicidas mantienen menos contactos sociales que los individuos no suicidas y que, antes del aislamiento, los suicidas experimentan un mayor número de interacciones negativas (MARIS, 1989:121-122).

Su idea central descansa en el hecho de que los cambios sociales vividos en la sociedad actual dificultan la comunicación y las relaciones sociales. Esta alienación social del individuo está positivamente relacionada con la conducta suicida. En palabras de TROUT (1980):

---

[108] La anomia es definida por NEIGER Y HOPKINS (1988: 471) como "*... un sentido de debilidad y desaparición de las gulas sociales -una falta de normas y estructura en la vida de una persona*".

"Se debe concluir que el aislamiento social juega un papel directo en el suicidio... Si el aislamiento social es una condición primaria de los actos suicidas, para prevenir estos actos el individuo tiene que funcionar adecuadamente en las relaciones interpersonales significativas." (TROUT, 1980: 19)

DURKHEIM (1965), por su parte, señala el aislamiento social como una variable que se relaciona directamente con el suicidio. Tanto el suicidio egoísta [109] como el suicidio anómico [110] se caracterizan por una falta de lazos sociales.

WENZ (1979) aplica a la familia el concepto de anomía social acuñado por DURKHEIM. Encuentra que las familias de los adolescentes suicidas muestran una mayor carencia de normas y de autoridad. Este hallazgo le lleva a concluir que ...

"... la conducta suicida adolescente puede ser un modo extremo de reaccionar a la anomia familiar." (WENZ, 1979: 396).

Los cambios que se han vivido en los últimos años con respecto a la concepción de la familia dificultan el desarrollo de los niños y favorecen conductas tales como el suicidio (WODARSKI Y HARRIS (1987). McANARNEY

---

[109] El suicidio egoísta es provocado, según DURKHEIM, por una falta de integración del individuo en la sociedad.

[110] El suicidio anómico se debe, siguiendo a DURKHEIM a una carencia de normas que regulen la vida social.

(1979) comparte la misma opinión y constata que en las sociedades en las que los lazos familiares se mantiene unidos, las tasas de suicidio son menores.

La alienación puede ser una de las características más sobresalientes de la sociedad actual, que afecta en mayor medida a los adolescentes a través de cuatro fuentes de alienación (YOUNG, 1985). En primer lugar, no existe una frontera clara entre la niñez y la madurez; esto hace que los adolescentes reciban mensajes contradictorios, unas veces se les exige como a adultos, otras se les prohíbe como a niños. En segundo lugar, el adolescente está social, política y económicamente marginado, sobre todo el adolescente de clase social más baja. La tercera fuente de alienación es la burocratización de la estructura familiar, que deshumaniza las relaciones sociales en función de parámetros socioeconómicos. La cuarta fuente de alienación es el papel de la educación de masas, es decir la organización burocrática e impersonal del sistema educativo. Esta reflexión le lleva al autor a concluir que el suicidio adolescente se debe entender en términos sociales:

> *"... no debe ser visto sólo como una manifestación clínica de la alienación, sino como un reflejo de una patología social" (YOUNG, 1985: 57).*

8 - ALIENACION "AMBIENTAL" Y CONDUCTA SUICIDA

La segunda orientación se centra en el estudio de las relaciones interpersonales del sujeto en su entorno inmediato y del tipo de interacción que se establece entre el sujeto y el entorno (JACQ, QUENARD et al., 1981).

La mayoría de las investigaciones que se conocen sobre el apoyo social real que el entorno ofrece a los adolescentes se refiere al círculo familiar. Se considera que el "microcosmos familiar" es el que más influye en este colectivo favoreciendo o dificultando su proceso madurativo [111]. Los factores familiares tienen un importante impacto en la adolescencia ya que, al mismo tiempo que se da la transición física y emocional y el conflicto de roles, el estrés adicional por parte del entorno familiar aumentaría la vulnerabilidad del adolescente (SNAKKERS et al., 1980; KERFOOT, 1987).

El estudio de las características de las familias a las que pertenecen los adolescentes con conductas suicidas en comparación con las características de las familias a las que pertenecen los adolescentes no suicidas puede ser un modo válido para saber si el ambiente familiar incide o no en la aparición de conductas suicidas entre este grupo de edad. Se han realizado, no obstante, relativamente pocas investigaciones empíricas sistemáticas para

---

[111] GOODYER (1990) hace una extensa revisión de la vinculación entre las relaciones familiares, el estrés y la patología infantil.

conocer el funcionamiento familiar de los adolescentes suicidas. El conocimiento que se tiene sobre el tema, proviene, en su mayoría, del trabajo clínico (PFEFFER, 1986).

Se ha constatado suficientemente en un apartado anterior de este trabajo que las familias de adolescentes suicidas sufren más sucesos estresantes debidos a pérdidas o deterioro de relaciones interpersonales que las familias de no suicidas. Si se observan los acontecimientos estresantes relacionados con el suicidio se puede comprobar que la mayoría suponen una pérdida o deterioro de apoyo social. Este es el caso, por ejemplo, de la separación o el divorcio de los padres, de la muerte de algún familiar, del abandono del hogar de algún miembro de la familia, enfermedad física o psíquica de algún familiar, abuso de drogas o alcohol, etc [112].

Si bien la pérdida parental temprana se ha asociado con conducta suicida, el examen de la estabilidad familiar antes, durante y después de la pérdida lleva a una conclusión importante. Si el ambiente familiar es caótico o inestable, la ideación suicida, puede llegar a ser considerable. En cambio, si la estabilidad familiar se restablece después de la pérdida, la ideación suicida tiende a ser mínima (ADAM, LOHRENX et al., 1982). Estos resultados son una muestra clara del papel que el apoyo social ejerce como amortiguador del estrés; ante un suceso estresante (la pérdida temprana de uno de los padres),

---

[112] No se considera pertinente insistir en este punto ya que ha sido suficientemente tratado en el capítulo referido a las relaciones del estrés con la conducta suicida.

el apoyo social recibido (a través de la estabilidad familiar) impide una solución errónea a la situación (conducta suicida).

La familia típica del adolescente suicida se caracteriza, además de por la presencia de más sucesos estresantes que supone la pérdida de algún tipo de relación interpersonal, por un modo de funcionar determinado. Diferentes estudios han hecho distintas aportaciones que permiten aclarar, en cierto sentido, el funcionamiento de estas familias.

Se han detectado problemas de relación, conflictos interpersonales, enfados, ambivalencias, rechazos y dificultades de comunicación en las familias de adolescentes con conducta suicida (BROOKSBANK, 1985; McKEIGHEN, 1989). CONNELL (1972) caracteriza los hogares de los adolescentes suicidas como inestables, violentos, donde la insatisfacción con las relaciones y la hostilidad familiar tienen prevalencia.

BOTBOL, ANGEL et al. (1988) añaden tres características más a las relaciones familiares de suicidas. Estas son: carencias afectivas importantes, indiferencia y hostilidad. Se habla, además, de unas relaciones personales frías entre los miembros de las familias de niños que se autolesionan (TAYLOR Y STANSFELD, 1984). Parece que los padres de los suicidas muestran rechazo y excesivo control sobre los hijos, lo que puede dar lugar a una comunicación insuficiente entre padres e hijos (DOUGLAS, 1986).

PFEFFER (1987: 133-134) plantea cinco características de las familias de niños suicidas: falta de límites generacionales de los padres, lo que supone que los padres no se han separado emocionalmente de las influencias de sus propios padres; relaciones conflictivas severas entre los conyuges; proyección de los sentimientos parentales en los hijos; relaciones simbióticas entre padres e hijos; sistema familiar inflexible. En resumen...

> *"... el sistema familiar de los niños suicidas es una estructura muy rígida de relaciones perturbadas intensas entre los miembros de la familia."* *(PFEFFER (1987: 134)*

En el momento mismo de la crisis suicida las características típicas encontradas en la familia [113] son: incapacidad para aceptar los cambios necesarios, roles perturbados, afectos deteriorados, sistema familiar cerrado dominado por un miembro frágil de la familia, trastornos en la comunicación, intolerancia ante la crisis (RICHMAN, 1981).

Un estudio llevado a cabo por HAWTON, OSBORN et al. (1982) concluye que los adolescentes con conductas autodestructivas crónicas presentan problemas de comunicación con sus padres. Las redes de comunicación en las familias de adolescentes suicidas se caracterizan por:

---

[113] La crisis suicida puede desencadenar ciertos comportamientos específicos, por lo que no se podría decir que estas características provocaran la conducta suicida.

"... una falta de comunicación productiva, frecuentes conflictos en los estilos de comunicación, empeoramiento en la habilidad para resolver los problemas y un uso más frecuente de comentarios negativos que de comentarios positivos. Como consecuencia, la relación entre los padres y los adolescentes suicidas está marcada por el conflicto." (ALLBERG Y CHU, 1990: 345)

VELEZ Y COHEN (1988) diseñan un estudio para conocer el grado de conciencia que tienen las madres del grado de ideación y conducta suicida de sus hijos. El estudio lleva a la conclusión de que las madres subestiman el grado de pensamiento suicida de los hijos. Incluso, en ciertos casos, no conocen que sus hijos hayan intentado suicidarse. Estos resultados son importantes cuando se habla de prevención. Si las madres no pueden detectar "el nivel suicida" de su hijo, difícilmente pueden llegar a buscar ayuda. El intento de suicidio es, en muchos casos, un modo de pedir atención o ayuda; si ésta no se consigue debido al desconocimiento, puede dar lugar a conductas más arriesgadas y extremas. Una comunicación más eficaz entre los padres y los hijos permitiría, por una parte, disminuir la conducta suicida de los adolescentes y, por otra, detectar dicha conducta si la hubiera.

En lo que se refiere a las características de los propios padres de los niños o adolescentes suicidas, parece que las madres de estos adolescentes son inmaduras, incapaces de responder de forma efectiva a las necesidades de sus hijos. Los padres o están ausentes o son vistos por los hijos con indiferencia o disgusto (MARGOLIN Y TEICHER, 1968). Se han detectado problemas emocionales y actitudes negativas entre los padres de los

adolescentes suicidas (McKEIGHEN, 1989), así como unas técnicas disciplinarias inadecuadas e ineficaces (PETZEL Y RIDDLE, 1981)

TISHLER Y McKENRY (1982) comparan padres de adolescentes que habían intentado suicidarse con padres de adolescentes no suicidas. Los resultados indican que los padres de los niños suicidas tienen menor nivel de autoestima y son más depresivos. Por su parte, las madres de los adolescentes suicidas muestran más ansiedad y más pensamientos de suicidio que las madres de los sujetos no suicidas. Tanto los padres como las madres de los suicidas consumen más alcohol que los no suicidas, aunque el consumo de alcohol no es muy grande en ninguno de los grupos.

Una posible explicación teórica del modo por el que el sistema familiar deteriorado puede traducirse en un suicidio adolescente es la siguiente:

> *"Este tipo de déficit puede causar que un niño de la familia sea privado del sentimiento de saberse digno de amor y de sentirse una persona valiosa, y esto puede afectar el balance psicodinámico de la persona, haciéndole vulnerable a la poderosa compulsión suicida." (BROWN, 1985: 71)*

En definitiva, este autor plantea la posibilidad de que la ausencia de apoyo social emocional provoque un descenso de la autoestima y, con ello, mayor vulnerabilidad al suicidio.

Por su parte, PFEFFER (1986), desde una perspectiva dinámica, dice que el modelo de funcionamiento familiar caracterizado por interacciones deterioradas puede llevar a conductas suicidas a través de este mecanismo:

> *"El modelo de funcionamiento familiar caracterizado por interacciones deterioradas produce identificaciones patológicas en el niño y deficiencias en la capacidad para tener un funcionamiento autónomo. Esto supone una falta de diferenciación entre el niño y las influencias parentales, así como un fracaso en el establecimiento de una identidad separada y estable y una positiva autoestima." (PFEFFER, 1986: 149)*

> *"Las tendencias suicidas aparecen como consecuencia del fracaso del funcionamiento del yo para mantener un balance estable entre las fuerzas que promueven imágenes positivas de sí mismo y los demás y las percepciones negativas." (PFEFFER, 1986: 153)*

Esta autora subraya que las relaciones distorsionadas producen percepciones negativas de uno mismo a consecuencia de una falta de diferenciación de los padres. Esta visión de sí mismo aumenta la vulnerabilidad al suicidio.

SAMY (1989) explica la conducta suicida adolescente desde una perspectiva social y analítica, asociando los modelos sociológicos de DURKHEIM y el modelo de desarrollo de M. KLEIN. La anomía social unida a la "anomía psíquica" que se produce en el adolescente debido a los cambios experimentados propios de su etapa de desarrollo, conducen a estados de aislamiento y de angustia, con lo cual el riesgo de suicidio aumenta. LADAME

(1987) ofrece una explicación similar en la que la conducta suicida del adolescente se entiende desde la problemática psíquica inherente a esta etapa de desarrollo unida a unas relaciones familiares inestables.

WADE (1987) concluye que el suicidio adolescente está relacionado con sintomatología bordeline [114] y con un proceso mal resuelto de separación-individuación, lo que conlleva una menor individualidad y el desarrollo de relaciones hostiles, las cuales, a su vez, producen sentimientos de rechazo y soledad. La terapia familiar para personas suicidas se basa fundamentalmente en las peculiares relaciones establecidas entre los miembros que cohabitan con un individuo con tendencias autodestructivas (RICHMAN, 1986).

En general, las explicaciones teóricas presentadas respecto al modo en que las relaciones familiares se vinculan con el suicidio provienen de la experiencia clínica y no han sido probadas experimentalmente. Se considera deseable el desarrollo de estudios empíricos sistemáticos que ayuden a conocer más ampliamente cómo es realmente el modelo de funcionamiento de las familias con un miembro suicida.

Además del conocimiento de las características de las relaciones interpersonales que el sujeto establece con el entorno, no se pueden omitir las

---

[114] Una persona bordeline es aquella *"cuyos afectos, conductas, relaciones objetales y autoimagen son extremadamente inestables" (WADE, 1987: 170).*

aportaciones de los defensores del apoyo social estructural, que consideran importante el conocimiento de las redes sociales en el estudio del suicidio, en lo referente a la frecuencia de interacciones sociales, número de personas que forman la red social del individuo, etc. KING, RASKIN et al. (1990) y PRONOVOST et al. (1990) constatan que hay un mayor porcentaje de niños suicidas que viven sin uno de los padres y que la posibilidad de contactar con una persona de confianza es menor en los suicidas que en los no suicidas.

Utilizando índices objetivos de apoyo social estructural a través de la medición de la frecuencia con la que el sujeto realiza ciertas actividades sociales, se llega a la conclusión de que los índices de apoyo social subjetivo clasifican mejor a los adolescentes según la severidad de las tendencias suicidas que los índices objetivos (DUBOW, KAUSCH et al., 1989) [115].

En función de lo expuesto hasta aquí sobre el apoyo social real y su relación con la conducta suicida se puede concluir, a nivel general, que las características de la sociedad actual favorece el aislamiento social de los individuos (KONOPKA, 1983), aspecto que está relacionado positivamente con el número de suicidios.

A nivel específico, se ha comprobado sobradamente que el estrés

---

[115] Estos resultados coinciden con todos aquellos estudios que afirman que el apoyo percibido tiene más importancia en el desarrollo de patologías y desórdenes que el apoyo real (COHEN Y HOBERMAN, 1983).

familiar se relaciona con el suicidio. Parece, por otra parte, que la desintegración del sistema familiar o las relaciones deterioradas tienen una expresión por medio de la conducta suicida de alguno de los miembros de la familia. Un ambiente desintegrado ofrece al sujeto menos apoyo social, sobre todo de tipo emocional. Esto puede provocar la aparición de conductas no adaptadas y resoluciones no saludables a situaciones problemáticas o estresantes.

Si a estos factores sociales se añaden las características psicológicas propias del período adolescente, parece más fácil comprender el comportamiento autodestructivo.

El establecimiento de unas relaciones estables entre los padres y los hijos y de una comunicación adecuada parece ayudar a los sujetos, a través del apoyo social prestado, a enfrentarse con las situaciones estresantes o problemáticas y, de esta manera, se puede prevenir, en cierta medida, el suicidio.

IV.1.2.2.- APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y CONDUCTA SUICIDA

Se presentan bajo este epígrafe aquellos estudios que investigan la relación existente entre la valoración que el sujeto hace del apoyo que los miembros de su entorno le brindan y las tendencias suicidas. Se hace hincapié

no tanto en las características de las interacciones que el sujeto mantiene con los demás sino en la percepción subjetiva de las mismas.

DUBOW, KAUSCH et al. (1989) llevan a cabo un estudio para medir los correlatos de la ideación y del intento suicidas en adolescentes. Consideran tanto el apoyo social estructural como el apoyo social percibido global y específico. Para medir el apoyo social estructural utilizan la frecuencia con que los adolescentes realizan ciertas actividades sociales con los iguales, con la familia y en el colegio. Miden el apoyo social percibido específico pidiendo al sujeto que puntúe el grado en que unas determinadas personas son una ayuda para él cuando los necesita. El apoyo social percibido global mide el grado en que la persona se siente querida y acompañada [116]. Los resultados indican que los sujetos con pensamientos severos de suicidio perciben menor disponibilidad de apoyo familiar, escolar y global que los no suicidas. En un intento por predecir el pensamiento de suicidio, el apoyo social global, junto a problemas físicos, de salud y los afectos negativos, permiten explicar un 34 % de la varianza en ideación suicida. Por otra parte, entre las variables que mejor distinguen a los estudiantes que han intentado suicidarse de los que no aparecen todas las medidas de apoyo social.

Se ha comprobado que la severidad de la intención suicida está

---

[116] Esta conceptualización del apoyo social global, permite identificarlo prácticamente con la soledad.

relacionada con el grado de conflictividad familiar percibida. Esta variable junto con los desórdenes de conducta, antecedentes familiares de suicidio y la depresión explican el 46 % de la intención suicida (BRENT et al., 1990).

Los niños que han intentado o pensado suicidarse tienden a percibir a sus familias como más pobres en control, más altas en conflicto, con menor cohesión y opinan que prestan menos apoyo en los momentos difíciles que los niños no suicidas (ASARNOW et al., 1987). Los niños con pensamientos de suicidio son más pesimistas en lo referente al control existente en sus familias que los niños no suicidas. Los resultados del estudio confirman, asimismo, que la percepción de la propia familia es el aspecto que mejor predice la conducta suicida.

ASARNOW Y CARLSON (1988) estudian el poder del apoyo familiar percibido, la desesperanza y la depresión para clasificar a los niños según su nivel de tendencia suicida. Los resultados indican que la sola medida de apoyo social percibido clasifica correctamente el 80 % de los sujetos. Las medidas de depresión y desesperanza no mejoran el poder clasificatorio. Los autores presentan estas conclusiones del estudio:

> *"... los resultados apoyan fuertemente la relación entre intentos de suicidio y la percepción de los niños de bajo apoyo familiar. Se necesitan más investigaciones que clarifiquen hasta qué punto esta percepción de escaso apoyo familiar refleja características objetivas del ambiente familiar de los niños o características propias del niño suicida." (ASARNOW Y CARLSON, 1988: 135).*

En un estudio para detectar hasta qué punto la percepción del ambiente familiar, la existencia de sucesos estresantes, la depresión, la desesperanza, y la capacidad para resolver problemas pueden predecir la conducta suicida en jóvenes estudiantes se ha demostrado que el nivel de depresión, y la percepción de escasa cohesión familiar son los mejores predictores de conducta suicida. Ambas variables tienen un efecto directo en la conducta suicida reciente; el resto de variables tienen un efecto indirecto en el comportamiento autodestructivo (LANGWORTHY Y YUTRZENKA, 1989).

MICHALIK-BONNER Y RICH (1990) encuentran que la percepción de baja cohesión familiar es un predictor importante de la desesperanza y de la ideación suicida, tanto en niños con estilo conductual externo como en niños con estilo conductual interno [117]; la percepción de relaciones familiares como conflictivas es otro de los factores predictores.

Hay alguna investigación que concluye que la percepción adolescente del nivel y calidad de la comunicación mantenida con los padres predice, incluso mejor que la depresión, la propensión suicida de los adolescentes (STIVERS, 1988).

TOPOL Y REZNIKOFF (1982) afirman que los adolescentes

---

[117] El estilo conductual externo se caracteriza por comportamientos tales como agresiones, riñas, peleas, etc. El estilo conductual interno corresponde a tendencia a retirarse de la relación social, a autoculparse y autocastigarse (MICHALICK-BONNER Y RICH, 1990).

suicidas perciben a sus familias como desajustadas, los pacientes no suicidas como algo desajustadas y los adolescentes del grupo control como bien ajustadas. Los adolescentes suicidas carecen de confidente en mayor proporción que los no suicidas, y esto es así sobre todo para el sexo femenino [118]. STANSBURY (1985) comprueba que los adolescentes suicidas califican la cohesión familiar, el nivel de comunicación padres-hijos en términos más negativos que los niños no suicidas.

Parece que los suicidas perciben como portadores de apoyo a un menor número de personas que los no suicidas (KING, RASKIN et al., 1990). Además, la mayoría de los suicidas califican menos frecuentemente como personas de confianza a miembros de su familia. PRONOVOST et al. (1990) coinciden en que los suicidas se diferencia de los no suicidas en la ausencia de una persona de confianza en la propia familia.

La investigación de WOZNICA Y SHAPIRO (1990) confirma que la percepción de sí mismo en relación a la familia como persona "no querida" o como un estorbo es un factor que contribuye a la realización de un intento de suicidio.

---

[118] La presencia de un confidente se ha considerado en ocasiones un indicador de apoyo social estructural. Sin embargo, se puede relacionar con la percepción subjetiva del apoyo social funcional, ya que una persona tiene que percibir que alguien es de confianza y que le puede brindar ayuda emocional para considerarlo su confidente.

El hallazgo de que los suicidas tienen con menor frecuencia una persona de confianza confirma la teoría de la soledad de WEISS (1974), que defiende la necesidad de las relaciones de intimidad para el bienestar del ser humano.

RUDD (1990) corrobora la importancia del apoyo familiar en la aparición de conductas suicidas. Los suicidas perciben de sus amigos un alto apoyo, no así de los miembros de su familia. El autor interpreta estos resultados diciendo que las relaciones entre los amigos no pueden suplir la necesidad de apoyo familiar y, por ello, a pesar del apoyo de los iguales, se desarrollan conductas no deseables.

En definitiva, la percepción del funcionamiento familiar es un factor importante en la conducta suicida recurrente (KEITNER, MILLER et al., 1987 y KEITNER, RYAN et al., 1990) . Los dos puntos del funcionamiento que más se relacionan con el suicidio son el Funcionamiento Familiar General y la Capacidad para Resolver Problemas. El primero incluye aspectos tales como disponibilidad de apoyo y aceptación por parte de los miembros de la familia. El segundo se refiere a la capacidad de la familia para resolver problemas. Los suicidas perciben el funcionamiento de su familia más negativamente que los no suicidas. Además, los suicidas perciben a su familia más negativamente que el resto de los miembros de su propia familia.

Además del apoyo familiar, el apoyo y la aceptación proveniente de los "iguales" son importantes como factores de riesgo de la conducta suicida (CRESPI, 1990). Tanto el apoyo familiar como el apoyo de los amigos, correlacionan negativamente con ideación suicida en los muchachos adolescentes (TOVES, 1987). En las adolescentes en cambio, la variable con

más peso corresponde al apoyo familiar percibido.

ARCEL, MANTONAKIS et al. (1991) comprueban que la mayoría de las mujeres de edades comprendidas entre 15 y 45 años que intentan suicidarse describen las relaciones con sus maridos o novios como poco satisfactorias.

Los estudios realizados para medir la relación entre el apoyo social percibido y la conducta suicida llevan a la conclusión de que la percepción que el sujeto tenga de sus relaciones, sobre todo en el seno familiar es un aspecto a tener en cuenta al estudiar tendencias suicidas. Los suicidas, en general, perciben más negativamente a su familia que los no suicidas y tienen menos personas en las que confiar y de las que esperar apoyo y estima. Sería interesante comprobar si estas percepciones están relacionadas con el funcionamiento real de la familia o si están vinculadas a las características personales del propio sujeto.

IV.1.2.3.- SOLEDAD Y COMPORTAMIENTO SUICIDA

El sentimiento de soledad y abandono [119] se ha asociado frecuentemente con el comportamiento suicida y con variables relacionadas con él (SHAPIRO Y FREEDMAN, 1987; BUIE Y MALTSBERGER, 1989). Teniendo en cuenta que la adolescencia es el grupo de edad que más soledad experimenta (HAFEN Y FRANDSEN, 1986), es importante tener en cuenta este aspecto y estudiar su relación con el suicidio, si lo que se intenta es una prevención eficaz.

El adolescente tiene que enfrentarse a una serie de cambios en sus relaciones con los demás debido a las diversas modificaciones evolutivas que conlleva esta etapa. Se produce una pérdida de la identidad infantil, una pérdida del vínculo de unión paternal, así como una mayor conciencia se sí mismo como ente separado; aparecen necesidades de relaciones heterosexuales, como consecuencia de la maduración emocional y psicológica (HAFEN Y FRANDSEN, 1986).

La soledad en la adolescencia va acompañada de baja

---

[119] Ya se ha comentado anteriormente que la vivencia de soledad se puede equiparar a la experiencia global del sujeto de no disponer de apoyo social emocional ni de aceptación, amor, comprensión, etc, por parte de los miembros del entorno inmediato. La diferenciación en la presentación de los estudios que relacionan este tipo de vivencias con la conducta suicida se ha realizado en base a los instrumentos utilizados en los estudios. En este apartado se recogen los estudios que miden si el sujeto, en general, se siente solo, sin ayuda. En el apartado del apoyo social percibido se recogen estudios que evalúan cómo percibe el sujeto a determinadas personas o instancias de su entorno en su funcionamiento general o como proveedores de ayuda y apoyo.

autoestima, con sentimientos de impopularidad y de falta de atracción personal; pasividad a la hora de organizar actividades en el tiempo de ocio; timidez; falta de interés por los demás. HAFEN Y FRANDSEN (1986) entienden el suicidio como un modo equivocado de escapar de la soledad:

> *"... es sólo una de las formas inapropiadas o destructivas que los adolescentes usan con frecuencia para afrontar la soledad. Otras formas autodestructivas pueden ser: venerar a ciertos famosos ...; disminuir el deseo de relaciones interpersonales ...; negar que la soledad existe ...; utilizar formas alternativas de escapar, como tomar drogas o alcohol ..." (HAFEN Y FRANDSEN, 1986: 102)*

BONNER Y RICH (1987) miden la relación de una serie de variables con el suicidio. Un análisis factorial agrupa la soledad con la depresión, la incapacidad percibida para resolver problemas personales y la desesperanza. Este factor, denominado Alienación Socio-emocional aparece como un predictor potente y estable de la conducta suicida, desde un nivel moderado de ideación suicida hasta un nivel alto de ideación e, incluso, hasta el intento de suicidio. Los autores obtienen las siguientes conclusiones:

> *"... los sentimientos de soledad y depresión pueden interferir con la habilidad del sujeto para establecer relaciones satisfactorias y estables ... Como consecuencia, los individuos aislados pueden ser incapaces de conseguir apoyo ... en situaciones de estrés y problemáticas y, por consiguiente, percibirse a sí mismos como ineficaces e indefensos. El individuo puede, entonces, correr el riesgo de aumentar sus sentimientos de aislamiento, depresión y desesperanza y, con ello, aumentar las probabilidades de que aparezcan pensamientos de suicidio." (BONNER Y RICH, 1987: 59).*

RICH Y BONNER (1987a) confirman en otro estudio realizado con estudiantes universitarios que la soledad es un predictor del pensamiento concurrente de suicidio. BONNER Y RICH (1988a) concluyen que la Alienación Socio-emocional predice también la ideación suicida futura; cada uno de los factores predictores pueden aumentar el riesgo de ideación suicida por sí mismos. Encuentran que este factor junto con otros factores predictores combinan su efecto con el estrés situacional, pero no interactúan, para predecir los pensamientos de suicidio.

Posteriormente, en una investigación realizada con presos, estos mismos autores (BONNER Y RICH, 1989) concluyen que aquellos encarcelados que presentan pensamientos de suicidio tienen tendencia a sentirse solos.

RICH, KIRKPATRICK-SMITH et al. (in press) y KIRKPATRICK-SMITH, RICH et al. (in press) no confirman el valor de la soledad como predictor de pensamientos suicidas en chicos y chicas adolescentes, más allá del valor predictivo de otras variables. En su estudio los adolescentes declaran sentirse más solos que las adolescentes, aunque en ninguno de los grupos la soledad contribuye a la predicción de la conducta suicida, aunque sí está correlacionada con ella.

Además de los numerosos estudios que investigan la relación de la soledad con los comportamientos suicidas, existen otros datos referidos a

la relación de la soledad con otras variables que, a su vez, se relacionan de un modo importante con el suicidio. Estas variables son, por ejemplo, la depresión y la desesperanza.

Se ha comprobado que pacientes depresivos declaran más nivel de soledad que los estudiantes extranjeros de una Universidad Americana (HSU et al., 1986). Los autores concluyen que la soledad emocional es un componente de la depresión más importante que la soledad social [120].

Los datos de un estudio de RICH Y BONNER (1987b) apuntan que la ecuación lineal compuesta por la soledad, la autovaloración de la capacidad para resolver problemas, la cohesión familiar y el estrés explican una porción de varianza de depresión (43 %). La soledad y la autovaloración de la efectividad personal para resolver problemas tienen efectos directos en la depresión. Además, estos dos factores interactúan junto con la cohesión familiar percibida con el estrés para explicar la depresión.

Otro estudio de RICH Y BONNER (1989) descubre que la depresión entre estudiantes universitarios se puede predecir en gran medida (65 %) por factores tales como la soledad, los pensamientos irracionales, y los altos niveles de estrés. Aunque todos los factores tienen efectos directos en la depresión, la única interacción significativa que aparece es la interacción

---

[120] Recuérdese la clasificación de la soledad realizada por WEISS (1973).

entre la soledad y el estrés. Se puede concluir, entonces, al respecto de la soledad que:

> *"... parece interactuar con el estrés o aumentar la vivencia de estrés." (RICH Y BONNER, 1989: 430).*

Una investigación de RICH Y SCOVEL (1987) realizada entre estudiantes universitarios indica que las tres variables que más se relacionan con la depresión son el neuroticismo, la soledad y la desconfianza de los demás. Estas variables explican un 49 % de la varianza de depresión. Según estos autores, los resultados sugieren que ...

> *"... las relaciones entre neuroticismo y depresión y entre desconfianza con respecto a los demás y depresión se realiza a través de la soledad." RICH Y SCOVEL (1987: 29).*

Además de las investigaciones que relacionan la soledad con el suicidio y con la depresión, existen varias aportaciones al estudio de la relación entre la soledad y la desesperanza, variable que, al igual que la depresión, se ha visto muy vinculada al suicidio.

BONNER Y RICH (1991a) en un estudio realizado entre estudiantes universitarios encuentran que el factor de Alienación Emocional -formado por depresión y soledad- y los factores de distorsiones cognitivas y deficiencias de recursos adaptativos predicen nivel de vulnerabilidad a

experimentar desesperanza en situación de estrés. Realizan dos mediciones en momentos diferentes y descubren que los factores hipotéticos de vulnerabilidad medidos en el primer momento interactúan con el estrés en el segundo momento, para explicar la desesperanza. Los factores interactúan unos con otros para aumentar la vulnerabilidad a la desesperanza.

BONNER Y RICH (1991b) llevan a cabo una investigación con población reclusa y concluyen que la percepción de sí mismo como individuo sólo y aislado constituye un factor de vulnerabilidad a la desesperanza, junto con otros factores como la autovaloración negativa de la capacidad para resolver problemas o la falta de recursos adaptativos.

La inmensa mayoría de los estudios llevados a cabo para investigar la relación de la soledad con el suicidio muestran que la soledad está vinculada a la conductas suicidas y que tiene efectos sobre ella o sobre variables directamente relacionadas con ella. En unos casos se encuentra que la soledad interactúa con el estrés en la explicación de la conducta suicida, en otros casos parece tener efectos directos y, por último, en ciertas ocasiones se le atribuyen tanto efectos directos como indirectos.

A nivel general, en función de lo dicho hasta aquí sobre las relaciones del apoyo social y de la soledad con el suicidio, Se concluye que tanto la calidad de las relaciones interpersonales que mantiene el sujeto como

la percepción que el sujeto tenga de dichas interrelaciones juegan un papel importante en la aparición de conductas suicidas. En los adolescentes, la soledad es una vivencia muy generalizada, que se podría subsanar, en cierta medida, a través del apoyo familiar y relaciones familiares adecuadas. Con ello se daría un paso más en la prevención de las conductas suicidas en los adolescentes.

Una vez realizada y expuesta la revisión teórica en torno a la soledad, y a sus relaciones con otras variables y con la conducta suicida, se procede a exponer otra de las hipotéticas características del "estado mental suicida". A saber, el autoconcepto.

IV.2.- AUTOCONCEPTO Y CONDUCTA SUICIDA

Como se explica en otra parte de este trabajo, la depresión supone tres características cognitivas esenciales. A saber, una visión negativa del mundo, del futuro -desesperanza- y de sí mismo -autoestima-. De éstas, la desesperanza es un aspecto importantísimo cuando se intenta explicar la conducta suicida.

No se puede ignorar, sin embargo, que la imagen que una

persona tenga de sí misma puede ser una variable influyente en el bienestar emocional y, por lo tanto, importante al considerar la posibilidad de autodestruirse o dañarse. Si además se tiene en cuenta que este estudio se lleva a cabo en una población adolescente, la potencial importancia del autoconcepto aumenta considerablemente:

> *"A la inversa, aquellos que cuentan con una autoestima más alta tienen menos probabilidad de padecer algún tipo de síntomas somáticos que los que tienen una autoestima más baja." (RICE, 1978: 220)*

No es objetivo de este trabajo el presentar una revisión teórica exhaustiva de las diferentes aportaciones al estudio del autoconcepto realizadas hasta nuestros días (BURNS, 1979; WYLIE, 1974, 1979; OÑATE, 1989; L'ECUYER, 1985). En los subapartados siguientes se va a presentar un marco teórico conceptual general, por un lado, del autoconcepto y de la importancia que toma dicha variable en el período evolutivo adolescente y, por otro, de la relación de esta variable con la conducta suicida.

Ha existido una tendencia a diferenciar el autoconcepto y la autoestima en función de la preponderancia de lo cognitivo en el primero y de lo valorativo en el segundo (OÑATE, 1989). Sin embargo, a lo largo de esta exposición, se utilizan indistintamente ambos términos, ya que se considera, de acuerdo con SHAVELSON et al. (1976), que el autoconcepto tiene tanto un aspecto descriptivo como evaluativo y valorativo. Estos autores no han hallado

apoyo suficiente, ni conceptual ni empírico para la distinción entre autoconcepto y autoestima (ELEXPURU Y GARMA, 1992b: 39). VILLA Y AUZMENDI (1992) coinciden en este sentido y consideran el autoconcepto en términos valorativos:

> *"El autoconcepto es la actitud valorativa que un individuo tiene hacia sí mismo, hacia su propia persona. Es la estima, los sentimientos, experiencias o actitudes que la persona desarrolla hacia su propio yo." (VILLA Y AUZMENDI, 1992: 13)*

IV.2.1.- EL AUTOCONCEPTO. APROXIMACION TEORICA

El autoconcepto es un término que ha tomado gran interés tanto en la Psicología como en la Educación, Sociología y la Filosofía (VILLA, 1992a).

EL autoconcepto ha sido considerado de muy diferentes maneras en las distintas escuelas psicológicas. Las dos teorías tradicionales básicas en el estudio del autoconcepto han sido el interaccionismo simbólico y la fenomenología, y la psicología humanista.

El interaccionismo simbólico, con COOLEY (1902) y MEAD (1934) como principales representantes, considera que el autoconcepto es consecuencia de las evaluaciones que hacen las personas de su entorno:

"El individuo se ve reflejado en la imagen que le ofrecen los otros, como si estos fueran un espejo. Llega a ser lo que los demás piensan que él es. (VILLA Y AUZMENDI, 1992: 16)

El enfoque fenomenológico (SNYGG Y COMBS, 1949) se centra en la dimensión personal del autoconcepto más que en la dimensión social:

"La tesis fundamental del enfoque fenomenológico es que la conducta no sólo está influida por las percepciones presentes y pasadas, sino por la interpretación personal que cada individuo hace de su percepción de tales experiencias."(BURNS, 1979: 30)

Desde esta perspectiva, el individuo percibe solamente aquello que no le supone conflicto con ideas y situaciones incompatibles:

"El autoconcepto actúa a modo de una pantalla protectora, cuya permeabilidad está determinada por la historia evolutiva individual y por la naturaleza del entorno relativo a la persona." (BURNS, 1979: 31).

Esta concepción ha tenido una gran influencia en la psicología humanista posterior (ELEXPURU Y GARMA, 1992a) con ROGERS (1951) como principal representante. Según esta teoría, la aceptación del sí mismo es la base de la madurez emocional:

"En la base de este enfoque, está la idea de que si una persona es capaz de aceptarse a sí misma, crecerá hacia una mayor madurez emocional y no necesitará tanto de los mecanismos de defensa." (ELEXPURU Y GARMA, 1992a: 19)

Estas dos perspectivas, el interaccionismo simbólico y la fenomenología, van a dar lugar en la actualidad a los dos enfoques existentes desde la consideración fenomenológica o fenomenal del autoconcepto. A saber, el enfoque social y el enfoque individualista, respectivamente.

ELEXPURU Y GARMA (1992b) hablan de tres grandes bloques de tendencias teóricas de investigación. El primero de ellos es el ya mencionado fenomenológico, el segundo grupo lo constituyen las teorías tendentes a estudiar la validación del constructo "autoconcepto", y el tercero y último grupo formado por el enfoque cognitivo.

El enfoque fenomenal o fenomenológico se centra en el modo en que el sujeto se percibe a sí mismo y percibe los acontecimientos. Dentro de esta orientación se incluyen, como ya sabemos, dos tipos de enfoques (L'ECUYER, 1985): el enfoque social y el enfoque individualista.

El enfoque social, cuyo antecedente teórico se encuentra en el interaccionismo simbólico, está representado fundamentalmente por GORDON (1968) RODRIGUEZ TOME (1972) y ZILLER (1973), autores que son, sucesivamente más "sociales" en su consideración del autoconcepto:

> *"Estos tres modelos se sitúan así dentro de la continuidad siguiente: desde la percepción de sí mismo bajo la perspectiva del prójimo (Gordon) a la percepción de sí mismo indisociable del prójimo (Rodríguez Tomé), a la percepción de sí mismo y de su funcionamiento casi enteramente*

condicionado por el prójimo (Ziller). (L'ECUYER, 1985: 58)

El enfoque individualista, con la orientación fenomenológica tradicional como antecedente teórico, se apoya sobre el postulado del predominio de la percepción del individuo sobre la realidad básica. Está representado por BUGENTAL (1949, 1964), SUPER (1963) y L'ECUYER (1975), éste último con la propuesta de un modelo integrado que plantea la multidimensionalidad y la jerarquización del concepto de sí mismo.

Los modelos de validez de constructo se centran principalmente en cuestiones metodológicas relacionadas con el constructo:

"... se propone dar respuesta a los problemas referentes a la definición y marco de referencia conceptual, poniendo especial énfasis en la metodología empleada." (ELEXPURU Y GARMA, 1992b: 37)

ELEXPURU Y GARMA (1992b) recogen la clasificación de BYRNE (1984), según la cual se pueden distinguir cuatro modelos teóricos del autoconcepto: la posición nomotética, que entiende el autoconcepto como un fenómeno unitario (ROSENBERG, 1965); el modelo jerárquico, que defiende que las distintas facetas del autoconcepto se pueden clasificar de un modo jerárquico (SHAVELSON et al., 1976); el modelo taxonómico, que afirma que las facetas del autoconcepto pueden ser relativamente independientes entre sí a la vez que defienden la existencia de un factor básico general (SOARES Y

SOARES, 1983); y, por último, el modelo compensatorio, que es partidario de la noción de una faceta general de autoconcepto, pero propone que las facetas específicas están inversamente relacionadas (WINNE Y MARX, 1981).

En la actualidad, se afirma casi unánimemente la naturaleza multifacética del autoconcepto, aunque no hay tanto acuerdo en relación a la especificidad y a la estructuración las facetas que componen el sí mismo (ELEXPURU Y GARMA, 1992b) y se reconoce al modelo de SHAVESON et al. (1976), así como a sus revisiones, el más probado empíricamente.

La perspectiva cognitiva entiende el concepto de sí mismo como un regulador y mediador de la conducta:

> *"Una buena parte de los estudios centrados en la regulación o control de las propias acciones implica, al menos implícitamente, el autoconcepto, más específicamente su componente dinámico, representativo de la potencialidad del sí mismo." (ELEXPURU Y GARMA, 1992b: 46)*

Para la comprensión del papel del autoconcepto en las conductas concretas se habla de las metas como componentes del sí mismo. Desde esta perspectiva, la conducta se inicia para reducir la discrepancia percibida entre el sí mismo y el modelo de referencia y finaliza cuando la discrepancia desaparece; esto habla en favor de una función autorreguladora de la conducta por parte del sí mismo.

ELEXPURU Y GARMA (1992b) destacan tres funciones principales en el autoconcepto: como mediador en el proceso de información social, como regulador del afecto o defensor de estados emocionales negativos y, finalmente, como fuente de motivación.

Al considerar las funciones del autoconcepto, se puede comprender la inclusión del mismo en la investigación que nos ocupa, referida a la problemática adolescente relacionada con el pensamiento de suicidio.

El modo en que el autoconcepto cumpla su función de regular los afectos y de motivar es importante para explicar las expectativas futuras que tiene una persona respecto a sí mismo. Así, un bajo autoconcepto con las conllevadas expectativas vagas y negativas, la presencia de afectos negativos y una carencia de metas personales son factores que pueden favorecer la depresión y el pensamiento de suicidio.

Por otra parte, se ha probado empíricamente, que la depresión actúa negativamente sobre el autoconcepto, dado que provoca una visión negativa de sí mismo en el sujeto que dificulta la consideración de sí como alguien valorable. ROSENBERG et al. (1989) comprueban una relación causal bidireccional entre la autoestima y la depresión.

Nos servimos de las conclusiones de ELEXPURU Y GARMA

(1992b) para resumir las aportaciones de los tres enfoques actuales al estudio el autoconcepto:

> *"En cuanto a los modelos fenomenales, permiten un contacto más estrecho con los contenidos perceptuales y así a través de análisis cualitativos intentan sistematizar y estructurar la información sobre el sí mismo, identificando sus elementos, relaciones e interrelaciones y sus niveles de organización y generalización. De esta manera no se pierde la riqueza del análisis de los contenidos, por pretender una cuantificación demasiado rápida."(ELEXPURU Y GARMA, 1992b: 56)*

> *"Los métodos de validez de constructo suponen una aportación constructiva a la investigación del autoconcepto, ya que mediante una mayor operacionalización posibilitan un análisis más profundo de las dimensiones de nuestro objeto de estudio, alcanzando así un mayor conocimiento sobre la estructura interna y también sobre sus relaciones con otros constructos y variables del comportamiento." (ELEXPURU Y GARMA, 1992b: 56)*

> *"Los modelos cognitivos proporcionan definiciones operacionales de la estructura y contenidos del autoconcepto, que hacen posible explorar el funcionamiento del sí mismo como regulador y mediador de la conducta." (ELEXPURU Y GARMA, 1992b: 56)*

En todo caso, las tres tendencias parecen coincidir en la consideración del autoconcepto como un fenómeno dimensional, de estructura dinámica implicado en todos los aspectos del proceso de interacción social. Se afirma, asimismo, la posibilidad de intervención sobre él a través de la

educación y las relaciones [121].

IV.2.2.- EL AUTOCONCEPTO EN LA ADOLESCENCIA

El modelo evolutivo u ontogénico del autoconcepto presentado por L'ECUYER (1985) defiende que el autoconcepto tiene unas características específicas en cada período de vida. El autor propone seis etapas de desarrollo del autoconcepto: la emergencia de sí mismo (de los 0 a los 2 años), la confirmación del sí mismo (de los 2 a los 5 años), la expansión del sí mismo (de los cinco a los 10-12 años), la diferenciación del sí mismo (adolescencia, de los 10-12 a los 15-18), la madurez adulta (de los 20 a los 60 años), la edad avanzada (de 60 años en adelante).

Durante las primeras etapas de su vida y hasta la adolescencia, el niño ha aprendido a distinguir el "yo" del "no yo" a través de la imagen corporal e intercambios vocales, a adquirir cierto sentimiento de autonomía a través del negativismo y el lenguaje, y a expandir el sí mismo con ayuda de la incorporación al mundo escolar. A través de un mayor campo experimental el autoconcepto se hace más rico y realista.

---

[121] En relación a las posibilidades de intervención ELEXPURU (1992) ha probado el éxito de un programa de intervención dirigida a la mejora de distintas facetas del autoconcepto en niños de ocho a once años. GARMA (1992), por su parte, comprueba que el autoconcepto académico de los alumnos de ciclo superior es asimismo modificable a través e un programa de intervención.

Las circunstancias que rodean la adolescencia obligan a una diferenciación del propio sí mismo:

> *"La maduración, la acumulación de experiencias cada vez más numerosas, y la proximidad de la vida y de las responsabilidades adultas, obligan a una formulación más completa de sí mismo, a una búsqueda de diferenciación altamente matizada para desembocar a un concepto de sí mismo auténticamente personalizado, a la convicción de una identidad propia." (L'ECUYER, 1985: 125)*

L'ECUYER (1985) expone varios factores implicados en el proceso de reformulación y de diferenciación del concepto de sí mismo. En primer lugar, la maduración física supone una serie de transformaciones corporales. A medida que se van produciendo dichas transformaciones el adolescente debe llegar a aceptarlas e integrarlas para adaptarse de forma adecuada a su propio sexo y al opuesto. La integración de la imagen corporal contribuye a la afirmación del sentimiento de identidad y a la valoración de sí mismo.

En segundo lugar, aumenta la presión académica, como preparación de un porvenir en un mundo cada vez más competitivo. Esta circunstancia obliga al adolescente a realizar una identificación más precisa de sus capacidades y aptitudes.

Por último, la necesidad de autonomía personal se ve reflejada en el esfuerzo realizado por el adolescente par distinguirse de sus padres a

través de unos modos de pensar y de comportarse personalizados y diferenciados de los padres.

Sin embargo, en el proceso de diferenciación de los padres y adultos se produce un vacío en el sí mismo, todavía no formado, del adolescente. Esta indeterminación de los papeles, obliga al adolescente, en el proceso de búsqueda del sí mismo, a identificarse intensa, aunque temporalmente con los iguales.

A lo largo de la adolescencia debe irse dando una diferenciación progresiva del sí mimo en relación a los "otros". Este proceso no está exento de dificultades. La ambivalencia y las fluctuaciones en torno al sí mismo son considerables en este período y, aunque necesarias, son dolorosas para el adolescente:

> *"Estas son las reformulaciones que, numerosas e incesantes a esos niveles del concepto de sí mismo, permitirán al adolescente la progresiva consecución de un sí mismo más estable, más coherente y más afianzador, debido a su mayor personalización." (L'ECUYER, 1985: 127)* (122)

KONOPKA (1983) afirma que la independencia emergente, la reevaluación de los valores, y la madurez sexual en la pubertad coloca al

---

(122) No se puede considerar, sin embargo, que el concepto de sí mismo sea una realidad inmutable a partir de los 20 años. Más bien al contrario, se puede comprobar que el autoconcepto sigue teniendo ciertas modificaciones en función de las experiencias vividas y del propio desarrollo.

adolescente en un estado de vulnerabilidad y fragilidad de la propia imagen que, unido a las exigencias que la sociedad tiene para con este grupo de población, puede desembocar en un sentido de infravaloración e inutilidad personal.

La presencia en la adolescencia de tantas fluctuaciones en el desarrollo y valoración del sí mismo, en función de las experiencias vividas, sugiere la importancia que distintas personas e instancias adquieren en la formación del autoconcepto en este período: padres, profesores, iguales...

Así, por ejemplo, MARROQUIN (1992) hace hincapié en la importancia que tiene el comportamiento del profesor con los alumnos sobre la autoestima de estos últimos. Tres son las destrezas de los profesores que favorecen el desarrollo de una autoestima positiva en los alumnos. La primera habilidad es la atención al alumno que se entiende:

> *"...no sólo como una muestra de interés real por el mismo, sino también y al mismo tiempo, como un medio de recibir el «feed-back», verdaderamente importante, de la efectividad de la experiencia de aprendizaje." (MARROQUIN, 1992: 74)*

En segundo lugar se cita, como otra destreza, la personalización:

> *"... supone una penetración en las percepciones del estudiante en orden a establecer metas que partan de su propio ángulo de referencia." (MARROQUIN, 1992: 76)*

Por último, la iniciación constituye la tercera habilidad deseable en el profesorado, en pro de favorecer el desarrollo de la autoestima del estudiante:

> *"... el proceso que ayuda a operacionalizar la meta personalizada del alumno, al mismo tiempo que a desarrollar los pasos y esfuerzos necesarios para conseguirla." (MARROQUIN, 1992: 76)*

Por su parte y, también desde el ámbito educativo, VILLA (1992b) comprueba a través de un estudio empírico realizado en una muestra de niños de EGB que el autoconcepto académico se genera en un clima altamente instruccional, regulativo (altamente organizado) y con expectativas elevadas. El autoconcepto social, en cambio, se desarrolla más en un contexto interpersonal y menos regulativo o disciplinar.

En resumen, la adolescencia lleva implícita una serie de cambios que deben ser integrados por el adolescente en su autoconcepto. Se reconoce la importancia de los padres, de los compañeros, la familia, el colegio y los profesores en el desarrollo adecuado de la identidad personal.

IV.2.3- RELACIONES DEL AUTOCONCEPTO CON LA CONDUCTA SUICIDA

La valoración y el concepto que uno tenga de sí se han visto relacionados con la conducta autodestructiva en muchas investigaciones y ha sido reconocido por numerosos estudiosos del tema. BARRY (1989), por ejemplo, incluye la baja autoestima entre las distintas variables psicológicas que caracterizan la personalidad suicida [123]. Asimismo, RANGE (1990) en una extensa revisión de la literatura sobre el suicidio en jóvenes cita la baja autoestima como una característica de personalidad que diferencia a las personas suicidas de las no suicidas.

KAPLAN Y POKORNY (1976) concluyen en su estudio que las conductas suicidas son respuestas a la experiencia de "autoactitudes negativas" vivida en un pasado reciente [124]. En cambio, los autores encuentran que cuando las experiencias de autorrechazo y autodesprecio se han vivido en un pasado remoto, la clase social y el sexo influyen en la aparición o no de la conducta de suicidio, siendo más vulnerables a la

---

[123] Además de esta variable, el autor incluye otras características psicológicas de los suicidas como son el exceso de culpa o vergüenza, sentimientos de aislamiento, desesperanza, sentido de fracaso o incompetencia, visión de "túnel", pocas habilidades para la resolución de problemas y modelos de respuesta rígidos.

[124] Los autores entienden por auto-actitudes *"el componente afectivo de autorrespuestas, esto es, las respuestas emocionales de la persona a sus percepciones y evaluaciones de sus propias características y conductas."* (KAPLAN Y POKORNY, 1976: 25)

autodestrucción las mujeres de clase social alta :

> *"En resumen, los datos son congruentes con la conclusión de que, sin tener en cuenta el modo de conducta suicida o subgrupo según sexo y nivel socioeconómico, las conductas suicidas son respuestas a la experiencia de autodesprecio en un pasado reciente. Sin embargo ... los sujetos de clase social más alta (particularmente las mujeres) son más proclives a responder (activamente) a un sentimiento desagradable con respecto de sí mismo vivido en un momento lejano en el tiempo ..." (KAPLAN Y POKORNY, 1976: 34)*

Estos resultados llevan a los autores a concluir que:

> *"... los modelos suicidas son respuestas a autoactitudes negativas como un intento de evitar posteriores experiencias de autodevaluación, de atacar las bases de auto-rechazo de uno mismo o de evocar respuestas de auto-ensalzamiento sustitutivas." (KAPLAN Y POKORNY, 1976: 34)*

Siguiendo a FIRESTONE Y SEIDEN (1987) se utiliza el término "microsuicidio" para referirse a conductas que no son amenazantes para la vida pero que son perjudiciales para el sujeto:

> *"... aquellas conductas, comunicaciones, actitudes o estilos de vida que son autoprovocados y que amenazan, limitan o son contrarias a la salud física del individuo, al bienestar emocional o a la consecución de las metas personales." (FIRESTONE Y SEIDEN, 1987: 31)*

Pues bien, estos autores opinan, desde una perspectiva psicoanalítica, que el microsuicidio y las conductas autodestructivas derivan de las actitudes negativas hacia sí mismo que el niño asume en un período

temprano del desarrollo y que surge de la introyección de las actitudes paternales de rechazo:

> *"Las conductas de autonegación y autodestructivas se derivan de sentimientos fuertes de aversión y actitudes negativas hacia sí mismo que incorpora el niño en un momento temprano del desarrollo. Sentimiento de inutilidad, pensamientos de autocrítica... que caracteriza ciertos tipos de estados depresivos son controlados o influidos fuertemente por un proceso de pensamiento negativo conocido como la «voz». Esta «voz» parcialmente consciente representa la introyección de los pensamientos y actitudes de rechazo, tanto manifiestas como ocultas, de los padres respecto de su hijo." (FIRESTONE Y SEIDEN, 1987: 32)*

Relacionado con el autoconcepto pero vinculado al desarrollo aparece el término "la identidad del yo". BAR-JOSEPH Y TZURIEL (1990) miden la identidad del yo como compuesta por varios factores: el compromiso y propositividad, la solidez y continuidad, el reconocimiento social, la significatividad, la identidad física, el autocontrol y la autopercepción como algo genuino. Los adolescentes suicidas puntúan sistemática y significativamente menos en todos los factores de la escala, excepto en el aspecto del compromiso y propositividad. De ello se puede concluir que una consolidada identidad del yo provee al individuo de una fuerza interior contra la ideación suicida.

Se habla de tres modos de autodestrucción que se pueden perfilar en los seres humanos (BAUMEISTER Y SCHER, 1988): la autodestrucción primaria, en la que la persona preve y desea el daño;

"tradeoffs", en los que el daño es previsto pero no deseado; y, por ultimo, las estrategias contraproducentes, en las cuales el daño no es previsto ni deseado. Pues bien, estos autores afirman que la autoestima se relaciona con estas formas autodestructivas:

> *"... la autoestima y la estima pública están implicadas en muchos de los modelos de conducta autodestructiva. La gente se hace autodestructiva como un medio de proteger y ensalzar el sí mismo." (BAUMEISTER Y SCHER, 1988: 16)*

Por otro lado, BAUMEISTER (1990) en un artículo titulado "Suicidio como escape del sí mismo" defiende que las personas con tendencias suicidas tienen un concepto de sí mismo negativo, no acorde con su ideal del yo:

> *"Entonces, el suicidio se ha asociado con consideraciones negativas de sí mismo y, especialmente con los cambios hacia unas consideraciones más negativas de sí mismo, lo cual implica atribuciones recientes desfavorables sobre el sí mismo. Los datos de diversas investigaciones sugieren que las personas suicidas frecuentemente tienen unas expectativas mucho más altas que las de la mayoría de la gente, lo cual provoca que los fallos propios se perciban de una forma muy aguda y que el sí mismo se perciba como inútil o sin valor." (BAUMEISTER, 1990, 96)*

Fácilmente se puede comprender entonces, que BAUMEISTER (1990) entienda el suicidio como un " escape de sí mismo", en el sentido de que el sujeto mediante el suicidio pretende escapar de un autoconocimiento negativo y de los afectos, también negativos, que este conocimiento de sí

genera.

La "teoría del escape" propuesta por este autor presenta seis etapas hasta la consecución de la conducta autodestructiva. En primer lugar, unas severas experiencia cuyas soluciones están muy por debajo de lo esperado; segundo, se hacen atribuciones internas de estas decepciones y se culpa al sí mismo; tercero, un estado aversivo de autoconocimiento que proviene de comparar el sí mismo con otros modelos relevantes; cuarto, surgen afectos negativos fruto de estas comparaciones; quinto, la persona responde a este estado de infelicidad intentando escapar de pensamientos significativos, buscando un estado de "deconstrucción mental"; sexto, una de las consecuencias de este estado mental deconstruido es la reducción de la inhibición, lo cual puede contribuir al deseo de intento de suicidio.

> *"El suicidio, entonces, emerge como un aumento del deseo de la persona de escapar del conocimiento significativo de los problemas de la vida actual y de sus implicaciones sobre el sí mismo." (BAUMEISTER, 1990: 91)*

Con las palabras de este autor se presenta la posible interrelación entre los problemas que ocurren en el transcurso de la vida y la autoestima en lo que se refiere a la conducta suicida: las circunstancias negativas de la vida, si no son afrontadas de un modo eficiente, pueden llevar al sujeto a culparse y a tener un conciencia de sí negativa que le lleve al suicidio, como medio para escapar de esa situación de rechazo de lo que conoce del sí mismo.

BONNER Y RICH (1988b) no se distancian de las opiniones de BAUMEISTER, al concluir que el autodesprecio de la capacidad del sujeto para resolver problemas y su interacción con el estrés son predictores de la desesperanza, una de las variables que más se ha relacionado con suicidio. La interacción entre percibirse a sí mismo como ineficaz para resolver los problemas y el estrés predicen en muy alta medida la desesperanza.

Este resultado coincide parcialmente con los resultados de un estudio realizado previamente por ASARNOW et al. (1987) en el que se prueba que la depresión y la desesperanza en los niños se relaciona negativamente con la puntuación en autoestima y en competencia cognitiva percibida. Sin embargo, estos autores no encuentran relación significativa entre el grado de conducta suicida y las medidas de competencia percibida.

En diversas investigaciones se ha comprobado que los sujetos que declaran sentirse inseguros al resolver problemas muestran más desesperanza y pensamientos de suicidio que los que se declaran más seguros (DIXON et al., 1991 y SIMONDS et al., 1991). Asimismo, parece que la depresión y el desprecio hacia sí mismo pueden llevar a una carencia de propósito en la vida que podría conducir al pensamiento de suicidio y/o a consumo de drogas (HARLOW, NEWCOMB Y BENTLER, 1986).

OVUGA Y MUGISHA (1990) diseñan una escala para la medición

de la probabilidad de suicidio y encuentran que la falta de autoestima, el pensamiento de suicidio y la falta de apoyo social, son los tres factores con relevancia clínica para detectar la tendencia al suicidio. FIRESTONE Y SEIDEN (1990) incluyen la baja autoestima y las actitudes negativas hacia sí mismo, como signos significativos de tendencia a la destrucción.

Centrándonos en la población escolar, se ha comprobado que la disparidad entre la importancia concedida al rendimiento escolar y el rendimiento escolar real está ligado con la ideación suicida a través de variables intervinientes como la autoestima, el uso de alcohol, etc (DUKES Y LORCH, 1989).

Los resultados de la investigación indican que los sujetos que tienen pensamientos de desprecio hacia sí mismos, mejoran su estado depresivo y disminuyen sus tendencias de suicidio tras recibir una terapia cognitiva dirigida a disminuir esta autovaloración negativa (GOLDBERG Y SAKINOFSKY, 1988).

En función de estos resultados, son comprensibles las siguientes conclusiones que proponen el desarrollo de la autoestima como un modo de prevenir el suicidio:

"Necesitamos desarrollar la autoestima individual en una etapa temprana de modo que el niño interiorice su propio valor no por lo que hace si no

por lo que es." (SANBORN, 1990: 154)

"Es un hecho bien documentado que la baja autoestima es una factor que contribuye a la aparición de la depresión y otras enfermedades mentales y que al final puede llevar a la autodestrucción. Indiscutiblemente, el suicidio es un fenómeno multicausado. Muchos de los factores de riesgo, no obstante, pueden ser superados desarrollando una positiva autoestima." (STIVERS, 1990: 311)

En definitiva, aunque no todos los estudios lo confirmen (SIMONS Y MURPHY, 1985), se puede afirmar como conclusión que el autoconcepto constituye una variable importante en la salud mental y, por lo tanto, conviene tenerla en cuenta al estudiar la conducta suicida. Los estudios empíricos ofrecen apoyo a la relación del autoconcepto con la conducta suicida.

Si además se tiene en cuenta que la adolescencia es una etapa de transición y cambio en la que el adolescente debe adaptarse a una serie de modificaciones de su imagen física y de su realidad social e integrar en su autoconcepto esta nueva realidad de su identidad, la importancia de esta variable se ve aumentada. La consideración de este aspecto como un factor de riesgo de suicidio y la convicción de la posibilidad de intervenir sobre ella para modificarla, hacen que la medición del autoconcepto suponga un paso más en favor de la prevención de la conducta suicida.

En este capítulo se han expuesto los desarrollos teóricos más importantes de la soledad, el apoyo social y el autoconcepto y se han

presentado los datos disponibles en torno a la relación de estas variables con el suicidio. Las investigaciones empíricas parecen confirmar la relación tanto de la soledad como del autoconcepto con el suicidio. Por lo tanto, es comprensible su inclusión como características psicológicas del "estado mental suicida".

En el capítulo siguiente se profundizará en el conocimiento teórico de otras dos variables psicológicas que hipotéticamente forman parte del "estado mental suicida": la depresión y la desesperanza.

V - CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DEL ESTADO MENTAL SUICIDA II: DEPRESION Y DESESPERANZA

Como se ha venido explicando a lo largo de este trabajo, el modelo socioindividual integrado de la conducta suicida propone que el sujeto con tendencia suicida tiene unas características psicológicas determinadas que forman el "estado mental suicida". En el capítulo anterior, se han presentado dos de estas características, a saber, la soledad y el autoconcepto. En este capítulo se presentan otras dos, la depresión y la desesperanza.

El conocimiento de las relaciones entre estas variables y el suicidio suponen una base empírica que justifica la inclusión de dichas variables en el modelo teórico de la conducta suicida.

La depresión y el suicidio están íntimamente relacionados. Casi siempre que se habla de suicidio se hace referencia a la depresión y, viceversa, al tratar de la depresión se menciona siempre el riesgo de suicidio.

V.1.- EN TORNO A LA DEPRESION

La depresión está tan extendida en las sociedades occidentales actuales que se ha denominado la "enfermedad del siglo" (POLAINO-LORENTE, 1985:12). Por otro lado, el número de enfermos depresivos es mucho mayor que el número de pacientes depresivos que son tratados y atendidos como tal:

"La depresión es a la psicopatología lo que el catarro a la medicina; nos afecta a todos" (SELIGMAN, 1981: 114)

"La depresión, como tema epidemiológico, pertenece a la serie de los llamados temas icebergs, que se caracterizan por distribuirse en un sector emergido, atendido como tal por médicos e instituciones y, una fracción sumergida más voluminosa, de la que se tienen noticias fehacientes sobre todo a través de encuestas y entrevistas practicadas en distintos sectores de la población general. El sector de depresiones flotante por las clínicas, las instituciones y las consultas médicas no representa más que una parte de la totalidad." (ALONSO-FERNANDEZ, 1988:18) [125].

La alta prevalencia de los fenómenos depresivos (se calcula que entre el 20 % y el 25 % de las personas va a ser afectado en algún momento de su vida por un cuadro depresivo) y la existencia de gran número de enfermos que no reciben tratamiento convierten la depresión en uno de los problemas sanitarios principales en las sociedades industriales occidentales (ALONSO-FERNANDEZ, 1988: 20). Por otro lado, no se debe olvidar que los enfermos depresivos tienen un riesgo de suicidio mayor que la población normal.

Los orígenes del estudio de la depresión se remontan a Hipócrates (460-370 a.C.) y su concepto de melancolía. Desde aquella primera aproximación conceptual hasta nuestros días las alteraciones afectivas se han

[125] Las palabras subrayadas en las citas textuales aparecen en cursiva en el original.

denominado y clasificado de muy diferentes maneras [126].

No obstante la antigüedad y la alta incidencia de la enfermedad depresiva, existe una gran confusión respecto a este concepto, sus orígenes, características y clasificación.

Se ha venido aplicando el término depresión a muy diferentes condiciones (HAFEN Y FRANDSEN, 1986) tanto a un tipo particular de sentimiento o síntoma, como a un conjunto de síntomas (síndrome), como a una entidad clínica bien definida:

> *"Una de las dificultades en la conceptualización de la depresión es esencialmente semántica.... No poco frecuentemente la gente normal dice estar deprimida cuando observa una descenso de su estado de ánimo por debajo de su linea base.... El término depresión es usado frecuentemente para designar un conjunto complejo de desviaciones en el sentimiento, la cognición y la conducta que no se presenta como un desorden psiquiátrico concreto.... Finalmente la depresión se ha usado para designar una entidad nosológica concreta." (BECK, 1973: 6-7)*

> *"Se emplea la palabra depresión en muy diversos sentidos: para describir el ánimo, un síntoma, un sindrome (es decir un conjunto de síntomas) como asimismo para designar un grupo especifico de enfermedades. El múltiple uso del término y la carencia de una definición acarrea una confusión notable." (MENDELS, 1982: 11)*

---

[126] Para una mayor profundización en el recorrido histórico de los conocimientos sobre la depresión, véase POLAINO-LORENTE, 1985: 13-17; AYUSO Y SAIZ, 1981: 2-24; MENDELS, 1982: 57-60; ANDREASEN, 1985, 50-82).

No existe acuerdo respecto a la relación entre la depresión y los cambios de humor experimentados por la gente normal. Los episodios de tristeza vividos por la población se asemejan de diversas formas a los estados clínicos de depresión. Este hecho ha llevado a plantear la hipótesis de continuidad, que defiende que entre la patología y la normalidad se da simplemente un aumento de intensidad. Sin embargo, las diferencias observadas entre ambos estados (normal y patológico) han llevado a algunos autores a oponerse a esta hipótesis.

La mayoría de los autores diferencian la depresión de la tristeza, entendiendo esta última como una reacción de duelo normal ante un acontecimiento y la primera como una patología que se diferencia cuantitativamente (para los ambientalistas) o cualitativamente (para los biologistas) de la tristeza y bajo estado de ánimo:

> *"En tanto que la tristeza es un sentimiento displacentero motivado por alguna adversidad de la vida que todo el mundo ha experimentado alguna vez, la depresión está constituida por un cuadro clínico enclavado en el terreno de lo anormal, lo patológico y lo mórbido."* (ALONSO-FERNANDEZ, 1988: 1)

La depresión entendida como un conjunto de síntomas reúne signos tales como bajo estado de ánimo, pesimismo, autocrítica, retardo o agitación, entre otros. Dependiendo del enfoque de estudio de la depresión se hace hincapié en unos síntomas o en otros. Algunos de ellos son admitidos por

la mayoría de los autores, aunque en otros no hay tanta unanimidad [127].

La depresión como una entidad clínica supone la consideración de aspectos longitudinales tales como el momento de aparición de la enfermedad, y su evolución. En la depresión normalmente tiene lugar un inicio claramente definido, un progresión en severidad de los síntomas y, posteriormente una mejoría hasta que el episodio ha pasado; las remisiones son espontáneas y hay una tendencia a la recurrencia. No obstante, la diferente evolución de los trastornos afectivos marca uno de los criterios de clasificación.

En definitiva, la palabra depresión implica un descenso patológico del estado de ánimo, asociado a una serie de síntomas. En los apartados siguientes se presentan tanto los síntomas, como los diferentes modelos explicativos de la depresión provenientes de las distintas perspectivas teóricas desde las que se estudia este trastorno. Se presentan, asimismo, los diferentes criterios de clasificación de los trastornos afectivos.

Esta exposición panorámica del conocimiento general actual sobre la depresión, permitirá la presentación de los diferentes estudios que relacionan esta afección con la conducta suicida.

---

[127] En un apartado siguiente se comentan con más detenimiento los síntomas depresivos.

V.1.1.- TIPOLOGIA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Cuando se habla de depresión, debería hablarse de "depresiones" ya que los tipos y modalidades de los trastornos depresivos son numerosos. No se intenta hacer una exposición exhaustiva de todos los criterios clasificadores de los trastornos depresivos, sino que se pretende exponer, de un modo breve, las tipologías que han suscitado más investigaciones y que puedan resultar de interés para este trabajo.

En primer lugar, siguiendo los criterios diagnósticos de la APA en el Manual Diagnóstico DSM III-R. (1988), los trastornos afectivos se enmarcan, junto con los maníacos, dentro de los trastornos del estado de ánimo. La subclasificación de estos trastornos en bipolares o depresivos, nos lleva a uno de los tres grandes criterios de clasificación de los desórdenes depresivos: a saber la distinción entre **unipolar-bipolar.**

Las depresiones unipolares son aquellas en las que sólo se dan episodios depresivos, en tanto que bipolares, son aquellas depresiones en las que tienen lugar episodios de manía. Las investigaciones realizadas al respecto parecen indicar que existe una mayor incidencia de los factores genéticos en las enfermedades bipolares que en las unipolares y que los factores psicosociales y personales inciden más en las depresiones unipolares.

Desde el punto de vista de la sintomatología, el grupo unipolar se diferencia del bipolar en una mayor intensidad de los síntomas. AYUSO Y SAIZ (1981) resumen así las características evolutivas diferenciadoras de las depresiones bipolares respecto a las unipolares: comienzan precozmente; las hospitalizaciones comienzan más pronto; presentan mayor número de fases; y, la duración de los intervalos es menor. En el plano bioquímico perciben diferencias entre ambos tipos. Por ejemplo, una mayor actividad de la monoaminoxidasa en las plaquetas en los bipolares. Se han visto, asimismo, diferencias en la respuesta terapéutica a ciertos fármacos y en observaciones fisiológicas. AYUSO Y SAIZ (1981) llegan a la siguiente conclusión:

> *"En resumen, la clasificación unipolar-bipolar se apoya firmemente en los resultados de numerosos estudios biológicos, aunque ninguno de ellos pueda utilizarse todavía en el paciente individual como test diagnóstico." (AYUSO Y SAIZ, 1981: 40)*

PERRIS (1985) llega a la conclusión de que la carga hereditaria es más pronunciada en el caso de las depresiones bipolares. Ha encontrado diferencias en la personalidad de los pacientes, de modo que los unipolares presentan un tipo de personalidad particular, mientras que los bipolares en fase de remisión muestran unas diferencias menos pronunciadas con las personas "control".

Parece que la distinción entre unipolar y bipolar puede mantenerse. No se puede olvidar, no obstante, el riesgo de clasificar a un

depresivo erróneamente como unipolar debido simplemente al hecho de que el cambio de polaridad de su enfermedad tiene lugar en un momento tardío de la enfermedad.

La distinción entre depresión primaria-secundaria es otra de las subclasificaciones clásicas de los trastornos depresivos. Se califica de depresión primaria aquella que no va precedida de ninguna otra enfermedad psiquiátrica; en tanto que la depresión secundaria se da en pacientes que han sufrido algún tipo de enfermedad previa a la aparición de la depresión (ANDREASEN, 1985: 67).

Esta distinción ha planteado muchos problemas, en torno, principalmente a la posibilidad real de distinguir ambos tipos de depresión [128]. Por ejemplo, no hay pruebas de que las depresiones con antecedentes psiquiátricos distintos de los trastornos afectivos sean necesariamente diferentes que las depresiones primarias, ya que es posible de algunas depresiones secundarias sean totalmente independientes de la enfermedad previa (AYUSO Y SAIZ, 1981: 35). No hay resultados concluyentes respecto a la validez de esta distinción. Se puede resumir la situación en torno a este tema como sigue:

---

[128] El tipo de enfermedad previa a la depresión, la remisión o no de tal enfermedad, la posibilidad de que la depresión pueda o no derivarse de esta enfermedad, la posibilidad de que la enfermedad previa no haya sido diagnosticada, son sólo algunos de los problemas de este sistema de clasificación.

"En suma, es cosa clara que tal distinción puede ser interesante con fines de investigación, pero quizá no sea útil en el campo clínico a la hora de predecir la evolución, la respuesta al tratamiento o la tasa de prevalencia familiar. Sin duda, tal distinción necesita muchos más estudios antes de que podamos considerarla como nosológicamente válida o como nosológicamente inválida." (ANDREASEN, 1985: 69)

La tercera gran distinción de los trastornos depresivos corresponde a los tipos de depresión **reactiva-endógena**. Esta subdivisión se basa en diferentes presupuestos etiopatogénicos de la depresión. En ocasiones se equipara la depresión reactiva a la neurótica y la endógena a la psicótica [129]. ALONSO-FERNANDEZ (1988) define como sigue la depresión endógena y situacional -equivalente a reactiva-:

"Presentamos la depresión endógena como una depresión de determinación genética (probablemente producida por un gen autosomal dominante simple, pero de penetración muy irregular), propia de la personalidad pínico-sintónica y acompañada habitualmente de la presencia de parientes de primero y segundo grado afectos de depresión bipolar y depresión unipolar, y en general una fuerte sobrecarga familiar depresiva (aunque sea estrictamente unipolar)." (ALONSO-FERNANDEZ, 1988: 118)

"En la depresión situacional incluimos aquellas depresiones determinadas primordialmente por circunstancias psicosociales conflictivas o traumatizantes. Su agente determinante primordial no consiste en una vivencia aguda y aislada, una especie de emoción traumática, sino una situación prolongada ..." (ALONSO-FERNANDEZ, 1988: 134)

---

[129] En el contexto clasificador, no se entiende "psicótica" en el sentido estricto (presencia de ideas delirantes y síntomas alucinatorios) sino que se entiende como aquello que se opone a reactivo, esto es, que su origen es más bien biológico que ambiental.

La división entre depresión reactiva y endógena es conflictiva. Las investigaciones que han tratado de diferenciarlas no han conseguido resultados concluyentes. Así por ejemplo, no se han observado diferencias al analizar los factores psicosociales precipitantes de ambos grupos ni al analizar las reacciones a los tratamientos farmacológicos de ambos tipos. Algunas investigaciones han encontrado diferentes cuadros sintomáticos entre las dos formaciones. Sin embargo, estas diferencias no han sido confirmadas. AYUSO Y SAIZ (1981) afirman al respecto:

> *"Desgraciadamente, esa pretendida separación fisiogenia vs psicogenia no puede mantenerse en la práctica porque los factores endotímicos y vivenciales se entremezclan en todos los casos.*
>
> *Por otra parte, toda depresión reactiva que alcanza cierta intensidad o cierta duración fatalmente se vitaliza, transformándose la tristeza psíquica en tristeza vital. El cuadro se pone en marcha a partir de una vivencia traumatizante; pero poco a poco, se hace independiente de ella, adquiriendo su ritmo propio." (AYUSO Y SAIZ, 1981: 30)*

A tenor de lo dicho referente a los tres grandes criterios de clasificación: unipolar-bipolar, primario-secundario, endógeno-reactivo, se puede concluir que la primera (unipolar-bipolar) es la que ha presentado más consistencia en los resultados de las diferentes investigaciones. La distinción primario-secundario es difícil de determinar en la práctica clínica y son confusas las diferencias entre ambas. La clasificación entre reactivo y endógena es conflictiva por el hecho de que es difícil encontrar tipos puros de cualquiera de ellas.

V.1.2.- SINTOMATOLOGIA DE LA DEPRESION

En este apartado se van a presentar los síntomas asociados con la vivencia depresiva. Si bien es verdad que hay diferentes tipos de depresiones según el criterio de clasificación, la sintomatología del episodio depresivo es básicamente la misma:

> *"Aunque las opiniones acerca de la clasificación de las depresiones están divididas, hay un acuerdo general sobre el hecho de que las diferencias en los síntomas manifiestos no son importantes. Y por tal motivo es posible pasar revista a los síntomas de la depresión sin hacer mucho hincapié en los tipos diferentes." (HAMILTON, 1985: 19)*

Siguiendo a BECK (1973), se distingue entre las manifestaciones emocionales, cognitivas, motivacionales, y físicas y vegetativas de la depresión. Según el nivel de gravedad de la depresión la intensidad de cada uno de estos síntomas varía.

Las manifestaciones emocionales son aquellos cambios en los sentimientos del pacientes o en la conducta que se derivan de los cambios en el sentimiento. BECK (1973) incluye en las manifestaciones emocionales el abatimiento del humor, los sentimientos negativos hacia sí mismo, la disminución de la gratificación, pérdida de las ataduras emocionales [130],

---

[130] Esta tendencia de los depresivos al retraimiento social, y la sensación de soledad o aislamiento es denominada "discomuncicación" por ALONSO-FERNANDEZ (1988: 31).

aumento de las ganas de llorar, pérdida de la respuesta de alegría.

La mayoría de los estudiosos de la depresión coinciden con las manifestaciones emocionales apuntadas por BECK (1973):

> *"La tristeza es la característica capital del estado de ánimo. Los pacientes se quejan de sentirse abatidos, insatisfechos, de «no ser ellos mismos»." (MENDELS, 1982: 18)*

> *"El llanto se da con cierta frecuencia en los depresivos de grado leve y moderado, no sólo como respuesta a experiencias específicas sino también por razón de frustraciones de menor importancia, o cuando se irritan o incluso, a veces, sin motivo aparente alguno. Los enfermos depresivos en grado agudo son incapaces de llorar." (MENDELS, 1982: 19)*

> *"El síntoma básico es la tristeza vital... En otras ocasiones, sin embargo, el paciente verbaliza su malestar vital como aburrimiento, apatía, indiferencia o apagamiento ..." (AYUSO Y SAIZ, 1981: 205)*

> *"En el estado de ánimo depresivo sobresalen inicialmente el pesimismo o la amargura, la desesperanza, la tristeza, el hastío de la vida, la pérdida de alegría o la falta de placer..." (ALONSO-FERNANDEZ, 1988: 30)*

> *"La pérdida de interés se manifiesta de forma objetiva como un rechazo creciente a tomar parte en las actividades cotidianas." (HAMILTON, 1985: 21)*

BECK (1973) hace especial hincapié en las manifestaciones cognitivas de la depresión; distingue tres síntomas principalmente. El primero

está compuesto por las actitudes distorsionadas del sujeto respecto de sí mismo, de su experiencia y de su futuro [131]. El segundo síntoma lo constituye la tendencia a auto-culparse. El tercero se relaciona con el área de la toma de decisiones, en el sentido de que el paciente tiende a ser indeciso.

Son varios los autores que han reconocido la importancia de los síntomas cognitivos de la depresión:

"El depresivo se enjuicia a sí mismo dentro de una gama de pensamientos que comprende desde la insuficiencia y la ineficacia hasta la extrema culpabilidad." (MENDELS, 1982: 19)

"Las personas deprimidas se consideran aún más ineficaces de lo que realmente son: cualquier pequeño obstáculo para el éxito es visto como una barrera infranqueable, las dificultades para enfrentarse a un problema como una catástrofe e incluso el éxito evidente erróneamente interpretado como un fracaso." (SELIGMAN, 1981: 125)

"Uno de los mayores indicadores de la depresión es la baja autoestima - un concepto negativo asociado con autorreproche, autoculpa, autocriticismo y autodesagrado... un adolescente deprimido se ve a sí mismo como carente de atributos tales como habilidad, eficacia, inteligencia, salud, fuerza, atractivo, popularidad y recursos económicos." (HAFEN Y FRANDSEN, 1986: 93-94)

En lo que atañe a las manifestaciones motivacionales, los depresivos se caracterizan por una ausencia de motivación, por evitar las

---

[131] En apartados siguientes se profundizará más en estos aspectos de la depresión.

actividades y elegir la pasividad frente a la actividad. La manifestación extrema de este "escapismo" es el suicidio.

> *"En la anergia o vaciamiento de impulsos suelen aparecer con mucha frecuencia desde el principio el aburrimiento y la apatía (falta de ganas), las cavilaciones obsesivas, la indecisión, la disminución de la actividad habitual en los trabajos o en las distracciones, la astenia o la adinamia (fatiga corporal y el apagamiento de la libido sexual." (ALONSO-FERNANDEZ, 1988: 30)*

> *"La pérdida de interés se manifiesta de forma objetiva como un rechazo creciente a tomar parte en las actividades cotidianas." (HAMILTON, 1985: 21)*

Entre los síntomas físicos y vegetativos se pueden citar la pérdida o alteración del apetito, trastornos del sueño, pérdida de interés por el sexo y fatigabilidad, estreñimiento, malestar físico relacionado con dolores de cabeza, sequedad de boca, etc:

> *"La pérdida del apetito es frecuentemente el primer signo de una depresión incipiente y su recuperación puede ser el primer signo del comienzo de la mejoría." (BECK, 1973: 31)*

> *"Muchos pacientes deprimidos muestran una acentuada pérdida del apetito, sobre todo a medida que la enfermedad progresa. No tienen ganas de comer, y, cuando lo hacen, la comida les parece insípida. La pérdida de apetito (anorexia) puede ser realmente aguda en algunos depresivos." (MENDELS, 1982: 23)*

> *"Los pacientes depresivos se quejan de dificultad de dormirse, de*

frecuente desasosiego, de despertarse durante la noche o a horas tempranas por la madrugada, de la imposibilidad de conciliar el sueño, de pesadillas. Experimentan con frecuencia una falta de descanso al despertar por la mañana." (MENDELS, 1982: 23)

En algunos casos de depresión aparecen delirios y alucinaciones con temáticas relacionadas con la autoculpa, el vacío, la preocupación excesiva por temas de salud, financieros, etc...

A veces los síntomas presentan variaciones en su presentación a lo largo del día. Los pacientes se sienten peor y sus síntomas son más intensos en una parte del día determinada, por lo general en los primeros momentos de la mañana. Estas variaciones diurnas apuntan la posibilidad de que pueda existir una perturbación del ritmo circadiano o, en palabras de ALONSO-FERNANDEZ (1988: 31), una "ritmopatía" [132].

AYUSO Y SAIZ (1981: 211) afirman que la cultura tiene influencia en la manifestación de los síntomas depresivos. Los síntomas que presentan una dependencia cultural son: la conducta suicida -mayor incidencia en la cultura occidental-, agitación -más frecuente en culturas primitivas-, sentimiento de culpa -más frecuente en culturas judeocristianas-, ansiedad somática y todas las formas de delirio y la mímica.

---

[132] El ritmo circadiano es "el ciclo normal de 24 horas que caracteriza a varias funciones corporales que comprenden desde la producción de ciertas hormonas hasta la temperatura del cuerpo" (MENDELS: 1982; 25)

Por el contrario, los síntomas que no presentan dependencia cultural son fundamentalmente los somáticos: alteración del sueño, pérdida del apetito, disminución del peso, variación nictemeral, y pérdida de la potencia sexual.

POLAINO-LORENTE (1985) afirma a este respecto que las depresiones psicóticas tiene una prevalencia, curso y respuesta a la terapia similar en las diferentes culturas ya que son relativamente impermeables a la acción de los factores socioculturales, y que las depresiones reactivas se vinculan más a los cambios socioculturales.

Sin embargo, se consideran necesarios más estudios objetivos de las diferencias transculturales de la depresión:

> *"No obstante, la mayoría de las opiniones mantenidas sobre las características de los enfermos depresivos en medios culturales diferentes corresponden a simples estimaciones y a deducciones a partir de datos epidemiológicos, escaseando los estudios objetivos en los que se evalúen con criterio uniforme los trastornos afectivos y se apliquen normas bien definidas para la selección de las muestras a comparar" (AYUSO Y SAIZ 1981: 211)*

> *"En tanto no puedan controlarse rigurosamente los diferentes paquetes de variables aludidas, las hipótesis socioculturales en torno al hecho depresivo no irán más allá de ser un constructo metateórico" (POLAINO-LORENTE, 1985: 143)*

Por su parte, los estudios transhistóricos reflejan una disminución

significativa progresiva de los delirios de culpa y un aumento paralelo de las ideas hipocondríacas, lo que supone un aumento de las depresiones somatizadas (AYUSO Y SAIZ: 1981:214).

A modo de síntesis, se han presentado los síntomas depresivos en cuatro apartados. En el apartado emocional, destaca la vivencia de tristeza; en el apartado de las manifestaciones motivacionales se incluyen la pérdida o descenso de la actividad y del interés; los correlatos cognitivos de la depresión son una visión negativa de sí mismo, del mundo y de su futuro, y la indecisión; entre las manifestaciones somáticas, cada vez más frecuentes en nuestra cultura, destacan los trastornos del sueño, del apetito y la presencia de ciertos dolores y malestar. La intensidad de los síntomas suele variar a lo largo del día, siendo normalmente más alta por las mañanas.

V.1.3.- MODELOS EXPLICATIVOS DE LA DEPRESION

En este apartado se presentan de un modo resumido los diferentes modelos que ofrecen una explicación del fenómeno depresivo. El fenómeno depresivo se puede estudiar desde muy diferentes niveles y cada uno de ellos supondría un modelo diferente de explicación. Esto quiere decir que si se estudia la depresión desde el nivel bioquímico se elabora un modelo bioquímico de explicación. Si, por el contrario, se estudia desde un nivel

neurofisiológico, se elabora un modelo explicativo neurofisiológico. No obstante, existen modelos que conjugan diferentes niveles de análisis.

Pero antes de comenzar a exponer los modelos de la depresión conviene tener una idea del significado de modelo. Para ello acudimos a las definiciones de POLAINO-LORENTE y de ROJAS:

> *"El término modelo se refiere a un modo de explicar la plural realidad y, por tanto, se limita a tratar sólo ciertos aspectos de la complejidad real... El modelo hipersimplifica, pero permite contrastar de modo accesible con la realidad, y acercarse a ella de manera progresiva y analítica... el modelo, más que una teoría, constituye una especie de "brazo operativo" de la misma ... el modelo es justamente lo que nos permite explorar empíricamente la teoría." (POLAINO-LORENTE, 1985:25)*

> *"En psicopatología se entiende por modelo el intento de inducir mediante experimentación los mismos síntomas y procesos que se aprecian en la conducta desadaptada, de aparición natural. Hay, pues, dos sistemas de fenómenos, uno de los cuales intenta representar a otro." (POLAINO-LORENTE, 1985: 26)*

> *"El término modelo se emplea con dos usos en la psicología empírica y en la psiquiatría. Por una parte, como diseño que ejemplifica un modo de funcionamiento fisiológico, en donde las diversas partes se conjuntan con el todo... Por otra parte, un modelo implica la construcción de una hipótesis de trabajo que es preciso verificar para que ésta se convierta en tesis y en consecuencia representa un esquema abstracto. que no hace otra cosa que nacer de la observación de unos hechos que es necesario que sean comprobados científicamente, con un rigor metodológico y que finalmente conducen a un progreso en el conocimiento de la realidad psíquica y psiquiátrica." (ROJAS, 1982: 285)*

De las diferentes nociones de modelo, ha quedado plasmado en

las definiciones anteriores la concepción de modelo como un modo simplificado de entender, explicar y comprobar una realidad.

No todos los "modelos" que vamos a exponer a continuación cumplen las condiciones referidas. Por ejemplo, los modelos psicoanalíticos carecen, por el momento, de posibilidad de comprobación empírica. No obstante, se presenta aquí por su importancia histórica en el estudio de la depresión.

Los modelos de la depresión que se van a presentar en los apartados siguientes son:

- Modelos Psicoanalíticos
- Modelos Biológicos
- Modelos Animales y Conductuales
- Modelos Cognitivos
- Modelos Integrados

V.1.3.1.- MODELOS PSICOANALITICOS

Las teorías psicoanalíticas afirman que la depresión es primariamente un trastorno afectivo y se centran en fuerzas intrapsíquicas.

Tanto ABRAHAM (1911) como FREUD (1917) entienden la depresión como un reacción a la pérdida del ser amado o de una abstracción equivalente acompañado de un estado de ánimo doloroso con una disminución del amor propio. Este último aspecto es el que hace distinguir la melancolía -depresión- del duelo, en el que también tiene lugar una pérdida del objeto [133].

FREUD (1917) afirma que los depresivos han padecido una pérdida, aunque ésta sea simbólica y no reconocida como tal. Considera el reproche y la pérdida de autoestimación desarrollados en la depresión como dirigidos al objeto perdido e introyectado. Esto significa que el paciente se identifica con el objeto perdido y asume como suyos los atributos que percibía en este objeto.

Siguiendo a POLAINO-LORENTE (1985) las características principales de la melancolía o depresión "freudiana" se pueden resumir en: extraordinaria disminución del amor propio; egotización -implicación del yo- en la reacción ante la pérdida del objeto (yotización inflaccionista); autocrítica pública de su yo sin ningún pudor; pérdida de la autoestima; la libido se retrotrae al yo en lugar de desplazarse al objeto (de ahí la relación entre narcisismo y depresión); transformación de la pérdida de objeto en pérdida del

---

[133] Algunos otros autores de orientación psicoanalítica que han hecho aportaciones al estudio de la depresión son BIBRING (1953) y BENEDEK (1956).

yo; disociación entre la actividad crítica del yo, y el yo modificado por la identificación; rechazo a alimentarse como consecuencia de su regresión a la fase oral, la rigidez y el empobrecimiento del yo hacen que pueda transformarse la melancolía en depresión obsesiva; tendencia al suicidio, como signo de hostilidad contra sí mismo, como objeto.

La mayoría de autores psicoanalistas defienden la importancia de los primeros momentos del desarrollo evolutivo en la aparición del trastornos depresivos en la edad adulta. Así, por ejemplo, KLEIN (1948) afirma que la base de la depresión se forma en el primer año de vida del niño. Esta autora habla de un estadio evolutivo llamado *actitud depresiva* caracterizado por tristeza, temor y culpa. En la misma línea, SPITZ (1968) introduce los conceptos de depresión anaclítica y hospitalismo observados en niños sometidos a carencias afectivas. No obstante, su estudio adoleció de un control adecuado de las variables.

Sin embargo, hay autores que critican la existencia de la depresión como tal en estas edades tan tempranas:

> *"Sólo hacia el final de la niñez es dable observar en la práctica clínica episodios depresivos comparables con los del adulto... Si se conceptúa la depresión como una sofisticada vivencia afectiva que requiere un elevado nivel de maduración cognitiva, cabe decir que los estados de tristeza anteriores a la experiencia depresiva forman un continuo con la depresión, pero no son sinónimo de ésta. La privación del lactante, la inhibición del niño de uno o dos años, las limitadas expresiones depresivas del período del latencia y la desesperación del adolescente,*

exagerada pero sentida con intensidad, son más fáciles de comprender cuando se les enfoca desde la perspectiva del desarrollo." (ARIETY Y BEMPORAD, 1981: 212-213)

KAZDIN (1990) contradice parcialmente la visión psicoanalítica ortodoxa que afirma que la depresión como desorden clínico no aparece hasta la adolescencia:

"El hecho de que la depresión como síndrome clínico pueda ser diagnosticado en niños, adolescentes y adultos no significa que las manifestaciones de este desorden sean necesariamente idénticas. La constelación especifica de síntomas, características asociadas, y curso clínico pueden variar fácilmente como una función del desarrollo."(KAZDIN, 1990: 135)

GARFINKEL (1986) afirma que diversas investigaciones han identificado síntomas depresivos en niños y adolescentes equivalentes a los que aparecen en adultos. No en vano, la mayoría de los profesionales han adoptado para las poblaciones de menor edad, la misma clasificación de trastornos afectivos que la utilizada en la población adulta:

"Numerosos estudios han identificado la presencia de síntomas en niños y en adolescentes que son equivalentes a aquellos encontrados en adultos, y se ha demostrado que los criterios aplicados en los adultos se pueden aplicar satisfactoriamente en los desórdenes afectivos de niños y adolescentes." GARFINKEL (1986: 309)

BRENT (1990) realiza una completa exposición de los criterios diagnósticos de enfermedades afectivas en niños y adolescentes y afirma que

el cuadro clínico de los desórdenes depresivos en estos grupos de población es similar al descrito en adultos.

Son muchas las críticas que han recibido las teorías psicoanalíticas explicativas de la depresión. Se citan a continuación las planteadas por POLAINO-LORENTE (1985: 37):

- La continua apelación al inconsciente como un *vis a tergo* que revierte sobre el yo.
- La homogeneización operativa de proposiciones pertenecientes a distintos niveles epistemológicos.
- La reificación progresiva de constructos y enunciados metateóricos.
- El abuso de la hermenéutica de la intuición, como método científico.
- El uso de términos metapsicológicos y de afirmaciones metacientíficas, que no son susceptibles ni de verificación ni de refutación.

En definitiva, se puede concluir que las explicaciones psicoanalíticas de la depresión entienden este trastorno como resultado de una pérdida de objeto y de la introyección de las críticas y de la agresividad dirigida hacia este objeto, lo que trae como consecuencia una pérdida del amor propio. La incapacidad de comprobación empírica de este planteamiento hace cuestionarse la validez del mismo como modelo explicativo de la depresión.

V.1.3.2.- MODELOS BIOLOGICOS DE LA DEPRESION

Se incluyen dentro de este grupo todas aquellas explicaciones de la depresión basadas en los componentes físicos y biológicos de la depresión. Son muy numerosos los estudios que, desde esta perspectiva, se han realizado de los trastornos afectivos. Sin embargo, no es objetivo de este trabajo la exposición exhaustiva de ellos. Teniendo en cuenta que la perspectiva de este trabajo es fundamentalmente psicosocial, la presentación de algunos de los modelos biológicos tiene el objetivo de ofrecer una visión general de los múltiples enfoques explicativos que existen sobre la depresión. Se remite al lector interesado en este campo a las revisiones realizadas por MENDELS (1982: 109-142), ALONSO-FERNANDEZ (1988: 238-256), WILLNER (1985: 147-389), NURNBERGER Y GERSHON (1985: 205-235), ZIS Y GOODWIN (1985: 280-302), SACHAR (1985: 303-318), AYUSO Y SAIZ (1981: 93-250) Y REICH, RICE Y MULLANEY (1986: 79-1039), entre otros.

Lo que se ha venido llamando equívocamente modelo neurofisiológico no es sino un conjunto de síntomas neurofisiológicos de las distintas formas de depresión; esto quiere decir que los estudios neurofisiológicos son más descriptivos que explicativos:

> *"El modelo neurofisiológico es cualquier cosa antes que un modelo ... Así, más que un modelo, lo que tenemos es un conjunto amplio y variado de datos neurofisiológicos que fundamentan -aunque con distinta intensidad y eficacia- las diferentes formas clínicas depresivas..." (POLAINO-*

LORENTE, 1985: 53)

Los estudios neurofisiológicos centrados en la actividad electrodérmica o conductibilidad de la piel concluyen que las depresiones psicóticas o endógenas [134] se caracterizan por un bajo nivel de conductibilidad, la emisión de pocas respuestas de baja amplitud y la falta de habituación a los estímulos. En cambio, las depresiones no endógenas que cursan con ansiedad muestran un alto nivel de conductibilidad y respuestas de alta amplitud [135].

Los estudios del electroencefalográficos del sueño en depresivos reflejan, además del inicio tardío del mismo y la disminución del número de horas, un trazado electroencefalográfico diferente al trazado de las personas sanas, lo que supone ciertas diferencias en la duración y características de las fases del sueño. Así, por ejemplo, se ha podido descubrir por un lado, que el período de latencia del sueño REM [136] es más corto entre los depresivos,

---

[134] En otro apartado de este capítulo se describen los diferentes modos de clasificar los trastornos depresivos.

[135] Estas conclusiones se presentan como bastante estables. No obstante, no deben ser consideradas un absoluto, ya que variables tales como la edad afectan en todos los sujetos a la conductibilidad de la piel (POLAINO-LORENTE, 1985).

[136] El sueño REM (Rapid Eyes Movements) también llamado "activo" o "desincronizado" es una fase del sueño caracterizada por el movimiento rápido de los globos oculares. El período de latencia del sueño REM queda definido como *"el período transcurrido desde el comienzo de la fase 2 del sueño hasta los tres primeros minutos del sueño REM"* (POLAINO-LORENTE, 1985: 57).

y, por otro, que se dan algunas diferencias en la densidad del sueño REM según el tipo de depresión [137].

La aplicación de potenciales evocados al estudio de la depresión han concluido que los sujetos depresivos presentan unas respuestas evocadas menos intensas que los sujetos normales.

Los modelos bioquímicos de la depresión se basan en el estudio de los neurotransmisores [138] del Sistema Nervioso Central y de las hormonas [139]. Existen numerosas investigaciones dirigidas a comprobar diferencias con respecto a estos dos tipos de sustancias entre los depresivos y los no depresivos.

Se han presentado dos grandes hipótesis en torno a este tema. A saber, la hipótesis catecolaminérgica, por un lado, sostiene que en ciertas depresiones hay un déficit de catecolaminas (en concreto, de noradrenalina) en

---

[137] Al igual que se ha dicho al respecto de los estudios electrodérmicos de la depresión, las características de las fases del sueño, según el trazado electroencefalográfico, pueden variar en función de la edad de los pacientes. Por ello, las conclusiones de estos estudios no deben ser admitidas sin ciertas reservas.

[138] Los neurotransmisores son sustancias mediadoras que intervienen en la transmisión del impulso nervioso a través de las neuronas.

[139] Las hormonas, al igual que los neurotransmisores son "mensajeros químicos" del organismo; se diferencian de éstos en que actúan sobre tejidos alejados de las glándulas que las secretan y del lugar donde se sintetizan.

determinadas regiones cerebrales. Por otro, la hipótesis indolaminérgica (POLAINO-LORENTE, 1985), sostiene que en algunas depresiones existe un decremento de los niveles de serotonina cerebral, cuya tasa aumentaría por la acción de los antidepresivos.

Ninguna de las dos hipótesis anteriores ha sido confirmada del todo. Sin embargo, se puede sostener que es probable que, en algunas depresiones, existan ciertos *"descarrilamientos bioquímicos"* (POLAINO-LORENTE, 1985: 68). Dadas las complejas interrelaciones entre sistemas monoaminérgicos y otros sistemas neurotransmisores o neuromoduladores tales como el colinérgico y endorfínico, más que un déficit o exceso de una de las sustancias concretas es posible que, en algunas depresiones tengan lugar ciertas descompensaciones entre los sistemas (ZIS Y GOODWIN, 1985: 280-302):

> *"Los sistemas monoaminérgicos no operan independientemente unos de otros, ni en el vacío. Las alteraciones en un sistema pueden inducir cambios en sistemas complementarios u opuestos. Neuronas colinérgicas y una variedad de neuromoduladores (endorfinas-encefalinas) probablemente ejercen influencia en el funcionamiento de los neurotransmisores monoaminérgicos. Los sistemas monoaminérgicos tienen complejos mecanismos autorreguladores, incluyendo cambios presinápticos en la síntesis o liberación y cambios postsinápticos en la sensibilidad del receptor. Los cambios en un componente de cualquiera de estos sistemas puede inducir cambios compensatorios en otro componente o sistema." (ZIS Y GOODWIN, 1985: 295-296)*

Se considera que las investigaciones realizadas desde este

enfoque y desde la psicofarmacología suponen una perspectiva prometedora en el estudio de la depresión y de su tipología:

> *"Posteriores investigaciones neuroendocrinas pueden, sin embargo, validar los datos biológicos para la subclasificación racional de las depresiones, y las pruebas hormonales pueden convertirse en pruebas analíticas útiles para el clínico en el diagnóstico diferencial de los estados depresivos." (SACHAR, 1985: 315)*

Los modelos genéticos de la depresión estudian la frecuencia de este tipo de trastorno entre los miembros de una misma familia. El estudio de la transmisión genética de la depresión se ha llevado a cabo a través de varios tipos de investigaciones: estudios de gemelos, estudios familiares, estudios de adopción y estudios de ligazón genética.

Se ha comprobado una mayor incidencia de los trastornos afectivos en miembros de la misma familia. Este resultado, sin embargo, no es suficiente para afirmar la transmisión genética de dicha enfermedad. Habría que tener en cuenta, asimismo, aspectos psicosociales tales como el estrés y apoyo familiar, factores influyentes en el enfermedad de la depresión. REICH, RICE Y MULLANEY, 1986: 79-103) plantean un modelo predictivo de la depresión en el que combinan tanto aspectos genéticos como biológicos y psicosociales.

¿Qué se puede concluir de esta breve exposición de los modelos biológicos de la depresión? En primer lugar, se afirma la existencia de diferentes

patrones de respuestas en el ámbito de la neurofisiología, tales como una menor latencia del sueño REM y una menor conductibilidad de la piel en ciertos tipos de depresión, así como menor intensidad en las respuestas evocadas. Estas diferencias encontrados en los estudios neurofisiológicos son más bien descriptivos que explicativos.

Por su parte, los estudios bioquímicos afirman la posibilidad de que exista en algún tipo de depresión un desequilibrio o descompensación entre los diferentes sistemas neuroquímicos, vinculados a las tasas de los distintos neurotransmisores y de las diferentes hormonas.

Los estudios genéticos descubren una mayor incidencia de los trastornos afectivos entre miembros de una misma familia. La explicación de este fenómeno no debe ser exclusivamente biológica, si no que se deben considerar múltiples factores psicosociales compartidos por los miembros de una misma familia y que pueden ser predisponentes de la depresión.

V.1.3.3.- MODELOS CONDUCTUALES Y ANIMALES DE DEPRESION

Los modelos conductuales y animales se suelen entender en ocasiones como sinónimos; sin embargo, no son estrictamente lo mismo. Los modelos conductuales pueden utilizar modelos animales para su comprobación pero los modelos animales no son exclusivamente conductuales. Dicho de otro

modo, los modelos animales sirven para comprobar diferentes hipótesis de la depresión humana, bien conductuales, psicosociales o bioquímicas que, por razones principalmente éticas, no pueden comprobarse directamente en seres humanos.

Los modelos conductuales explican la depresión como consecuencia de una disminución de estímulos reforzadores en el ambiente (LEWINSOHN, 1974). El proceso es como sigue: la conducta del sujeto no produce respuestas en el entorno que sean reforzantes para el sujeto. Como consecuencia de esta falta de reforzamiento, la conducta se extingue, el sujeto se vuelve pasivo y se aparta de todo tipo de interacción. Por su parte, las consecuencias aversivas -castigos- de las interacciones de la persona con el entorno, conllevan el mismo resultado que la falta de refuerzos -premios-, esto es, la disminución de la actividad y de las interacciones. Esta visión etiológica enfatiza la importancia del apoyo social en la etiología de la depresión. Refiriéndose a este modelo, afirma GARFINKEL (1986):

> *" ... asume que la depresión es el resultado y es incrementada por un reforzamiento social limitado. Esto puede incluir un situación vital pobre con reforzadores positivos reales insuficientes, menos habilidades sociales que producen menos reforzamiento positivo del ambiente o un ambiente aversivo que produce una deficiencia en el reforzamiento en diferentes situaciones de la vida." (GARFINKEL, 1986: 311)*

El planteamiento conductual de la ausencia del reforzamiento social como causa de la depresión enlaza con dos perspectivas diferentes. Por

un lado, la perspectiva psicosocial que enfatiza la importancia del entorno, del apoyo social, en el desarrollo de desajustes en una persona y, por otro lado, una perspectiva más psicológico-comportamental, que plantea la posibilidad de que estas consecuencias del entorno provengan de una falta de habilidades sociales en el sujeto.

En opinión de ROJAS (1982: 288), la depresión desde la perspectiva conductual puede entenderse como sigue:

> *"En resumen, y viendo el problema desde el ángulo conductista, la depresión como enfermedad podría quedar definida del siguiente modo: estado emocional condicionado por la pérdida generalizada del refuerzo." (ROJAS, 1982: 288)*

La crítica más importante que se ha realizado a los modelos conductuales es su incapacidad para explicar mediante su teoría del reforzamiento todos los tipos de depresión existente.

Los modelos animales surgen como un intento de comprobar experimentalmente el impacto de diferentes factores psicosociales considerados precipitantes de la depresión. Dentro de los modelos animales conviene distinguir entre los modelos puramente empíricos y los modelos con potencial validez de constructo.

Entre los estrictamente empíricos están aquellos que estudian la

relación de drogas depresivas y ciertos agentes farmacológicos; su pretensión es poder predecir ciertas reacciones en función de lo ejemplificado en el modelo [140]. Entre las limitaciones de estos modelos se puede citar el hecho de que las conclusiones sobre los efectos de las drogas suministradas en cada modelo no se pueden tomar como definitivas, si no que deben ser cuestionadas en función tanto de la heterogeneidad del desorden como de la fiabilidad-exactitud de los instrumentos de medición de los resultados.

Un modelo tiene validez de constructo cuando se refiere estrictamente a un concepto teórico específico. La demostración de la validez de constructo de los modelos animales de la depresión requiere que se puedan estudiar constructos homólogos en los animales y en el hombre y que un cambio en el nivel del constructo presente en el modelo sea un hecho central en el desorden en cuestión:

> *"La validez de constructo no requiere una similaridad superficial, si no que requiere la demostración de homología -los mismos constructos teóricos deben ser aplicables en los dos casos- y un razonamiento apoyado empíricamente de que el constructo en cuestión es fundamental en el desorden, más que un epifenómeno." (WILLNER, 1985: 121)*

Entre los modelos con potencial validez de constructo se pueden citar los siguientes: la indefensión aprendida, el estrés crónico impredecible, los

---

[140] La exposición detallada de cada uno de los modelos extralimita el área de interés de esta exposición. Se remite al lector interesado a la revisión realizada por WILLNER, 1985: 101-143).

modelos de separación y el retiro de reforzamiento. De todos ellos, el primero es el que ha dado lugar a un mayor número de investigaciones.

El modelo de indefensión aprendida afirma que los sujetos expuestos a un estímulo aversivo incontrolable produce déficits en las subsecuentes conductas de aprendizaje de tareas no observados en los sujetos no expuestos al estímulo estresante. La indefensión aprendida supone seis síntomas paralelos a la depresión : disminución de respuestas voluntarias, disposición cognitiva negativa -o dificultad para aprender que las respuestas producen resultados-, agresión disminuida, pérdida de apetito y cambios fisiológicos (SELIGMAN 1981/1975: 121) [141].

Siguiendo a POLAINO-LORENTE, las críticas que se han argüido al modelo de indefensión aprendida, son:

> *"... la extrapolación de las conclusiones del modelo animal al sujeto humano, la falta de analogía entre la indefensión aprendida y la complejidad de las depresiones endógenas y, el reduccionismo implicado en apariencia en este modelo ..." (POLAINO-LORENTE, 1985: 73)* [142]

---

[141] Conviene recordar que el propio autor afirma que el objetivo del modelo son las depresiones reactivas, no incluyendo en su explicación de la depresión por medio de la indefensión aprendida las depresiones endógenas u otros tipos: *"La indefensión aprendida tiene unos síntomas y una etiología semejantes a los de la depresión reactiva." (SELIGMAN, 1981/1975: 119)*

[142] El modelo de la indefensión aprendida se ha visto completado y revisado por ABRAMSON, GARBER Y SELIGMAN (1980: 3-34), por WEINER Y LITMAN-ADIZES (1980: 35-57) y por ALLOY Y ABRAMSON (1980: 59-70), entre otros. Estas aportaciones a la teoría de la indefensión serán expuestas en el apartado dedicado a los modelos cognitivos de la depresión.

Por su parte, WILLNER (1985: 127) concluye que la validez de constructo del modelo de indefensión aprendida no ha sido probada correctamente.

El modelo de estrés crónico impredecible es similar al modelo de indefensión aprendida, con la diferencia de que la duración del "período estresante" es prolongado y los estímulos aversivos son variados. La posible validez de constructo de este modelo deriva de la literatura que relaciona el estrés psicológico con la depresión.

Los modelos de separación entienden la depresión como una fase del ciclo de desesperación-protesta que se produce tras una separación de un ser querido. Sin embargo, este paralelismo no ha sido probado.

El modelo del retiro del reforzamiento plantea la hipótesis de que la depresión sigue a la pérdida de una fuente significativa de reforzamiento. Es un modelo similar al anterior, que no ha sido muy estudiado.

La conclusión a la que se puede llegar al respecto de los modelos animales es que han contribuido de forma muy positiva al conocimiento de la etiología de la depresión, ya que han permitido conocer por manipulación

experimental ciertos fenómenos de la patología humana [143]. No obstante, no se puede olvidar que los resultados obtenidos a través de la experimentación animal no pueden extrapolarse a la depresión humana sin cierta cautela.

V.1.3.4.- MODELOS COGNITIVOS DE LA DEPRESION

Los modelos cognitivos de la depresión estudian los estilos perceptuales y atribucionales [144], así como el sistema de creencias que subyacen a los síntomas depresivos. Su hipótesis central es que la depresión está fundamentalmente provocada por el "modo de pensar" del sujeto. Tres son las teorías cognitivas clásicas de la depresión: la triada cognitiva de BECK, RUSH et al. (1983), el modelo de autocontrol de REHM (1988) y la indefensión aprendida de SELIGMAN (1981). Se incluye, además una reformulación de la teoría de la indefensión a través de la teoría de la desesperanza de la depresión (ALLOY, ABRAMSON et al. 1988).

La teoría de la triada cognitiva defiende que la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro son aspectos centrales en la depresión. La visión negativa de sí mismo consiste en la creencia de que uno mismo es

---

[143] A este respecto McKINNEY Y MORAN (1985: 319-332) sugieren la conveniencia de la utilización de los modelos animales para estudiar el papel combinado de determinados fármacos y de variables psicosociales.

[144] El estilo perceptual se refiere a la forma en que una persona tiende a percibir la realidad. El estilo atribucional se refiere a la forma en que la persona atribuye la causalidad de las situaciones.

deficiente o inadecuado. A través de la visión negativa del mundo, vive sus propias experiencias como fracasos, deprivaciones, etc. La visión negativa del futuro supone la expectativa de que las dificultades actuales van a continuar [145].

Se considera que las personas deprimidas abstraen selectivamente los aspectos negativos de la realidad, y realizan inferencias erróneas, en función de unas creencias negativas sobre sí mismo y su relación con el mundo:

> *"Es importante notar que está implícita ... en la teoría de BECK la idea de que los individuos normales no deprimidos no presentan sesgos ni distorsiones en sus inferencias relevantes para sí mismos." (ALLOY Y ABRAMSON, 1988: 226)*

El trabajo de GREENBERG Y BECK (1989) demuestra que los depresivos se describen a sí mismos, al mundo y al futuro a través de un mayor número de adjetivos negativos que los sujetos ansiosos o los sujetos "control".

Muy relacionado con la teoría de las distorsiones cognitivas de BECK, plantea REHM (1988) el modelo de autocontrol de la depresión. Existen tres procesos en el autocontrol: el automonitoreo, la autoevaluación y el

---

[145] Este último concepto es lo que se denomina desesperanza con respecto al futuro, aspecto central tanto en algunas depresiones como en el suicidio.

autorreforzamiento [146]. Defiende la idea de que los deprimidos tienen unas expectativas negativas de la vida que conducen a una valoración negativa de sí mismo, a altas tasas de autocastigo y bajas de reforzamiento y a un automonitoreo selectivo negativo.

En opinión de REHM (1988), los depresivos no perciben de un modo distorsionado el mundo objetivo, sino que distorsionan las inferencias e interpretaciones de los hechos objetivos. Cuando la información de que se dispone es ambigua, la personas deprimidas se muestran más negativas respecto de sí mismos. Divisa una tendencia en los deprimidos a centrar su atención en las informaciones negativas acerca de sí mismos. Por otro lado, los enfermos depresivos parecen tener una tendencia a realizar atribuciones negativas de los fracasos y a estimar de un modo más negativo que los sujetos normales su propia habilidad o eficacia. Por el contrario, se muestran realistas en las expectativas de su propio rendimiento en tareas concretas. Es decir, los depresivos parecen, por un lado, percibir y valorar negativamente aspectos globales abstractos de sí mismos y, por otro, ser realistas en la percepción y expectativas de los hechos concretos:

> *"Está bastante claro que las personas deprimidas se evalúan a sí mismos negativamente, parece ser que determinado por una discrepancia entre*

---

[146] *"El automonitoreo tiene que ver con el grado en de adecuación con que los individuos observan su conducta y experiencias..." (REHM, 1988: 146)* . Con estas palabras explica el autor una de las fases del proceso de autocontrol. La autoevaluación supone el proceso de valoración de sí mismo. Con "autorreforzamiento" el autor se refiere al proceso de premiar o castigarse a sí mismo de un modo contingente a la propia conducta.

lo conseguido y las expectativas. La interpretación negativa se dirige casi específicamente a abstracciones sobre sí mismo." (REHM, 1988: 168) [147]

El estudio de las distorsiones cognitivas en los depresivos ha suscitado un gran número de investigaciones con el objetivo fundamental de comprobar si las personas deprimidas perciben la realidad de forma diferente a las personas no deprimidas (WEINTRAUB et al., 1974; FUNABIKI Y CALHOUN, 1979; ROTH Y REHM, 1980, WENER Y REHM, 1975; BERNARD Y JOYCE, 1984; HAMMEN Y COCHRAN, 1981; HAMILTON Y ABRAMSON, 1983) [148].

Ultimamente se ha puesto en "tela de juicio" la afirmación de que las autoevaluaciones negativas de los deprimidos se deban a errores lógicos específicos al interpretar la realidad. Se ha venido afirmando desde BECK (1973) que los deprimidos distorsionan la realidad, mientras que los "no deprimidos" procesan la información de un modo racional (ALLOY Y ABRAMSON, 1988: 223). Sin embargo, la revisión de los estudios empíricos no arrojan estos resultados. En primer lugar, se ha encontrado que los "no deprimidos" presentan un sesgo de optimismo en las percepciones y juicios

---

[147] Como puede observarse, el modelo de autocontrol enfatiza la importancia de la autoestima en la formación y mantenimiento de la depresión.

[148] Dentro de este enfoque se pueden incluir todos aquellos estudios centrados en el análisis de las características cognitivas de las personas con comportamiento de suicidio y que incluyen en la investigación la depresión.

sobre sí mismos, mientras que los individuos depresivos son, con frecuencia, más realistas en las valoraciones de sí mismos, presentando un sesgo de optimismo en los juicios sobre los demás. En segundo lugar, ciertos estudios confirman que los sujetos depresivos no presentan ningún tipo de sesgo en las percepciones inmediatas y sí en los recuerdos [149].

En definitiva, se confirma el hecho de que los sujetos deprimidos interpretan la realidad de una manera diferente a los sujetos no deprimidos, siendo los primeros, en ocasiones, más realistas que los segundos. En este sentido, la teoría de las distorsiones cognitivas no es del todo correcta. Habría que admitir, sin embargo, que el sesgo optimista en la interpretación de la realidad tiene efectos positivos en la salud mental, esto es, que es adaptativo:

> *"Independientemente de si las percepciones y juicios de los dos grupos son realistas o no ... ¿Cuáles son las consecuencias físicas y psicológicas asociadas a cada tipo de estrategia? Un número considerable de investigadores han sugerido que el sesgo optimista y las ilusiones en la autopercepción típica de los individuos no deprimidos son altamente adaptativas." (ALLOY Y ABRAMSON, 1988: 256)*

> *"Los síntomas maladaptativos de la depresión, tales como la baja autoestima, déficits en habilidades sociales, afectos negativos, disminución en la persistencia, afrontamiento pobre al estrés, y pensamientos e intentos de suicidio, pueden ser consecuencia, en parte, de la ausencia de ilusiones personales saludables." (ALLOY Y ABRAMSON, 1988: 257)*

---

[149] Los sujetos no depresivos presentan distorsiones tanto en las percepciones inmediatas como en los recuerdos (ALLOY Y ABRAMSON: 1988).

La tercera gran teoría cognitiva de la depresión es la indefensión aprendida [150], con el planteamiento de que las personas deprimidas califican cualquier obstáculo como insuperable y que perciben sus éxitos como fracasos. Las personas aprenden que sus respuestas no son contingentes con el resultado:

> *"Las personas deprimidas se consideran aún más ineficaces de lo que realmente son: cualquier pequeño obstáculo para el éxito es visto como una barrera infranqueable, las dificultades para enfrentarse a un problema como una catástrofe e incluso el éxito evidente erróneamente interpretado como un fracaso ...*
>
> *Existe una notable discrepancia entre la actuación objetiva de los depresivos, que ya de por sí no es muy buena, y su estimación subjetiva." (SELIGMAN, 1981: 125)*

> *"De acuerdo con nuestro modelo, la depresión no consiste en un pesimismo generalizado, sino en un pesimismo específico respecto a los efectos de las propias acciones organizadas." (SELIGMAN, 1981:127)*

La teoría de la indefensión aprendida, al igual que las teorías de las distorsiones cognitivas ha sido completada y matizada con valiosas aportaciones. Así ABRAMSON et al. (1980) reformulan la teoría de la indefensión humana y de la depresión con el intento de subsanar algunos de sus "defectos". Denominan a la nueva teoría, teoría de la desesperanza de la

---

[150] Esta teoría ha sido expuesta anteriormente en el apartado de los modelos animales.

depresión [151].

El primer problema que estos autores observan en la teoría original de la indefensión aprendida se refiere al hecho de que no puede explicar las diferencias individuales en situaciones de indefensión. El segundo problema de la teoría original de la indefensión es que equipara la idea de "resultado incontrolable" con "locus of control externo", esto es, con la creencia del sujeto de que él no puede controlar la situación. El tercer problema de la teoría original es que ofrece una vaga explicación de la generalidad y cronicidad de la indefensión a través del tiempo y las situaciones.

ABRAMSON et al. (1980) resuelven los problemas de la teoría pionera de la indefensión aprendida a través de un análisis atribucional [152] en función de tres dimensiones: interno-externo, estable-inestable y global-específico [153]. Así, el problema de las diferencias individuales queda

---

[151] La desesperanza es una de las variables centrales del estudio que nos ocupa, debido a su importancia probada en la conducta suicida. Su exposición no puede ir desligada de la depresión y, por tanto, se presentan en el mismo capítulo.

[152] Un análisis atribucional es el estudio de las características y dimensiones de las causas a las que se atribuyen la ocurrencia de ciertos sucesos.

[153] La dimensión interno-externo de atribución define si la causa atribuida a un hecho está en o es una característica o conducta de la propia persona -interna- o es externa a la persona. La dimensión estable-inestable define si la causa atribuida es una característica duradera en la vida de la persona o es algo modificable o poco duradero. La dimensión global-específico se refiere a si la causa atribuida afecta sólo a una situación específica o puede afectar a una amplia variedad de situaciones (ABRAMSON et al. 1980).

resuelto con la distinción entre indefensión universal y personal [154]:

> *"La indefensión universal se caracteriza por la creencia de que una solución es independiente de todas las respuestas de uno mismo y de otras personas ...*
>
> *La indefensión personal, por otro lado, se da cuando un individuo cree que existen las respuestas que podrían producir el resultado deseado pero que él no la tiene en su repertorio." (ABRAMSON et al. 1980: 11)*

El problema de la generalización y cronicidad de la expectativa en torno a la independencia entre respuesta y resultado se explica por la atribución que haga el sujeto de la causa de dicha independencia. De este modo si se atribuye a una causa global, la indefensión tendrá efectos transituacionales, mientras que si se atribuye a una causa específica sólo afectará a la situación concreta. Si la causa atribuida es estable, la indefensión será crónica.

Los propios autores resumen así, las implicaciones de su teoría de la desesperanza de la depresión:

> *"La generalidad de los déficits depresivos dependerán de la globalidad de la atribución de la indefensión. La cronicidad de los déficits depresivos dependerán de la estabilidad de la atribución de la indefensión; y la disminución de la autoestima dependerá de la internalidad de la atribución*

---

[154] Esta dimensión de la universalidad-individualidad lleva a otra importante dimensión de la indefensión, la baja autoestima. La atribución de los fracasos a causas personales se asocia con baja autoestima. De este modo, la teoría revisada de la indefensión permite explicar el baja autoestima de los sujetos deprimidos.

de la indefensión. Por supuesto, estas atribuciones producirán déficits depresivos solo en tanto en cuanto producen expectativas globales, estables e internas de indefensión futura." (ABRAMSON et al. 1980: 31-32)

ABRAMSON et al (1980), ALLOY Y ABRAMSON (1980) y ALLOY et al. 1988:6) distinguen diferentes tipos de causas en relación a la ocurrencia de ciertos síntomas: causas necesarias, aquellas que deben estar presentes para que se dé el síntoma; causas suficientes, cuya presencia asegura la aparición del síntoma; causas contribuyentes, aquellos factores etiológicos que aumentan la probabilidad de que aparezcan los síntomas. Distinguen, asimismo, las causas en función de su relación secuencial con el síntoma: causas distales, que operan pronto en la secuencia etiológica del síntoma y, causas proximales, que operan relativamente tarde y pueden ocurrir inmediatamente antes o concurrente con el síntoma.

En este sentido, los autores, a través de la teoría de la desesperanza plantean la hipótesis de que una cadena de causas culmina en depresión. En este sentido la desesperanza -expectativa de que soluciones deseables son improbables o de que resultados altamente negativos son bastante probables- es una causa proximal suficiente de la depresión pero no necesaria [155]:

---

[155] Los teóricos de la desesperanza defienden que la depresión es un desorden heterogéneo, siendo posible que otros factores puedan ser también causas suficientes de depresión.

"En esencia, la teoría de la desesperanza postula la existencia de un subtipo de depresión todavía no identificado: la depresión de la desesperanza." (ALLOY et al. 1988: 7)

Además de calificar la desesperanza como una causa proximal suficiente de la depresión, los autores proponen una secuencia de eventos en la cadena causal que culmina en la causa proximal.

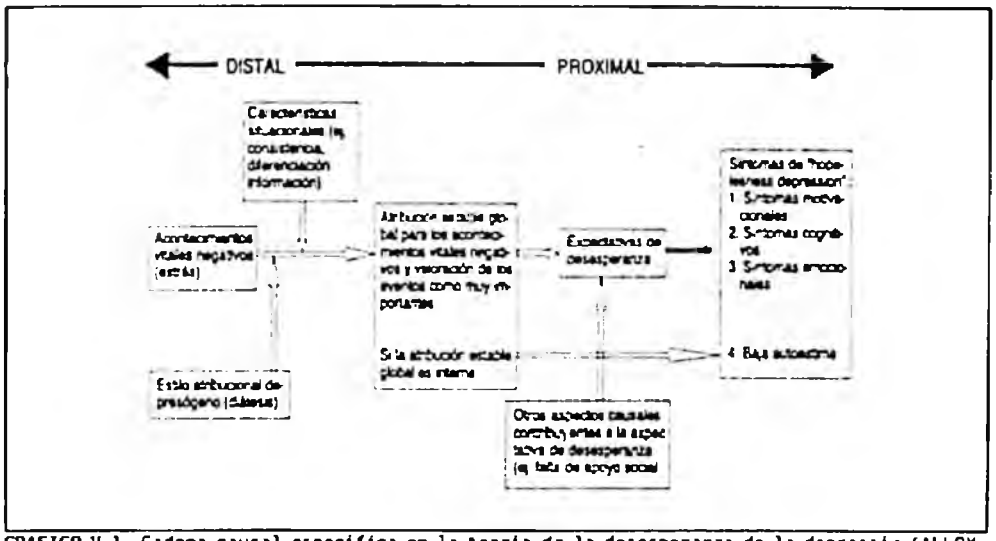

GRAFICO V.1. Cadena causal específica en la teoría de la desesperanza de la depresión (ALLOY, ABRAMSON et al., 1988: 8)
(Trazo grueso=causa suf.; Trazo fino=causa contrib.)

Como puede verse en el Gráfico V. 1, la cadena causal comienza con la presencia de sucesos negativos. Según esta teoría de la depresión, los sujetos con un estilo atribucional depresógeno son más propensos a atribuir cualquier evento a factores internos, globales y estables y a ver los problemas como muy importantes, con lo que aumenta la probabilidad de sentirse desesperados y de desarrollar síntomas depresivos. En cambio, en presencia de sucesos positivos o ausencia de negativos, las personas con estilo

atribucional depresógeno no tienen más probabilidad de desarrollar desesperanza y, por lo tanto, depresión [156].

BONNER Y RICH (1988b, 1991a, 1991b) en una muestra de presos confirma experimentalmente que la desesperanza o "el estado mental de desesperanza" se puede predecir a través de la interacción de variables cognitivas tales como la autoevaluación de ineficacia para la resolución de problemas, la falta de razones para vivir, y las creencias irracionales, unidas a la percepción de alienación social, con el estrés:

"Alienación emocional, distorsiones cognitivas y deficientes recursos adaptativos interactúan cada uno con cada otro de los demás para aumentar la «vulnerabilidad» a la desesperanza. Específicamente, son aquellos individuos que están alienados, y tienen distorsiones cognitivas, y que tienen también pocos recursos para vivir, los más «vulnerables» a desarrollar desesperanza bajo condiciones de estrés." (BONNER Y RICH, 1991a:11)

"Los resultados de este estudio ofrecen un apoyo empírico preliminar a la teoría del estado mental de desesperanza...

...Estos hallazgos sugieren que los presos que se percibieron a sí mismos como ineficaces en la resolución de problemas, solos y aislados de los demás, manifestaron pocos recursos adaptativos o razones para vivir, y que tendieron a ser poco realistas y rígidos en su modo de pensar aparecen particularmente vulnerables. Este estado negativo de la mente podría interferir con la evaluación realista, con conductas de afrontamiento y con la utilización de recursos psicosociales en momentos de estrés y de crisis. Como consecuencia, tras exposiciones repetidas a situaciones de estrés, tales individuos estarían en riesgo de desarrollar

---

[156] Se puede observar que la teoría de la desesperanza de la depresión no es meramente cognitiva, en el sentido de que establece otras variables psicosociales -sucesos positivos o negativos- en el desarrollo de la depresión. En concreto plantea un modelo de diátesis-estrés, que enlaza con el modelo explicativo de pensamiento de suicidio propuesto en esta investigación.

expectativas negativas de solución a los problemas, convertirse en personas desesperadas, y, quizás, acabar viendo el suicidio como una opción viable." (BONNER Y RICH, 1991b:7)

BLOCK (1989) en un estudio realizado en una muestra de pacientes psiquiátricos diagnosticados de depresión mayor, prueba la utilidad del concepto de desesperanza en el estudio de la depresión. Encuentra que la autoestima, incluso en mayor medida que la desesperanza, predice las tendencias suicidas en depresivos.

Se han presentado en este apartado los tres modelos cognitivos más reseñables: la triada cognitiva de BECK, el modelo del autocontrol de REHM y la indefensión aprendida de SELIGMAN, así como su reformulación a través de la teoría de la desesperanza de la depresión. En función de lo expuesto parece poderse afirmar que algunos depresivos tienen un estilo cognitivo diferente a los no depresivos, aunque no necesariamente más distorsionado. La atribución que los sujetos hagan de las situaciones y, consecuentemente, la valoración que hagan de sí mismos, parecen ser factores importantes en las expectativas que se tengan para el futuro. Las expectativas negativas parecen estar ligadas de un modo importante a un subtipo de depresión.

La teoría de la desesperanza de la depresión ha supuesto una integración de los aspectos cognitivos con ciertos aspectos psicosociales. Con

ello, ha abierto paso a la exposición de otros modelos integrados, frutc de la combinación de dos o más de los presentados hasta aquí.

V.1.3.5.- MODELOS INTEGRADOS DE DEPRESION

Se han considerado modelos integrados de depresión aquellos que conjugan factores de diferentes orientaciones para explicar el fenómeno depresivo. La teoría de la desesperanza presentada anteriormente es un buen ejemplo de modelo integrado que pone el énfasis principal en los aspectos cognitivos (ABRAMSON et al. 1980) [157].

La idea central y compartida de los modelos integrados es que ciertos sujetos tienen unas características determinadas que les hace vulnerables a desarrollar un trastorno en unas situaciones determinadas. Queda implícita la convicción de que ni las características de vulnerabilidad aisladamente ni las situaciones por sí mismas explican la aparición del trastorno:

> *"Entonces, aquellas personas que tienden normalmente a atribuir los fracasos a factores internos, estables y globales, estarían más predispuestas a depresiones de indefensión crónicas y generales con baja autoestima. Además, un estilo atribucional tal puede predisponer a estos individuos a la depresión." (ABRAMSON et al. 1980: 32)*

---

[157] La visión integrada de la teoría de la desesperanza tiene un claro antecedente en la experimentación de la indefensión aprendida, que provoca una situación de estrés incontrolable la cual produce en el sujeto el aprendizaje de que está indefenso ante la situación.

" ... debido a que la teoría conlleva un componente de diátesis-estrés, en casos de una tasa baja de sucesos negativos en una muestra determinada, existirán pocos casos de depresión de desesperanza que incluyan el estilo atribucional depresógeno propuesto..." (ALLOY et al. 1988: 13)

La mayoría de los modelos integrados se pueden encuadrar dentro del enfoque de los modelos diatesis-estrés [158]. La tesis básica de los modelos diátesis-estrés es que, la probabilidad de que un suceso estresante desarrolle un trastorno está condicionada por otros factores que pueden, bien amortiguar el efecto del suceso estresante, bien incrementar este efecto. Aquellos factores que incrementan el efecto del suceso estresante se denominan factores de vulnerabilidad.

Diferentes orientaciones enfatizan diferentes factores de vulnerabilidad. Así, por ejemplo, la teoría de la desesperanza, entre otras, se centra en variables cognitivas al hablar de la personalidad de los sujetos, tales como la atribución, las expectativas, la autoestima, etc:

"Reconociendo el papel de los antecedentes ambientales y de los sucesos vitales particularmente, la relación entre tales sucesos y el concepto que tenga una persona de su mundo supone una tarea importante para los investigadores y teóricos de la depresión. Por el momento, contamos con la evidencia de que existen diferencias específicas en el modo en que los depresivos y los no depresivos conciben la realidad." (JANOFF-BULMAN Y HECKER, 1988: 190)

---

[158] El enfoque de el estudio que nos ocupa sobre el pensamiento de suicidio comparte esta misma orientación.

Otros autores se refieren al modo de afrontamiento como el factor que más incide en la magnitud de las consecuencias del sujeto estresante (BLANEY, 1985: 263-283). Esta orientación afirma que si una persona utiliza una estrategia adecuada de afrontamiento a los sucesos, conseguirá amortiguar sus efectos; en cambio, la utilización de un modo de afrontamiento poco efectivo acrecentará los efectos negativos de dicho suceso:

> *"La principal noción que parece merecer una mayor consideración teórica en el futuro es la de «bondad de ajuste» o «congruencia» ... entre el estresor y el moderador ...*
>
> *Además, el hecho de si un amortiguador realmente amortigua en una situación dada no está ligado solamente a la disponibilidad de un repertorio de habilidades de afrontamiento y de recursos de apoyo, sino también a la competencia de la persona para conocer cuál de sus necesidades es prioritaria ..." (BLANEY, 1985:276-277)*

Otro de los posibles factores de vulnerabilidad al estrés es el apoyo social [159]:

> *"Está claro que otros factores también relacionados con la clase social, deben ser tenidos en cuenta como factores de vulnerabilidad de nuestro modelo. Encontramos que si una mujer no tiene un lazo de intimidad, alguien en quien confiar, principalmente un marido o novio, es más propensa a derrumbarse en presencia de un suceso grave o una dificultad importante." (BROWN Y HARRIS, 1978: 278)*

RICH Y BONNER (1987b) investigan ciertas variables

---

[159] Las relaciones entre el afrontamiento y el estrés y entre el apoyo social y el estrés se han expuestos de un modo más detallado un capítulo anterior de este trabajo.

moderadoras del estrés en el desarrollo de la depresión. Encuentran que los sentimientos de soledad y un pobre autoconcepto de la propia capacidad para resolver problemas sociales interactúan con el estrés y con un deficiente apoyo social para predecir diferentes niveles de depresión entre estudiantes universitarios de los primeros cursos:

> *"Los estudiantes deprimidos se sienten solos y con poco apoyo por parte de la familia. Además, estos estudiantes, incapaces de percibirse a sí mismos como competentes y eficaces en la resolución de problemas de tipo social, pueden percibirse a sí mismos indefensos y solos bajo condiciones de estrés." (RICH Y BONNER, 1987b: 341)*

La importancia de la soledad como predictor de la depresión se ve confirmada en un estudio de RICH Y SCOVEL (1987). Este predictor, además juega un papel importante en el desarrollo de desconfianza interpersonal y de neuroticismo, aspectos que también se relacionan con la aparición de depresión.

BONNER Y RICH (1989) en una investigación posterior encuentran que los sentimientos de soledad interactúan con el estrés para predecir la depresión en una muestra de universitarios, en tanto que aspectos tales como la valoración de la autoeficacia al resolver problemas y las distorsiones cognitivas pueden tener efectos directos en la depresión:

> *"En función de los datos, la depresión en estudiantes universitarios podría conceptualizarse como «el final de un camino» que puede ser el resultado*

de diversas «rutas» (p.ej. altos niveles de estrés, la percepción errónea de eventos más bien inocuos, la valoración de la propia persona como inefectivo al resolver problemas, la soledad o alguna de sus combinaciones). Por otra parte, la soledad parece aumentar o interactuar con la experiencia de estrés. Cualquier factor, sin embargo,podría aumentar por sí mismo el riesgo de depresión." (RICH Y BONNER, 1989: 429-430)

El modelo integrado de depresión de BROWN Y HARRIS (1978) sitúa los aspectos sociales, tales como la clase social, variables sociodemográficas, etc, en un lugar predominante, eso sí, sin olvidar aspectos psicológicos tales como la desesperanza y la autoestima. Explican la etiología de la depresión según la ausencia o presencia de ciertos agentes provocadores, de factores de vulnerabilidad y factores de formación de síntomas. Los agentes provocadores son los sucesos vitales y las dificultades importantes; los factores de vulnerabilidad son, entre otros la situación laboral, la clase social, el entorno social y las variables sociodemográficas (por ejemplo, la edad y el sexo); los factores de formación de síntomas son aquellos que inciden en el tipo y grado de severidad de las manifestaciones de la enfermedad, tales como las características de la cultura donde está inmerso el enfermo, la pérdida anterior de alguna persona significativa (muerte, separación o divorcio).

HIRSCHFELD Y BLUMENTHAL (1986) aplican a una población adolescente y jóvenes un modelo integrado que relaciona la personalidad, los sucesos estresantes y otros factores psicosociales con el síndrome depresivo, los intentos de suicidio y los suicidios consumados. Encuentran, en primer

lugar, que la chicas son más propensas que los chicos a desarrollar estos trastornos o conductas; en segundo lugar, que los sucesos ocurridos suelen ser negativos; en tercer lugar, que la situación familiar es estresante y ofrece poco apoyo al adolescente; en cuarto lugar, que aparecen con cierta frecuencia enfermedades en algún miembro de la familia (sobre todo psiquiátricas); y, por último, que el sujeto tiene pocas capacidades para afrontar el estrés.

WILLNER (1985) incluye aspectos biológicos, en su modelo integrado de depresión, además de otras variables sociales y psicológicas. Habla de factores que predisponen a la depresión y de factores precipitantes, aunque reconoce que no se puede hacer una clara división entre ellos. Entre los primeros menciona el estrés y la tensión continuada. Los segundos estarían constituidos por el apoyo social, el estilo cognitivo, la introversión, personalidad inestable, pérdidas significativas tempranas, así como el sexo y la situación laboral; incluye la herencia como un factor más de predisposición.

WILLNER (1985) expone los mecanismos fisiológicos de cada uno de los factores de riesgo. Defiende que, además de los determinantes psicosociales de la depresión, se da una serie de condiciones biológicas y fisiológicas que pueden considerarse precipitantes de depresión. Entre ellos incluye la reserpina y otras drogas, las condiciones hormonales, los anticonceptivos orales, etc. Según este autor, el hecho de que varios factores relativamente independientes puedan contribuir en la aparición de la depresión

explica la variedad de la sintomatología depresiva.

A modo de conclusión, los modelos integrados, defienden la combinación de varios factores en la etiología de la depresión. En presencia de situaciones problemáticas, los individuos más vulnerables tienen más probabilidades de desarrollar depresión que aquellos individuos más "fuertes". Entre los factores de vulnerabilidad se citan la personalidad (introversión) las cogniciones (estilo atribucional depresógeno, desesperanza, pesimismo ...), los aspectos sociales (falta de apoyo social, la condición de mujer trabajadora, falta de una relación íntima ...), la capacidad de afrontamiento a la situación estresante y aspectos biológicos (herencia, niveles hormonales ...).

Los modelos integrados logran superar las limitaciones de los modelos unitarios. Muy pocos tipos de depresión se podrían explicar sólo en función de la agresividad interiorizada (modelos psicoanalíticos) o solo en función de las consecuencia de la conducta (modelos conductuales) o en función de variables exclusivamente cognitivas (modelos cognitivos) ni solo a través de factores biológicos (modelos biológicos). Todos estos tipos de factores, unidos a los factores sociales, tienen algo o mucho que decir en la etiología de la depresión.

V.2.- RELACION ENTRE DEPRESION Y CONDUCTA SUICIDA

Son muchos los estudios que investigan la relación entre depresión y suicidio. En aras de una mayor claridad en la exposición, se van a presentar los datos disponibles en la literatura diferenciando, por un lado, aquellos estudios que se centran en la importancia del diagnóstico psiquiátrico de depresión o trastorno afectivo como causa principal de la conducta suicida y, por otro lado, aquellos trabajos que consideran la depresión un factor influyente en la aparición del comportamiento suicida, y cuya acción puede verse incrementada o aminorada por la presencia de otros factores.

En otro de los apartados se exponen los distintos estudios que investigan la importancia comparativa de la desesperanza y de la depresión en su relación con el suicidio.

V.2.1.- EL DIAGNOSTICO DE DEPRESION Y LA CONDUCTA SUICIDA

El estudio de la incidencia del diagnóstico de trastorno afectivo entre la población suicida lleva implícita la teoría de que el suicidio es consecuencia, principalmente, de un trastorno psiquiátrico.

La conducta autodestructiva y las tendencias suicidas se consideran uno de los síntomas específicos de la depresión [160]. Así, por ejemplo, CORYELL Y WINOKUR (1985) afirman que el exceso de mortalidad de las enfermedades bipolares se explica, principalmente por los suicidios y los accidentes. Según estos autores, la proporción de muertes debidas al suicidio decrece a medida que la duración del seguimiento aumenta.

BECK (1983) [161] conceptualiza los deseos de suicidio como manifestaciones motivacionales de la depresión:

> *"Mientras que los deseos de suicidio pueden ocurrir en individuos no depresivos, estos pensamientos ocurren sustancialmente de modo más frecuente en pacientes depresivos. En nuestras series éste fue el síntoma declarado menos frecuentemente (12 por ciento) por los pacientes no deprimidos, pero fue declarado frecuentemente (74 por ciento) por los pacientes severamente deprimidos. Esta diferencia indica el valor diagnóstico de este síntoma en la identificación de la depresión severa. La intensidad con que este síntoma fue expresado mostró una de las más altas correlaciones con la intensidad de la depresión." (BECK, 1973: 27-28)*

De la misma manera, AYUSO Y SAIZ (1981) hablan de la conducta autoagresiva como uno de los aspectos clínicos de la depresión. Según estos autores, la conducta autodestructiva, puede oscilar desde el

---

[160] ALONSO-FERNANDEZ (1988) afirma que, algunas veces, el primer rasgo psicopatológico depresivo captable desde el exterior es un acto suicida fallido, que permite comprobar la existencia de depresión en los días siguientes.

[161] BECK afirma la presencia entre los depresivos de una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro convierten el suicidio en una alternativa posible para resolver la situación.

simple deseo de morirse, a las verdaderas tentativas de suicidio:

> *"En el melancólico se produce una anulación de la proyección futura, el futuro es todo lo más una repetición de un presente estático ... Se hace comprensible que en estas condiciones de falta completa de perspectiva, con la flecha existencial dirigida al pasado, aparezca la muerte como la única dirección posible para escapar de un sufrimiento insoportable." (AYUSO Y SAIZ, 1981: 207)*

Los momentos de mayor riesgo de conducta suicida entre depresivos tienen lugar al comienzo del episodio depresivo y al final, cuando empieza a decrecer la inhibición, es decir en el momento de la mejoría terapéutica (ROJAS, 1978; ALONSO-FERNANDEZ, 1988). El tipo de depresión que suele dar cuenta de un mayor número de suicidio es la depresión endógena. Dentro de la depresión secundaria, los alcohólicos, drogadictos y esquizofrénicos son los enfermos más proclives a suicidio (ALONSO-FERNANDEZ, 1988).

Ciertos actos de suicidio se pueden entender como resultado de una deficiencia en el sistema hiposerotominérgico que impide la acción sedativa (ALONSO-FERNANDEZ, 1988). El acto suicida se entiende en este contexto como un acto impulsivo biológicamente determinado. No obstante, el propio ALONSO-FERNANDEZ afirma que, entre los depresivos, hay otros factores que influyen en la aparición o no de conductas autodestructivas:

> *"El riesgo de suicidio en la depresión se incrementa a medida que se*

vuelva más numerosa y profunda la presencia de los rasgos siguientes: antecedentes de hogar roto o disociado; casos de suicidio entre familiares o amistades íntimas; personalidad prepsicótica impulsiva o con otros radicales psicopáticos; intentos de suicidio previos; sintomatología depresiva polarizada en la desesperanza y el dolor de vivir ..." (ALONSO-FERNANDEZ, 1988: 39)

Como ya sabemos, la conducta suicida en la población adulta se asocia con los trastornos depresivos considerándose bien un síntoma, bien una consecuencia de dichos trastornos afectivos. ENG GOHN et al. (1989) encuentran que los diagnósticos más frecuentes entre las personas que cometen suicidio en los hospitales es la esquizofrenia y los desórdenes afectivos, que pueden haber verbalizado pensamientos de suicidio y haber sido ingresadas a causa de ellos.

Según los datos procedentes de una revisión de las condiciones que predisponen al suicidio, un 30% de pacientes con depresión primaria y reactiva muere por suicidio, un 15% de pacientes alcohólicos y un 10% de pacientes con esquizofrenia (MILES, 1977). Queda patente, con estos resultados, la preponderancia del diagnóstico de depresión entre los suicidios.

BIRTCHNELL (1981) estudia las diferencias entre mujeres pacientes psiquiátricas con historia de intento de suicidio y pacientes psiquiátricas no suicidas. La conducta suicida no diferencia los tipos de depresión endógena/neurótica pero se relaciona significativamente con la severidad de la depresión. Además del diagnóstico de depresión, el alcoholismo

es otro de los diagnósticos presentes entre las pacientes suicidas. Otros aspectos de carácter psicosocial, tales como la calidad de las relaciones matrimoniales, y la experiencia de pérdida temprana unida a la existencia de tres o más hijos se relacionan así mismo, con conducta suicida:

> *" ... significativamente un mayor número de pacientes que expresan sentimientos de culpa, un síntoma frecuentemente asociado con severidad de la depresión, eran suicidas. Hay, entonces, alguna justificación para concluir que las pacientes propensas a la depresión severa, están más inclinadas a intentar suicidarse." (BIRTCHNELL, 1981: 388)*

Las investigaciones confirman una mayor incidencia de trastornos depresivos entre los pacientes psiquiátricos parasuicidas que entre los pacientes psiquiátricos del grupo control (LUSCOMB et al., 1980). MICHEL (1987) encuentra que los síntomas depresivos son más frecuentes en el grupo de individuos suicidas y en el grupo que lleva a cabo intentos graves que en el grupo de personas no suicidas. Se dispone de datos que afirman que de 100 adolescentes hospitalizados consecutivamente tras un intento de suicidio, 91 reúnen los criterios diagnósticos de un desorden depresivo (CHABROL Y MORON, 1988).

CLARK et al. (1989) descubren en pacientes con un desorden afectivo de moderado a severo que han intentado suicidarse, una predisposición a realizar otros intentos aunque haya pasado mucho tiempo desde el último intento:

"Una implicación del modelo de heterogeneidad es que los intentos de suicidio realizados hace muchos años, tienen el mismo valor que los intentos recientes al estimar la predisposición de un individuo a intentos futuros no letales." (CLARK el al., 1989: 48)

A través de la autopsia psicológica, entre un 63% y un 76 % de la víctimas de suicidio se puede diagnosticar de "desorden afectivo" a través de la autopsia psicológica (BRENT Y KOLKO, 1990a).

Ante la importancia, asentida por muchos, de la depresión como causa de suicidio, BEAUMONT (1989) llama la atención sobre la conveniencia de tomar precauciones a la hora de prescribir un tratamiento farmacológico a los depresivos. La tendencia de estos enfermos a las sobredosis con las propias medicinas prescritas por el facultativo hace necesario replantearse que, con tales medicinas, se está poniendo a disposición del depresivo sustancias letales. La conveniencia de tratamientos con sustancias menos tóxicas es una consecuencia clara para la prevención de suicidio por sobredosis entre depresivos.

La relación entre depresión y suicidio se ha constatado también en la población adolescente, siendo numerosos los estudios que comprueban tan relación. Así, por ejemplo, se afirma que:

"La mayoría de las víctimas adolescentes de suicidio parecen haber sufrido, al menos, un desorden psiquiátrico importante, predominantemente un desorden afectivo (particularmente, desorden

bipolar), abuso de sustancias o desorden de conducta. Al menos la mitad ha realizado amenazas o intentos de suicidio en el pasado. La constelación de depresión, problemas de conducta y abuso de sustancias, junto con la existencia de conducta suicida anterior es también característica de adolescentes que intentan suicidarse." (BRENT, 1990: 527)

BRENT, KOLKO et al. (1990) comparan un grupo de adolescentes con desórdenes afectivos suicidas con un grupo igualmente diagnosticado pero no suicida. Encuentran que en el grupo suicida el trastorno depresivo aparece más tempranamente y dura más. Además, el grupo suicida puntúa más en medidas autoadministradas de depresión. En una investigación anterior, BRENT, PERPER et al., 1988) observan que los adolescentes víctimas y los pacientes suicidas muestran altas tasas de desorden afectivo, tanto en sí mismo como en sus familias. Entre los adolescentes que han cometido suicidio, se detecta mayor prevalencia de desorden bipolar secundario que entre los adolescentes con intento de suicidio. Algunos estudios indican que la conducta suicida está asociada con los desórdenes afectivos, pero que no aparecen diferencias a este respecto entre los distintos tipos de desórdenes afectivos (SPALT, 1980).

La sintomatología depresiva está presente en los jóvenes y adolescentes con pensamientos de suicidio, del mismo modo que lo está en los adultos con ideas autodestructivas (GOLDBERG, 1981). Un estudio llevado a cabo por HODGMAN Y ROBERTS (1982) comprueba que el pensamiento de suicidio en la depresión adolescente es, al menos, tan común como en la

depresión adulta. A esta misma conclusión llegan BETTES Y WALKER (1986) tras realizar un estudio con el objetivo de investigar los síntomas asociados a la conducta suicida en niños y en adolescentes. Afirman que, en ambos sexos y en todas las edades estudiadas (11-18 años), el humor depresivo y otros síntomas propios de la depresión ocurren con mayor frecuencia en los sujetos suicidas. Estos resultados llevan a los autores a la siguiente conclusión:

> *"Como consecuencia, tales síntomas se deberían considerar factores de riesgo de suicidio en niños, igual que en adultos." (BETTES Y WALKER, 1986: 603)*

> *"El pensamiento de suicidio es quizás un barómetro de la severidad de la depresión en muchos jóvenes, independientemente de la edad. Igual que ocurre con los adultos, los adolescentes seriamente deprimidos y con pensamiento severo de suicidio son grupo de riesgo de intento de suicidio ... " (CARLSON Y CANTWELL, 1982: 367)*

La conducta suicida se puede entender como una parte del cuadro depresivo de los niños y los adolescentes (GARFINKEL Y GOLOMBEK, 1974). En respectivas investigaciones, GARFINKEL Y GOLOMBEK (1983), HOBERMAN Y GARFINKEL (1984) y HOLDEN (1986) detectan que la mitad o más de los jóvenes suicidas muestran evidencia de tener un desorden psiquiátrico, principalmente de tipo depresivo o abuso de sustancias y alcohol. Sin embargo, el hecho de que las personas que se encuentran más tiempo con los adolescentes no "calibren" de un modo adecuado la existencia de estos trastornos entre este grupo de población, hace que estos factores de riesgo se

estimen por debajo de su incidencia real en los suicidios de los más jóvenes:

> *"Adicionalmente, varios estudios han demostrado que ni los padres ni los profesores juzgan adecuadamente la depresión en niños o adolescentes. Como consecuencia, los informes médicos que se basan en los padres, profesores o empleados como fuentes de información, probablemente subvaloran la tasa de desórdenes afectivos entre estos grupos de edad. Es muy probable que las tasas de desórdenes afectivos y abuso de sustancias estén estimadas por debajo de su prevalencia real en los adolescentes suicidas." (HOBERMAN Y GARFINKEL, 1984: 693)*

TAYLOR Y STANSFELD (1984) comparan una población de niños que se han intentado envenenar con una población psiquiátrica, encontrando que, en el primer grupo de población aparecen más síntomas de desorden depresivo que en la segunda. Además, los niños "envenenados" provienen de familias donde las relaciones interpersonales son conflictivas [162].

PFEFFER, PLUTCHIK et al. (1983) y PFEFFER, NEWCORN (1989), por su parte, dividen dos muestras de niños y de adolescentes de población psiquiátrica en cuatro grupos: sólo suicidas, sólo agresivos, suicidas-agresivos, y ni suicidas ni agresivos. Descubren que los grupos suicidas, tanto en de niños como de adolescentes, se caracterizan principalmente -frente al resto de los grupos no suicidas- por los desórdenes depresivos, apareciendo también en ellos -en el caso de los adolescentes-, desórdenes de abuso de sustancias y alcohol y tendencias anteriores de suicidio, síntomas crónicos de

---

[162] Estos resultados anuncian la idea central expuesta en este capítulo que reza que la incidencia que la depresión tenga en las tendencias suicidas se ve afectada por otros factores.

depresión, y estrés ambiental referido sobre todo a la relación entre los iguales y con los padres. Otro estudio realizado en población infantil no clínica indica que la depresión reciente y pasada es una de las variables que diferencia a los niños con tendencias suicidas del resto no suicida (PFEFFER, ZUCKERMAN et al., 1984).

Por su parte, KIENHORST et al. (1990b) comparan una población de adolescentes que han realizado un intento de suicidio con adolescentes no suicidas. En el grupo suicida aparecen más frecuentemente pensamientos de muerte y de suicidio, así como unos niveles más altos de depresión, desesperanza y un grado inferior de autoestima. SMITH Y CRAWFORD (1986) descubren una correlación entre la frecuencia de depresión y la severidad del pensamiento de suicidio. Esto es, el porcentaje de depresión entre los adolescentes que han intentado suicidarse es mayor que entre los sujetos que lo han planeado.

En una muestra de adolescentes que habían intentado suicidarse se han encontrado claros signos vegetativos de depresión, tales como trastornos del sueño, cambio de peso, etc. (TISHLER et al., 1981). Algunos estudios llegan a la conclusión de que, en un grupo de niños, la severidad del pensamiento de suicidio correlaciona tanto con los síntomas como con el síndrome de depresión (BRENT, KALAS et al., 1986).

ROBBINS Y ALESSI (1985) en un estudio realizado entre pacientes psiquiátricos adolescentes, encuentran que la conducta suicida se asocia con muchos síntomas depresivos, tales como el humor depresivo, autovaloración negativa, insomnio, dificultad de concentración, trastorno psicomotor, dificultad de disfrute de las situaciones, así como con abuso de alcohol y drogas. De hecho el abuso de drogas y de alcohol constituyen, en sí mismos, un riesgo para la vida y están asociados con depresión (CLARK, SOMMERFELDT et al. 1990). El abuso de drogas y alcohol y el intento de suicidio puede considerarse una manera de combatir y de enfrentarse con la depresión utilizada por los adolescentes (WODARSKY Y HARRIS, 1987). Siendo la depresión una afección bastante extendida entre este grupo de población [163], sería conveniente para la prevención del suicidio, estar atentos a los signos de desorden afectivo mostrados por los adolescentes.

APTER, BLEICH et al. (1988) observan que, en una muestra de niños, las puntuaciones en una escala de depresión correlaciona con las puntuaciones en una escala destinada a medir tendencia suicida, aunque estos autores encuentran una mayor tendencia suicida en aquellos sujetos diagnosticados de desorden de conducta que en los diagnosticados de depresión mayor. Relacionado con este resultado se puede citar el estudio de

---

[163] DUBOW et al. (1990) encuentran que un 62 % de los sujetos de entre una muestra de 1.384 adolescentes afirman tener problemas depresivos. LADAME Y JEANNERET (1982) y GOLOMBEK Y MARTON (1989) opinan que la adolescencia, como período de cambios difíciles favorece sentimientos depresivos. Sitúan la detección de la enfermedad depresiva -frente a la depresión evolutiva- como el primer paso para la prevención del suicidio en la adolescencia.

SIMONS Y MURPHY (1985), cuyos datos anuncian que la conducta delictiva es un importante predictor del pensamiento de suicidio en adolescentes mujeres [164]. Por su parte, PFEFFER, SOLOMON et al. (1982) encuentran cinco diagnósticos que correlacionan con suicidalidad en niños: el primer lugar lo ocupa la depresión, con la correlación mayor, seguida de desorden de ajuste, desorden específico de desarrollo, retraso mental y esquizofrenia. No obstante, los autores apuntan que la capacidad predictiva de la tendencia suicida por parte del diagnóstico clínico es limitada:

> *"Sin embargo, la cantidad de varianza explicada por estas correlaciones es relativamente pequeña, de modo que la habilidad predictiva de conducta suicida por parte del diagnóstico es limitada." (PFEFFER, SOLOMON et al., 1982: 568)*

En la misma línea que los autores anteriormente citados se sitúa la opinión de POLAINO-LORENTE:

> *"Es cierto que, tanto los intentos suicidas como el suicidio consumado no pueden reducirse, entre los adolescentes, a meras consecuencias de la enfermedad depresiva. Pero no es menos cierto -con los datos disponibles de las actuales investigaciones que resultan incontestables- que el suicidio y la depresión, en la adolescencia, cabalgan juntos. No cabe duda alguna de que son dos cuestiones distinguibles y, hasta cierto punto, separables; como tampoco cabe ninguna duda de que una incide en la otra y ambas reobran recíprocamente, siendo, en algunas circunstancias, una consecuencia de la otra." (POLAINO-LORENTE, 1988: 168)*

---

[164] La relación de los desórdenes de conducta y la delincuencia con la conducta suicida se puede explicar por el hecho de que constituyen, como el suicidio, respuestas no adecuadas, desadaptadas e ineficaces, a las situaciones problemáticas.

Existen datos que hacen cuestionar la correspondencia absoluta entre desórdenes afectivos y suicidio. Se ha observado que, a pesar de la aparición de modernas técnicas de tratamiento de los desórdenes afectivos, no ha disminuido el número de suicidios y que, siendo las mujeres las que sufren en mayor porcentaje de desórdenes afectivos, son más los hombres que cometen suicidio (HANKOFF, 1985).

A la vista de lo expuesto, se puede concluir la relación entre suicidio y el diagnóstico de depresión tanto en población adulta como adolescente. Muchos autores ven la conducta suicida como un síntoma de la depresión y otros califican la depresión como causa de suicidio.

No obstante la importancia del diagnóstico de depresión en la conducta suicida, existe un gran número personas deprimidas que no se suicidan y personas suicidas que no están diagnosticados de depresión (BROOKSBANK, 1985; ALLEN, 1987). Esta constatación lleva a plantearse la existencia de otros factores que influyan en la aparición o no de conductas suicidas entre personas deprimidas:

> *"Por cada persona que intenta el suicidio porque está deprimida, 99 personas deprimidas no intentan suicidarse. Además no todos los suicidios se han podido asociar con depresión." (RICH Y BONNER, 1988: 5)*

V.2.2.- LA DEPRESION COMO UN ASPECTO DE VULNERABILIDAD AL SUICIDIO

Existe una conexión entre depresión y suicidio en la población adulta pero no hay una correspondencia exacta entre ambos. Como se ha dicho, ni todos los depresivos se suicidan, ni todos los suicidas son depresivos. Se hace, entonces, necesario investigar la presencia de otros factores que den luz a dicha relación entre depresión y suicidio.

Se ha constatado que la existencia de intentos de suicidio en pacientes con depresión primaria está fuertemente asociada con un aumento en la tasa de sucesos estresantes (SLATER Y DEPUE, 1981). Se comprueba la presencia de un alto número de sucesos entre la aparición de la enfermedad depresiva y el intento de suicidio. Los sucesos que implican una pérdida de apoyo social pueden tener un importante papel como precipitante del intento, aunque la existencia de apoyo social, podría amortiguar el efecto de dichos sucesos y prevenir el intento de suicidio.

VAN EGMOND Y DIEKSTRA (1988) estudian los correlatos de la inclinación al suicidio en una muestra de mujeres deprimidas. Las diferencias entre mujeres deprimidas suicidas y mujeres deprimidas no suicidas indican que las personas suicidas tienen más severidad en la depresión y unas actitudes hacia el suicidio más permisivas, presentando, además, una historia previa de

tendencia al suicidio.

En la misma línea, HAWTON (1987) propone que, además de los trastornos psiquiátricos de depresión u otras enfermedades, en la medición de riesgo de suicidio hay que tener en cuenta aspectos tales como la presencia de enfermedad física, los sucesos de pérdida, la historia familiar de suicidio, factores biológicos y sociales, como podría ser el desempleo.

Por su parte, BONNER (1990) diseñan un modelo para la medición clínica del riesgo de suicidio. Sugiere que se debe evaluar el estado mental, el estado afectivo y el contexto psicosocial. Dentro del estado mental se deben considerar aspectos tales como la existencia de pensamientos de suicidio, las esperanzas respecto al futuro y la razones para vivir. En la valoración del estado afectivo se debe tener en cuenta si el individuo sufre un desorden del estado de ánimo y si está diagnosticado de depresión o desorden bipolar. Finalmente, es importante considerar el contexto psicosocial del sujeto, los estresores a los que está expuesto, el aislamiento social, etc.

Dentro de esta perspectiva psicosocial del suicidio, que entiende la depresión como un factor influyente pero no determinante en la explicación de la conducta suicida, es interesante la teoría de LINEHAN Y SHEARIN (1988) que propone un modelo diátesis-estrés del suicidio, considerando que la enfermedad psiquiátrica -fundamentalmente de tipo afectivo- es un estresor.

Si el estrés producido por esta enfermedad se une a diferentes factores de vulnerabilidad, tales como la falta de habilidad para resolver problemas, la falta de esperanza en el futuro, la baja tolerancia al distrés o también y la desesperanza, el riesgo de aparición de conducta suicida aumenta considerablemente.

Se ha afirmado que la depresión es el factor más importante asociado con intento de suicidio y la ocurrencia de eventos estresantes no deseables, así como los resultados negativos de dichos eventos son factores que permiten la expresión de cierta vulnerabilidad en forma de comportamiento suicida (ISHERWOOD et al., 1982)

LINEHAN, CHILES et al. (1986) confirman en una muestra de pacientes psiquiátricos que los sujetos parasuicidas experimentan más problemas interpersonales que los sujetos con pensamientos de suicidio y los sujetos no suicidas. Sin embargo, no encuentran diferencias entre estos grupos en torno a la depresión. ELLIS Y RATLIFF (1986), en una muestra de pacientes psiquiátricos, encuentran diferencias entre grupos de suicidas y no suicidas respecto a existencia de pensamientos irracionales y a la presencia de desesperanza. En lo que se refiere a la depresión, la diferencia entre los grupos no alcanza significatividad [165]. Algunas investigaciones indican que la

[165] Estos resultados se deben analizar con cautela debido al escaso número de sujetos (n = 60) que constituyen la muestra del estudio.

hostilidad es un factor que explica mejor que la depresión los "envenenamientos deliberados" (FARMER, 1987).

ELLIS Y RANGE (1989b) mantienen una perspectiva psicosocial, al considerar los problemas del estado de ánimo como una de las características de los individuos suicidas, sin olvidar la importancia de las cogniciones y de las características adaptativas en la ocurrencia de conductas autodestructivas.

Además de la importancia de la depresión en la explicación de la conducta suicida, se pueden añadir otros aspectos explicativos de la conducta suicida (RANIERI, STEER et al., 1987): la desesperanza y las actitudes disfuncionales. Estos resultados confirman distintos aspectos de vulnerabilidad al pensamiento de suicidio.

BONNER Y RICH (1989) estudian los factores de riesgo de intención suicida en una población reclusa y llegan a la conclusión de que la desesperanza, la conducta suicida anterior y la depresión son los tres aspectos más importantes. Además de estos factores, el sentimiento de soledad, la percepción del ambiente carcelario como muy estresante, la falta de razones para vivir y las distorsiones cognitivas suman su acción a la influencia en la intención suicida.

KEITNER, MILLER et al. (1987) y KEITNER, RYAN et al. (1990) comprueban que el aspecto que diferencia a pacientes depresivos suicidas de pacientes depresivos no suicidas está en el modo en que se percibe la familia. Así, los pacientes suicidas valoran más negativamente el funcionamiento de sus familias que los pacientes no suicidas.

La depresión como aspecto de vulnerabilidad al suicidio se ha estudiado también en la población joven y adolescente.

Una descripción de las características de los niños y sujetos en la primera fase de la adolescencia que amenazan intentan o comenten suicidio indica que los síntomas afectivos o depresivos y las circunstancias familiares adversas, son los dos aspectos que mejor describe a este grupo de población suicida (SHAFFER Y FISHER, 1981 y PFEFFER, 1981). BRENT, KOLKO et al. (1990) comprueban que la intención suicida entre pacientes adolescentes diagnosticados de desórdenes afectivos se relaciona con falta de asertividad, conflictos familiares e historia familiar de conducta suicida.

BONNER Y RICH (1987) en un estudio realizado con jóvenes universitarios encuentran que la depresión, la autovaloración de sí mismo como ineficaz en la resolución de problemas interpersonales, la soledad y la desesperanza, no actúan independientemente unos de otros en la aparición de la conducta suicida, sino que se combinan para formar un componente de

alienación socio-emocional del individuo suicida. Estos mismos autores (BONNER Y RICH, 1988a) en otra investigación descubren que la alienación socio-emocional, las deficientes razones para vivir y el estrés pueden, por sí mismos predecir la inclinación suicida. Con esta afirmación se entienden estos factores más como factores de riesgo que como factores de vulnerabilidad. No obstante, la presencia de un número mayor de factores de riesgo, aumenta la probabilidad de aparición de la conducta suicida. La combinación lineal del estrés, la depresión, la soledad y pocas razones para vivir, explica el 30 % de la varianza de la puntuación en ideas de suicidio (BONNER Y RICH, 1988b) en una población joven universitaria.

Entre adolescentes, la combinación lineal de depresión, desesperanza, pocas razones para vivir y la presencia de problemas de abuso de sustancias explican un 52 % de la varianza en la puntuaciones de pensamientos de suicidio (KIRKPATRICK-SMITH, RICH et al., in press). RICH, KIRKPATRICK-SMITH et al. (in press) en una muestra de adolescentes confirman que estos cuatro factores predicen el pensamiento de suicidio tanto en chicas como en chicos. No obstante, la ecuación predictiva explica una mayor proporción de varianza en las adolescentes que en los adolescentes.

SCHOTTE Y CLUM (1982) observan que el estrés está significativamente relacionado tanto con el nivel de depresión como con el nivel de desesperanza y que dichos niveles diferencian a los jóvenes universitarios

que tienen altas puntuaciones en pensamiento de suicidio de los que no piensan en él. RUDD (1990) propone un modelo integrador de pensamiento de suicidio y lo estudia en una población de estudiantes universitarios, comprobando que la depresión y la desesperanza median la relación entre el estrés y el pensamiento de suicidio.

Una visión multidimensional del parasuicidio adolescente plantea que el efecto de los acontecimientos estresantes tengan en el adolescente depende del funcionamiento de los diferentes sistemas de la realidad del individuo (COHEN, 1988). Entre ellos, el sistema afectivo. En dicho sistema, la indefensión, depresión, desesperanza, alienación y confusión son los sentimientos que se asocian más frecuentemente con las tendencias suicidas en los adolescentes. La formación de estos sentimientos está en función de la adecuación de los sistemas cognitivo, relacional, psicofisiológico. Cada uno de estos sistemas influye en los demás para explicar la conducta autodestructiva en los adolescentes:

> *"La depresión en la infancia es inicialmente manifestada como indefensión..., creada por la interacción de los sistemas relacional, cognitivo y psicofisiológico. " (COHEN, 1988: 6-7)*

ALLEN (1987) considera que la depresión y la desesperanza son factores predictores de tendencia de suicidio entre la gente joven. De hecho, algunos de los signos de riesgo de suicidio indicados por el autor corresponden a síntomas de depresión: cambio en los patrones del sueño; cambios bruscos

en los hábitos de alimentación o pérdida y ganancia de peso; cambios en el rendimiento escolar e irritabilidad u otros cambios de personalidad.

Sin embargo, no todos los autores confirman las diferencias en los niveles en depresión y de desesperanza entre pacientes adolescentes hospitalizados suicidas y los equivalentes no suicidas (SPIRITO, STARK et al., 1987). La reciente hospitalización tanto del grupo suicida como del no suicida puede provocar un aumento de los niveles de depresión en ambos grupos que disminuya las diferencias. Asimismo, la ayuda psicológica prestada en el hospital a los pacientes suicidas puede ser otro de los factores que iguale los niveles de depresión y desesperanza.

Se ha comprobado que el nivel de depresión tiene un efecto directo en la conducta suicida entre los jóvenes y que, junto a variables del entorno familiar, explica un 22 % del nivel de conducta suicida (LANGWORTHY Y YUTRZENKA, 1989). La desesperanza tiene un efecto indirecto en la conducta suicida.

MILLER et al. (1982) estudian los aspectos que explican el intento de suicidio en una población de delincuentes de edad adolescentes. El pensamiento de suicidio, la depresión, el sexo, los conflictos con los padres, la hiperactividad, son algunos de los factores que explican dicho evento suicida. Las adolescentes tienen una mayor tendencia a intentar suicidarse

cuando están deprimidas que los adolescentes en la misma situación de depresión.

Los adolescentes que han realizado un intento de suicidio se diferencian del grupo control de adolescentes depresivos por el hecho de vivir en unas circunstancias más problemáticas, así como por presentar un mayor aislamiento social y unas expectativas más negativas respecto al futuro, esto es, una mayor desesperanza (KIENHORST, WILDE et al., 1992).

Los resultados de las investigaciones llevan a la conclusión de que la depresión es un aspecto incidente en la aparición de conductas suicidas tanto en adolescentes como en adultos. No obstante, se debe afirmar la existencia de otras variables que pueden influir en la relación de la depresión con el suicidio. En población adolescente , el abuso de drogas y, sobre todo, las relaciones familiares, son aspectos que pueden aminorar o acrecentar la relación entre la depresión y el suicidio. Por otra parte, la situación ambiental puede actuar de factor precipitante que desencadene distinto tipo de comportamiento autodestrutivo en personas deprimidas o depresivas.

La desesperanza, un aspecto intrínseco en muchas depresiones, se ha visto igualmente relacionado con el suicidio, tanto en población adulta como en población joven y adolescente. Han proliferado muchas investigaciones que tratan de medir qué aspecto de los dos -depresión y

desesperanza- influye más en el suicidio. En el apartado siguiente se presentan los resultados de las distintas investigaciones realizadas al respecto.

V.2.3.- LA DESESPERANZA Y LA DEPRESION. RELACIONES COMPARADAS CON EL SUICIDIO

Se ha comentado en un apartado anterior que la desesperanza es un componente asociado a algunos tipos de depresión. Supone una visión negativa del futuro que conlleva la convicción de que la situación actual no va a mejorar con el paso del tiempo. La visión negativa del mundo y de sí misma que suele tener la persona deprimida unida a su concepción del futuro hace que considere la situación negativa actual perpetuada a través del tiempo (BECK, 1973).

La importancia de la desesperanza en la predicción de suicidio queda sintéticamente reflejada en el título de la obra de KEIR (1986) "No puedo afrontar el mañana" donde se estudian las características de personas suicidas y el modo de ayudarles.

La vinculación de la desesperanza con el suicidio ha dado lugar a un gran número de investigaciones. Por citar alguno, BECK, STEER et al. (1985) observan que, a través de una escala de desesperanza, se clasifica correctamente a un 91 % de los sujetos hospitalizados por pensamientos de

suicidio.

En un estudio realizado en una muestra de niños, se comprueba que los sujetos con mayores niveles de desesperanza presentan menos repulsión hacia la muerte que los niños más esperanzados (COTTON Y RANGE, 1989).

KOVACS (1982) coincide en afirmar que la desesperanza es una variable importante en el estudio del suicidio:

> *"... la desesperanza es una dimensión psicológica que subyace a las conductas suicidas. Además ... el constructo de desesperanza no sólo ofrece una explicación a algunos de los contradictorios hallazgos del ámbito de la suicidología sino que también apunta un camino hacia un tratamiento y unos esfuerzos preventivos más factibles y acertados. " (KOVACS, 1982: 61)*

La medición de la propositividad de la vida, esto es, del grado en que el individuo experimenta que la vida tiene un significado y un propósito, junto con las puntuaciones de depresión, sirven para la predicción de las preocupaciones suicidas del momento (LESTER Y BADRO, 1992). En cambio, los comportamientos y tendencias suicidas pasados, se predicen con la sola contribución de la propositividad de la vida. La similitud de esta variable con la desesperanza justifica el que haya sido mencionada en este apartado.

Son muchos los autores y estudios que comparten y confirman

la relación de la desesperanza con las diferentes formas de conductas autodestructivas. Algunos de ellos defienden que la depresión y la desesperanza están presentes en los individuos suicidas, otros confirman que una de ellas tiene más peso que la otra en su vinculación con el suicidio. En este apartado se van a presentar algunos de los estudios y opiniones en relación a esta polémica.

En primer lugar, la depresión y la desesperanza son dos variables, que parecen estar relacionadas en cierta medida y que, se presentan relacionadas con la conducta suicida en muchas investigaciones. Así, por ejemplo, BONNER Y RICH (1987), tras realizar un análisis factorial con un número de variables presuntas determinantes del pensamiento de suicidio, agrupan en un factor denominado "alienación socio-emocional" la depresión, la ineficacia autopercibida, la soledad y la desespereranza. Este factor es un predictor importante de conducta suicida tanto en los grupos de bajo nivel de ideación como en los grupos de alto nivel de ideación y en los que han intentado suicidarse. Los resultados del estudio lleva a los autores a concluir al respecto de estas variables:

> *"... la depresión, la soledad, la desesperanza y la ineficacia percibida en la resolución de problemas parecen constituir un componente de alienación social emocional del individuo suicida." (BONNER Y RICH, 1987: 58)*

Estos mismos autores (RICH Y BONNER, 1987a) concluyen en

un estudio realizado en una muestra de estudiantes universitarios que la depresión se combina linealmente con otras variables, como la soledad, pocas razones para vivir y estrés para explicar la ideación suicida actual. La desesperanza, por su parte, junto con el pensamiento actual de suicidio, las distorsiones cognitivas y las pocas razones para vivir explica la probabilidad futura de suicidio predicha por el propio sujeto. Este resultado es confirmado en otro estudio realizado por BONNER Y RICH (1989) en una muestra de población reclusa: la combinación actual de ideación de suicidio y desesperanza da cuenta del 59 % de varianza de la conducta suicida futura predicha por el propio sujeto.

Otro estudio posterior (KIRKPATRICK-SMITH, RICH et al. (in press) encuentra que ambas variables, esto es, la depresión y la desesperanza, son predictores significativos del pensamiento de suicidio en una muestra de adolescentes. ELLIS (1989), realiza una revisión exhaustiva de la bibliografía existente al respecto de la relación de estos dos aspectos con el suicidio que le lleva a reconocer la importancia de ambas en el estudio del suicidio.

En la misma línea, PRONOVOST et al. (1990) se refiere al estado depresivo, sentimientos de insignificancia personal y desesperanza, como características de los jóvenes suicidas. KAZDIN, FRENCH et al. (1983) concluyen que los niños con mayores puntuaciones en una escala de desesperanza muestran significativamente una depresión más severa y una

menor autoestima. Asimismo, los niños con actos o pensamientos suicidas presentan mayor desesperanza que los niños no suicidas. Además, afirman que la intención suicida se relaciona con más consistencia con la desesperanza que con la depresión.

Existen estudios que concluyen que la desesperanza, más que la depresión, es una variable predictora de la tendencia de suicidio. Así RICH, KIRPATRICK-SMITH et al. (in press) encuentran que la desesperanza es el predictor que más varianza del pensamiento de suicidio explica en una muestra de adolescentes. Este resultado confirma el trabajo de KOVACS et al. (1975) quienes concluyen que la desesperanza es significativamente mejor indicador de riesgo de suicidio que la depresión.

Una revisión de los distintos estudios empíricos que investigan la asociación entre depresión, desesperanza y suicidio indica que:

> *"... la desesperanza es uno de los lazos comunes o caminos hacia el suicidio: depresivos, esquizofrénicos, drogadictos, o aquellos con problemas caracteriológicos de larga duración pueden no vivenciar el futuro como un presagio de buenas soluciones." (KOVACS, 1982: 72)*

HAWTON (1989) y ALLEN 1987), tras un análisis de los resultados de diferentes investigaciones deducen que la conexión entre la depresión y el suicidio no es directa sino que un tercer parámetro, la desesperanza, es el factor importante asociado tanto con ideación suicida como

con conducta suicida, y no la depresión por sí misma.

Según KOVACS (1982), la desesperanza permite explicar que no haya habido un declive del número de suicidios a pesar de los enormes progresos en farmacología antidepresiva. No obstante, reconoce que todavía, la desesperanza no permite una total solución a la predicción y prevención del suicidio:

> *"Mientras la desesperanza puede llevar a una disminución del deseo de vivir, la ejecución del acto suicida está sujeta a multitud de factores tales como la disponibilidad de apoyo interpersonal y social que puede atenuar la desesperación, disminuir la accesibilidad de un método... " (KOVACS, 1982: 73)*

PLATT Y DYER (1987) encuentran que la desesperanza, más que la depresión, discrimina entre los suicidas desempleados y los suicidas no desempleados. Este resultado lleva a concluir que la desesperanza puede ser una variable psicosocial clave que debería incluirse en cualquier modelo que explique el proceso que une el desempleo con las conductas de parasuicidio.

Por su parte, DYER Y KREITMAN (1984) confirman que tanto la depresión como la desesperanza correlaciona con el nivel de intención suicida en una muestra de parasuicidas, sin embargo, la relación entre la depresión y la intención suicida es dependiente de la existente entre desesperanza y dicha intención suicida.

Además de los estudios que concluyen que la desesperanza tiene más vinculación con el suicidio que la propia depresión, se pueden encontrar, asimismo, numerosas investigaciones que afirman la preponderancia de la depresión sobre la desesperanza en la relación con el suicidio. Así, SCHOTTE Y CLUM (1982) descubren que la depresión es el mejor predictor de ideación suicida en una muestra de universitarios, seguido de la desesperanza.

ASARNOW, CARLSON Y GUTHRIE (1987), en una investigación realizada con niños ingresados en una unidad psiquiátrica, deducen que la relación entre desesperanza y conducta suicida desciende a niveles no significativos cuando se controlan los niveles de depresión.

RUDD (1990) comprueba empíricamente un modelo integrador de ideación suicida y descubre que la depresión es mejor predictor de la ideación suicida que la desesperanza.

LANGWORTHY Y YUTRZENKA (1989) coinciden en afirmar que la depresión es mejor predictor de conducta suicida que la desesperanza. La depresión tiene, además, junto con la cohesión familiar, efectos directos en la conducta suicida.

COLE (1989a) observa que la depresión se relaciona significativamente con el suicidio, incluso después de controlar

estadísticamente la desesperanza. En cambio, cuando la depresión es controlada, la desesperanza no está prácticamente relacionada con la conducta suicida.

Por otra parte, no todos los estudios coinciden en confirmar la importancia de la depresión y de la desesperanza en la conducta suicida. Así, ASARNOW Y CARLSON (1988) encuentran que el apoyo familiar percibido sirve para discriminar entre los púberes ingresados en una unidad de psiquiatría infantil con intento de suicidio y el mismo colectivo sin conducta suicida. Sin embargo, las medidas de depresión y desesperanza no sirven para mejorar el porcentaje de suicidas y no suicidas bien clasificados.

SPIRITO, STARK et al. (1987) encuentran que los adolescentes hospitalizados por intento de suicidio se diferencian de los adolescentes ingresados por otros motivos en la historia psiquiátrica pasada y no en los niveles de depresión y desesperanza. Este resultado puede ser explicado y justificado en función de otras variables intervinientes. Como se ha comentado, el hecho mismo de la hospitalización puede haber producido cierto estado depresivo en niños no suicidas. Por su parte, la intervención realizada a los adolescentes tras el intento de suicidio puede haber causado una mejoría de los sentimientos depresivos y desesperados de los suicidas.

ROTHERAM-BORUS Y TRAUTMAN (1988) comprueban que un

grupo de adolescentes que habían cometido un intento de suicidio tienen altos niveles de desesperanza y depresión. Sin embargo, no están más desesperanzados que el grupo no suicida. Las correlaciones entre depresión y desesperanza no son significativamente diferentes entre los grupos y no predicen la intención suicida.

BRENT, KOLKO et al. (1990) concluyen que la intención suicida no se relaciona con la severidad de la depresión, ni con la desesperanza o distorsiones cognitivas.

Algunos autores se plantean la posibilidad de que ambas variables influyan de diferente forma y no solo en diferente grado en la conducta suicida. Así, ASARNOW Y GUTHRIE (1989) comprueban que el pensamiento de suicidio y la severidad de conducta suicida están asociados con desesperanza, pero no con depresión en niños y preadolescentes pacientes psiquiátricos. Los intentos de suicidio, en cambio, se asocian tanto con el diagnóstico de depresión como con desesperanza. No obstante, la depresión y la desesperanza están altamente correlacionadas llevando a la pérdida de significación de la asociación entre depresión y nivel suicida cuando la desesperanza se controla y a la pérdida de significación de la asociación entre desesperanza y nivel suicida cuando la depresión es controlada.

No faltan teóricos que adviertan los riesgos de la medición de la

desesperanza como factor predictor de suicidio en función de la relación de la deseabilidad social con la desesperanza (LINEHAN Y NIELSEN, 1981; 1983). No obstante, se han replicado estas investigaciones llegando a la conclusión de que la deseabilidad social no tiene influencia en las respuestas a la escala de desesperanza (PETRIE Y CHAMBERLAIN, 1983). STROSAHL, LINEHAN Y CHILES (1984), por su parte, afirman que puede existir un porcentaje de falsos negativos en la predicción del riesgo de suicidio, tanto en la población normal como en la población psiquiátrica. Sin embargo, se comprueba a este respecto, que el poder de la desesperanza como predictor del suicidio sigue siendo significativo, incluso cuando la deseabilidad social se mantiene constante (IVANOFF Y JANG, 1991). La utilidad de la desesperanza para predecir la conducta suicida varía según el nivel de deseabilidad social, lo cual sugiere una interacción entre ambas variables, coincidiendo, en estas conclusiones con HOLDEN et al. (1989).

La conclusión a la que se puede llegar tras leer este apartado, es que los resultados al respecto de la relación de la depresión y la desesperanza con el suicidio son confusos y contradictorios. La desesperanza, o visión negativa del futuro es, junto con la falta de autoestima o visión negativa de sí mismo, y la visión negativa del mundo, un aspecto central de la depresión según el modelo cognitivo de la depresión (BECK, 1973). Algunos estudios han concluido que la desesperanza es el lazo de unión que relaciona la depresión con el suicidio, y que, por tanto, es mejor predictor de riesgo de suicidio. Otros

estudios rezan que la depresión es mejor predictor que la desesperanza, a la vez que aparecen investigaciones que no conceden demasiado valor a ninguna de estas dos variables como predictores de conducta suicida.

Puede que la diversidad de instrumentos empleados en los diferentes estudio haya causado esta disparidad de resultados (COLE, 1988; 1989a) o que cada variable prediga mejor el suicidio en una población diferente bien sea por sexo, edad, patología etc. Es incluso posible que la depresión sea mejor predictor que la desesperanza en un tipo de conducta autodestructiva y que la desesperanza sea mejor predictor de otro tipo de conducta suicida dentro del continuo. RICH Y BONNER (1991) proponen que la depresión predice los niveles más moderados de conducta suicida y la desesperanza los niveles más graves.

En todo caso, parece que tanto la depresión como la desesperanza son variables a tener en cuenta en el momento de hacer una predicción y prevención del suicidio:

> *"Cuanto más desesperada e inevitable sienta la gente su situación en relación a las condiciones que le presionan en la vida, más probabilidad de sentirse deprimida y viceversa. Las personas que se encarguen de evaluar niveles de tendencia suicida deben medir la fuerza de estos sentimientos."(CURRAN, 1987: 123)*

Con la presentación de los datos en torno a las relaciones entre

la depresión y la desesperanza y el suicidio, se concluye la exposición teórica de las variables que se incluyen en la "aplicación práctica" del modelo psicosocial integrado de la conducta suicida.

Dos han sido los objetivos básicos de esta revisión teórica que constituye la primera parte de esta exposición. El primero de ellos ha sido ofrecer un marco en el que situar la aproximación psicosocial al estudio del suicidio. El segundo, presentar unas bases teóricas de las variables, cuyas relaciones entre sí y con el suicidio se van a intentar comprobar empíricamente, que justifiquen la inclusión de dichas variables tanto en el modelo teórico como en la aplicación práctica del mismo, esto es, ofrecer una fundamentación teórica de las hipótesis del trabajo.

La segunda parte de este trabajo, que se presenta a continuación corresponde a la parte empírica de la investigación en pro de la comprobación práctica de lo expuesto, propuesto y fundamentado en la parte teórica a través del modelo socioindividual integrado del pensamiento de suicidio.

VI - HIPOTESIS

La comprobación de la "aplicación práctica" del modelo socioindividual propuesto de la conducta suicida se realiza a través de la formulación de tres hipótesis principales [166]. Algunas de ellas se desglosan en varias subhipótesis que se van a comprobar para su aceptación o rechazo a través de diversos análisis estadísticos, que se explican más adelante.

VI.1.- HIPOTESIS I

La hipótesis I relaciona el estrés y el afrontamiento con las variables que forman el "estado mental suicida" y queda formulada del siguiente modo:

- **EL NIVEL DE "ESTADO MENTAL SUICIDA" ES DIFERENTE EN FUNCION DEL NIVEL DE ESTRES Y DE LA UTILIZACION DE AFRONTAMIENTO TANTO CONSIDERADO ESTE COMO TOTALIDAD COMO CONSIDERADO DE MODO ESPECIFICO**

El objetivo principal de esta hipótesis es comprobar si el estrés y el afrontamiento o/y su interacción "producen" diferencias significativas en el "estado mental suicida" .

---

[166] Se recuerda que, ante la imposibilidad de comprobar la totalidad de hipotéticas relaciones entre la gran cantidad de variables incluidas en el modelo socioindividual de la conducta suicida se ha propuesto una reducción de dicho modelo que lo haga comprobable empíricamente y que se ha dado en llamar "aplicación práctica" del modelo socioindividual.

La hipótesis general se desglosa en dos subhipótesis principales, una referida al afrontamiento general y otra referida a los dos estilos de afrontamiento específicos ("adaptativo" y "no adaptativo").

A través de la subhipótesis I.1 se presupone, en primer lugar, que el "estado mental suicida" está asociado, por un lado, a un mayor nivel de estrés y, por otro, a una baja utilización de afrontamiento general. Se presupone, en segundo lugar, que el efecto negativo del estrés en el "estado mental suicida" es amortiguado por la utilización de afrontamiento general y, por último, de acuerdo a la teoría de la vulnerabilidad, que la falta de afrontamiento general aumenta los efectos negativos del estrés sobre el "estado mental suicida". La subhipótesis queda concretada como sigue:

- SUBHIPOTESIS I.1: EL NIVEL DE "ESTADO MENTAL SUICIDA" ES DIFERENTE EN FUNCION DEL NIVEL DE ESTRES Y DE LA UTILIZACION DE AFRONTAMIENTO GENERAL

La subhipótesis I.1 a su vez se descompone en cinco formulaciones hipotéticas, cada una referida a una variable del "estado mental suicida" [167]:

- subhipótesis I.1.1: El nivel de soledad es diferente en función del nivel de

---

[167] Se recuerda que el "estado mental suicida" propuesto en el modelo se caracteriza por un nivel alto de soledad, depresión, y desesperanza, de un bajo autoconcepto y de pocas razones para vivir.

estrés y de la utilización de afrontamiento general.

- subhipótesis I.1.2: El nivel de depresión es diferente en función del nivel de estrés y de la utilización de afrontamiento general.
- subhipótesis I.1.3: El nivel de desesperanza es diferente en función del nivel de estrés y de la utilización de afrontamiento general.
- subhipótesis I.1.4: El nivel de razones para vivir es diferente en función del nivel de estrés y de la utilización de afrontamiento general.
- subhipótesis I.1.5: El autoconcepto es diferente en función del nivel de estrés y de la utilización de afrontamiento general.

La división del afrontamiento en diferentes estilos, adaptativo y maladaptativo, se propone para comprobar indirectamente si lo que incide en el malestar/bienestar psicológico es simplemente afrontar los problemas, sea de la forma que sea (SUBHIPOTESIS I.1), o si lo importante es el modo de hacerlo (SUBHIPOTESIS I.2). Los presupuestos en relación a la incidencia del estrés en el "estado mental suicida" no varían con relación a la primera subhipótesis. Se supone, por otra parte, que la utilización de afrontamiento adaptativo se asocia a un nivel bajo de "estado mental suicida" y que la utilización de afrontamiento maladaptativo se asocia a un nivel alto de "estado mental suicida". Además se propone que el afrontamiento adaptativo "modera" el efecto del estrés en el "estado mental suicida", en tanto que el afrontamiento inadaptativo aumenta la vulnerabilidad a desarrollar el "estado mental suicida" en situaciones estresantes. La formulación de la subhipótesis I.2 queda del modo siguiente:

- SUBHIPOTESIS I.2: EL NIVEL DE "ESTADO MENTAL SUICIDA" ES DIFERENTE EN FUNCION DEL NIVEL DE ESTRES Y DEL NIVEL DE UTILIZACION DE AFRONTAMIENTO ADAPTATIVO Y MALADAPTATIVO

Al igual que en el caso anterior, en esta subhipótesis se incluyen cada una de las hipótesis referidas a las variables que forman el "estado mental suicida":

- subhipótesis I.2.1: El nivel de soledad es diferente en función del nivel de estrés y de la utilización de afrontamiento adaptativo y maladaptativo.
- subhipótesis I.2.2: El nivel de depresión es diferente en función del nivel de estrés y de la utilización de afrontamiento adaptativo y maladaptativo.
- subhipótesis I.2.3: El nivel de desesperanza es diferente en función del nivel de estrés y de la utilización de afrontamiento adaptativo y maladaptativo.
- subhipótesis I.2.4: La importancia concedida a las razones para vivir es diferente en función del nivel de estrés y de la utilización de afrontamiento adaptativo y maladaptativo.
- subhipótesis I.2.5: El nivel de autoconcepto es diferente en función del nivel de estrés y de la utilización de afrontamiento adaptativo y maladaptativo.

VI.2.- HIPOTESIS II

A través de esta hipótesis se pretende comprobar si el pensamiento de suicidio es diferente el función del nivel de estrés y de la utilización de afrontamiento o/y de sus interacciones y si esta supuesta diferencia en la ideación suicida es independiente del "estado mental suicida":

- **EL GRADO DE PENSAMIENTO DE SUICIDIO ES DIFERENTE EN FUNCION DEL NIVEL DE ESTRES Y DE LA UTILIZACION DE AFRONTAMIENTO AUN NEUTRALIZANDO LAS VARIABLES QUE COMPONEN EL "ESTADO MENTAL SUICIDA"**

Al igual que en la hipótesis anterior, se plantean dos subhipótesis que permitan probar si esto es así tanto para el afrontamiento considerado como totalidad (SUBHIPOTESIS II.1) como para los dos estilos de afrontamiento diferentes (adaptativo y maladaptativo) (SUBHIPOTESIS II.2).

- SUBHIPOTESIS II.1.: EL GRADO DE PENSAMIENTO DE SUICIDIO ES DIFERENTE EN FUNCION DEL NIVEL DE ESTRES Y DE LA UTILIZACION DE AFRONTAMIENTO GENERAL. ESTO ES ASI AUN NEUTRALIZANDO LAS VARIABLES QUE COMPONEN EL "ESTADO MENTAL SUICIDA"

Se presupone que un nivel mayor de estrés se asocia a un nivel más alto de pensamiento de suicidio. Asimismo, se plantea que el afrontamiento interactúa con el estrés para amortiguar los efectos de éste en el pensamiento de suicidio. Se piensa que esto es así, independientemente del "estado mental suicida".

- SUBHIPOTESIS II.2.: EL GRADO DE PENSAMIENTO DE SUICIDIO ES DIFERENTE EN FUNCION DEL NIVEL DE ESTRES Y DE LA UTILIZACION DE AFRONTAMIENTO ADAPTATIVO Y MALADAPTATIVO. ESTO ES ASI AUN NEUTRALIZANDO LAS VARIABLES QUE COMPONEN EL "ESTADO MENTAL SUICIDA"

De manera similar a lo planteado en la subhipótesis I.2 referida

al "estado mental suicida", se considera que el afrontamiento adaptativo se asocia a bajos niveles de pensamiento de suicidio y que la utilización de afrontamiento maladaptativo se asocia a altos niveles de pensamiento de suicidio. Asimismo se plantea que el afrontamiento adaptativo interactúa con el estrés y amortigua sus efectos en el pensamiento de suicidio a la vez que el afrontamiento maladaptativo aumenta los efectos del estrés en la ideación suicida. Se espera que esto sea así independientemente del "estado mental suicida".

VI.3.- HIPOTESIS III

Esta hipótesis propone que la combinación de las variables seleccionadas en la "aplicación práctica" del modelo socioindividual predicen y explican en cierta medida el pensamiento de suicidio. Dice así:

- **EL ESTRES, EL AFRONTAMENTO ADAPTATIVO Y MALADAPTATIVO, Y LAS VARIABLES QUE COMPONEN EL "ESTADO MENTAL SUICIDA" PREDICEN Y EXPLICAN EL PENSAMIENTO DE SUICIDIO**

El planteamiento y explicación de las hipótesis dan paso a la exposición de los diversos aspectos metodológicos de la investigación.

VII - ASPECTOS METODOLOGICOS DE LA "APLICACION PRACTICA" DEL MODELO SOCIOINDIVIDUAL DE LA CONDUCTA SUICIDA

La "aplicación práctica" del modelo psicosocial integrado de la conducta suicida supone la comprobación de ciertas hipótesis contenidas en dicha propuesta teórica. En este capítulo se comenta el diseño muestral llevado a cabo para la selección de los sujetos del estudio, así como el procedimiento seguido para realizar el trabajo de campo y los instrumentos utilizados para la medición de los aspectos implicados en la investigación. Asimismo, se especifican las técnicas estadísticas empleadas para analizar los datos recogidos.

VII.1.- MUESTRA

Este apartado recoge el proceso de muestreo diseñado en este trabajo y la descripción de la muestra utilizada en el estudio en relación a diferentes datos sociodemográficos.

VII.1.1.- DISEÑO MUESTRAL

El estudio se realiza en una muestra procedente de la población adolescente vizcaína escolarizada. La edad teórica del grupo de población seleccionado es de 14 a 17 años. Por este motivo, se eligen los cursos de Enseñanzas Medias que recogen estudiantes de estas edades: 1°, 2°, y 3° de BUP, 1° y 2° de REM de primer ciclo y 1° curso de REM del segundo ciclo, así

como los dos cursos de FP de primer ciclo y el 1° curso de FP de segundo ciclo.

El universo de este grupo de población de Enseñanzas Medias (EEMM) de Bizkaia, facilitado por el EUSTAT (Instituto Vasco de Estadística del Gobierno Vasco), se refiere al número de personas escolarizadas en el año 1989, siendo éstos los datos más recientes disponibles en las fuentes oficiales en el momento de realizar el estudio.

	REM	BUP	FP	TOTAL
VIZCAYA	7947	36754	26780	71481
COMARCA				
Arratia-Nervión	54	528	595	1177
Gran Bilbao	5215	31089	23560	59864
Duranguesado	1939	1563	1047	4549
Encartaciones	0	759	516	1275
Guernica-Bermeo	250	1403	491	2144
Markina-Ondárroa	428	516	339	1283
Plencia-Munguía	61	896	232	1189

TABLA VII.1. Número de alumnos de Bizkaia por comarcas y tipo de estudios (Enseñanzas Medias 1989-90)

En función de los datos de la población, se selecciona una muestra proporcional por comarca y tipo de estudios (BUP, REM/FP [168]), siendo el alumno la unidad de muestreo.

Una vez determinado el número teórico de alumnos de la muestra

[168] Dada la desaparición sucesiva de los estudios denominados Formación Profesional y su absorción y cambio por los equivalentes de REM, los dos grupos se compensan a nivel muestral. Esto se ha producido por el hecho de que los mismos centros que impartían FP en el pasado, en la actualidad están dentro del programa de la Reforma de Enseñanzas Medias.

por comarca y tipo de estudios se seleccionan aleatoriamente los centros docentes a los que acudir en cada zona. Intentando guardar las proporciones por curso, se seleccionan al azar las aulas sobre las que aplicar el cuestionario. Todos los alumnos del aula elegida responden el cuestionario de forma que los estudiantes que "sobran" según la proporción teórica por tipo de estudios y comarca son eliminados aleatoriamente de la muestra. Asimismo, se eliminan automáticamente todos aquellos alumnos que tienen más de 18 años, por considerar que, a partir de esta edad, están fuera del período evolutivo adolescente.

La muestra del estudio que nos ocupa está compuesta por 1033 sujetos, cuya distribución por tipo de estudios y comarca es la siguiente:

	BUP	REM/FP	TOTAL
VIZCAYA	529	504	1033
COMARCA			
Arratia-Nervión		17	17
Gran Bilbao	474	398	872
Duranguesado	27	36	63
Encartaciones		19	19
Guernica Bermeo	28		28
Markina-Ondárroa		19	19
Plencia-Munguía		15	15

TABLA VII.2. Muestra de alumnos de Bizkaia por comarcas y tipo de estudios (Enseñanzas Medias 1989-90)

El error muestral, si quisiéramos extrapolar los resultados a la poblaciór. de adolescentes escolarizados de Bizkaia, caso de que el muestreo hubiera sido estrictamente aleatorio, giraría en torno al ± 3%, para un nivel de confianza del 95'5% y "p" y "q" igual a 50.

VII.1.2.- DESCRIPCION DE LA MUESTRA

De los 1033 sujetos de la muestra, el 41,8% (n=432) son varones y el 58,2% (n=601) son mujeres. Un 34,2% (n=353) de la muestra está matriculado en colegio público en tanto que un 62,6% (n=647) estudia en colegio privado. El restante 3,2% (n=33) es alumno de ikastola.

En lo que se refiere a la edad, 124 sujetos (12%) tienen 14 años, 273 (26,4%) cuentan con 15 años. Con 16 años hay 303 sujetos (29,3%), en tanto que son 224 alumnos (21,7%) los que tienen 17. Un 10% de la muestra (n=109) son estudiantes de 18 años.

En definitiva, la muestra tiene un porcentaje algo mayor de mujeres que de hombres y hay un mayor número de estudiantes de colegios privados, siendo pocos los alumnos de ikastola. La edad más representada en el colectivo seleccionado es la correspondiente a los 16 años.

VII.2.- PROCEDIMIENTO

Una vez seleccionados los centros al azar, se procede a contactar con ellos escribiendo una carta al director en la que se explica que se está realizando un estudio para conocer el estado de bienestar/malestar psicológico

de los adolescentes, es decir, los sentimientos de soledad, depresión, desesperanza, suicidio, etc., a través de cuestionarios administrados de forma colectiva. Se especifica que ese centro ha sido elegido aleatoriamente de entre el total de centros docentes de Bizkaia. Asimismo, se les anuncia una próxima llamada telefónica para concretar la fecha y hora de aplicación de la escala que sea más conveniente para el centro. A la vez que se expresa el compromiso de enviar a cada colegio seleccionado las conclusiones generales del estudio, se les ofrece un teléfono de contacto para que llamen en caso de que tengan alguna duda o necesiten alguna aclaración.

Se acude a cada centro en la fecha y hora acordadas. Se explica a los estudiantes el objetivo del estudio y se leen en alto las instrucciones que indican que se responda a todas las preguntas y con sinceridad, recalcando el carácter de confidencialidad, individualidad y anonimato de sus respuestas. El cuestionario se cumplimenta, aproximadamente, en 45 minutos.

VII.3.- INDICADORES E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

La medición de los aspectos vinculados en el estudio se realiza a través de diversas cuestiones o escalas, cuyo contenido y características se exponen en este apartado. Por una parte, se especifican las cuestiones dirigidas

a obtener diferentes datos de identificación de los sujetos. Por otro lado, se comentan las escalas que miden cada una de las variables implicadas en el modelo y los items que las componen.

VII.3.1.- CUESTIONES DE IDENTIFICACION Y ACADEMICAS

Para cada respondente, se recoge el tipo de centro (TIPOC) al que pertenece (privado, público o ikastola), el código del colegio al que pertenece y la comarca (COM) en la que está ubicado dicho centro. Estos datos son rellenados por el encuestador, no por los sujetos de estudio.

Al encuestado se le pregunta el sexo, el curso que está estudiando, y la edad en años. Además de estas preguntas de identificación propiamente dicha se cuestiona sobre ciertos aspectos más estrictamente académicos, como, por ejemplo, las asignaturas suspendidas en Junio del año anterior, como forma de "operativizar" el rendimiento académico:

- ¿Cuantas asignaturas suspendiste en Junio del año pasado?- (SUSP/SUSPB/SUSPC) [169]

---

[169] Las variables terminadas en "B" y "C" provienen del tratamiento de la variable original referido a recodificaciones e imputaciones de valores que se explicarán en un apartado posterior.

Se incluyen dos preguntas, una referida a la opinión del alumno respecto a la consideración académica paterna y otra referente a la consideración académica personal en este mismo aspecto:

- Tus padres te consideran ... (PESTU/PESTUB/PESTUC)

  1. Muy mal estudiante
  2. Bastante mal estudiante
  3. Ni buen ni mal estudiante
  4. Bastante buen estudiante
  5. Muy buen estudiante

- Indica cómo te consideras tú como estudiante: (ESTU/ESTUB/ESTUC)

  1. Muy mal estudiante
  2. Bastante mal estudiante
  3. Ni buen ni mal estudiante
  4. Bastante buen estudiante
  5. Muy buen estudiante

VII.3.2.- ESTRES

En este estudio se mide el nivel de estrés como la repercusión subjetiva de acontecimientos estresantes vividos por el sujeto en el último año; es decir, la influencia total de los sucesos vividos calificados por el individuo como negativos.

La escala utilizada para la medición de acontecimientos estresantes es una versión traducida, abreviada y adaptada a la población adolescente de nuestro entorno, de la escala "Life Events Checklist"

(JOHNSON Y McCUTCHEON, 1980: 111-125). En este cuestionario se pide a los adolescentes que respondan si durante el año pasado les han ocurrido o no 46 sucesos. Para cada caso afirmativo, deben responder el tipo de suceso (bueno o malo) y el grado de influencia que ha tenido en su vida (ninguna, alguna, bastante, mucha) [170].

El cuestionario "Life Events Checklist" es un instrumento diseñado específicamente para la población adolescente basado en el cuestionario para adultos "Life Experiences Survey" (SARASON, JOHNSON Y SIEGEL, 1978) que, como éste, ofrece la posibilidad de medir, por un lado, el número de sucesos ocurridos, y, por otro, cuáles y cuántos de estos sucesos han sido positivos para el sujeto y cuáles y cuántos han sido negativos. Asimismo, se puede cuantificar el grado de influencia que ha tenido cada uno de los eventos. Se obtienen, así, tres medidas diferentes de estrés, el número de sucesos ocurridos, el número de sucesos negativos ocurridos, y la influencia total de estos sucesos negativos [171]. De este modo, se sale al paso de las críticas que se han venido realizando a algunas escalas-listado de sucesos estresantes referidas a la consideración unánime de todos los eventos independientemente del efecto que tenga cada suceso en cada sujeto.

---

[170] Como ya se ha mencionado, los acontecimientos valorados positivamente no se incluyen dentro del calificativo "estresante" y su influencia no se incluye dentro del nivel de estrés.

[171] Se obtienen también medidas de "estrés positivo" tales como el total de sucesos positivos y la influencia total de dichos sucesos. En este estudio, sin embargo, no interesan estas puntuaciones porque la investigación se centra en el "estrés negativo".

JOHNSON (1986) comprueba que "Life Events Checklist" tiene unos niveles aceptables de fiabilidad y validez. Ha sido empleada por DUBOW et al. (1989) en una muestra de adolescentes para estudiar la relación del estrés con la conducta suicida y otras variables. Los resultados del estudio muestran que un mayor número de sucesos negativos se relaciona con bajos niveles de ajuste.

En la investigación que nos ocupa, la escala de sucesos estresantes utilizada mantiene la misma estructura que "Life Events Checklist", es decir, cuestiona ocurrencia o no de suceso, tipo y grado de influencia. Con el objetivo de abreviar el cuestionario se agrupan en un ítem sucesos similares y se excluyen aquellos que no se consideran aplicables a los adolescentes de la Comunidad Autónoma Vasca o que no se consideran importantes para abordar el tema de estudio. Asimismo, se añaden algunos sucesos estresantes que resultan de interés para nuestro trabajo, bien por su influencia creciente en la población, como por su posible relación con el malestar psicológico del adolescente y con el pensamiento de suicidio.

En nuestro estudio, el coeficiente de fiabilidad de la escala de acontecimientos estresantes es .62, lo que significa que alcanza un nivel aceptable de fiabilidad (medida a través de la "Fórmula nº 20 de Kuder-Richardson" -especial para escalas con variables dicotómicas).

A continuación se expone el listado de 26 sucesos presentado

a los sujetos para que respondan a cada evento si les ha ocurrido o no "desde hace un año" hasta la realización del cuestionario (1 = Si; 0 = No), y, caso de ser experimentado, tipo de suceso (1 = Buen; 2 = Malo) y grado de influencia (1 = No; 2 = Algo; 3 = Bastante; 4 = Mucho). Se incluyen 2 espacios para que el adolescente especifique si le ha ocurrido algún hecho no recogido en el listado.

1. Cambio de casa o de centro de estudios (OC1/TIPS1/INF1) [172]
2. Nacimiento de un hermano o hermana (OC2/TIPS2/INF2)
3. Enfermedad o lesión grave de algún familiar o amigo íntimo (OC3/TIPS3/INF3)
4. Divorcio o separación de los padres (OC4/TIPS4/INF4)
5. Riñas fuertes entre los padres (OC5/TIPS5/INF5)
6. Alguno de mis padres bebe demasiado (OC6/TIPS6/INF6)
7. Pérdida de trabajo de uno de los padres (OC7/TIPS7/INF7)
8. Muerte de algún familiar de amigo íntimo (OC8/TIPS8/INF8)
9. Nueva madrastra o padrastro (OC9/TIPS9/INF9)
10. Uno de mis padres ha tenido problemas con la policía (OC10/TIPS10/INF10)
11. Alguno de mis padres me ha pegado o golpeado (OC11/TIPS11/INF11)
12. Perder un amigo íntimo (OC12/TIPS12/INF12)
13. Chico: dejar embarazada a una chica (OC13/TIPS13/INF13)
    Chica: quedarse embarazada
14. Empezar a tomar drogas (OC14/TIPS14/INF14)
15. Mayor número de peleas con los padres (OC15/TIPS15/INF15)
16. Enfermedad o lesión propia grave (OC16/TIPS16/INF16)
17. Romper con el novio o la novia (OC17/TIPS17/INF17)
18. Algún problema con algún hermano, profesor o compañero de clase (OC18/TIPS18/INF18)
19. Chico: novia tiene un aborto (OC19/TIPS19/INF19)
    Chica: tener un aborto
20. No poder pertenecer a un grupo que deseaba (Ej. un equipo, un club, amigos) (OC20/TIPS20/INF20)
21. Ser expulsado del colegio (OC21/TIPS21/INF21)
22. Tener malas notas o no demasiado buenas para mí (OC22/TIPS22/INF22)
23. Tener problemas con la policía (OC23/TIPS23/INF23)

---

[172] Las denominaciones aparecidas entre paréntesis corresponden a las variables "ocurrencia o no del suceso" "tipo de suceso -caso de haber ocurrido" e "influencia -caso de haber ocurrido", respectivamente.

24. Perder un trabajo (OC24/TIPS24/INF24)
25. Repetir curso (OC25/TIPS25/INF25)
26. No poder dejar de tomar drogas (OC26/TIPS26/INF26)
27. Otro (especificar)... (OC27/TIPS27/INF27)
28. Otro (especificar)... (OC28/TIPS28/INF28)

Como se ha comentado, en este estudio el nivel de estrés se obtiene sumando la influencia subjetiva de cada suceso vivido durante el año pasado por el sujeto y calificado como "mal suceso". De esta forma se evita igualar en nivel de estrés sucesos tales como "Muerte de un familiar o amigo íntimo" y "Tener malas notas o no demasiado buenas para mí". Así, no se equipara "nivel de estrés" a "número de sucesos", lo que podría llevar a concluir que un sujeto que ha vivido varios acontecimientos "leves" tiene un mayor nivel de estrés que un sujeto que ha sufrido un solo suceso "grave". Se considera, además, que no todos los sujetos viven los mismos sucesos de la misma forma.

VII.3.3.- UTILIZACION DE AFRONTAMIENTO

Se entiende por "utilización de afrontamiento" la puntuación total en los items que forman la escala de afrontamiento y que presentan diferentes formas de enfrentarse "generalmente" a los problemas. Se entiende el afrontamiento como un estilo, en el sentido de que se cuestiona el modo en que la gente "normalmente" se enfrenta a los problemas y no el modo en que la persona se enfrenta a una situación concreta. Se considera que la forma en

que una persona se enfrenta a los problemas puede incidir en el efecto que dichas situaciones conflictivas tienen sobre el bienestar del sujeto.

La utilización de afrontamiento se mide en este estudio a través de una escala abreviada, traducida y adaptada de COPE (CARVER, SCHEIER Y WEINTRAUB, 1989), instrumento formado por 50 items que presentan distintas formas de enfrentarse al problema, y un item referido a la posibilidad de actuación que el sujeto se atribuye en situaciones de estrés. La escala COPE mide 14 dimensiones teóricas o estilos de coping: "afrontamiento activo", "planificación", "supresión de actividades competitivas", "afrontamiento de contención", "búsqueda de apoyo social instrumental", "búsqueda de apoyo social emocional", "reinterpretación positiva de la realidad", "aceptación", "recurrencia a la religión", "desahogo emocional", "negación", "desvinculación conductual" y "desvinculación mental".

El análisis factorial de la escala total indica que esta agrupación teórica se comprueba empíricamente, aunque, eso sí, con matizaciones; las catorce dimensiones quedan reducidas a once, dado que las dos primeras, afrontamiento activo y planificación, se agrupan en un único factor, al igual que los dos tipos de búsqueda de apoyo social. Además el item relacionado con el consumo de drogas y alcohol no tiene peso en ninguna de las escalas, aunque teóricamente se había incluido en el aspecto de la "desvinculación mental".

Un análisis factorial de segundo orden (CARVER, SCHEIER Y WEINTRAUB, 1989), en el que se incluye el total de las escalas y se omite el item referido al consumo de alcohol y drogas, da como resultado cuatro factores. El primer factor incluye las subescalas siguientes: coping activo, planificación, y supresión de actividades competitivas. El segundo factor incluye las dos subescalas de apoyo social y el desahogo emocional. El tercer factor está formado por la negación, la desvinculación mental y la emocional. Por último, el cuarto factor incluye la aceptación, el coping de contención y la reinterpretación positiva de la realidad.

Los autores han probado el adecuado nivel de fiabilidad de la escala a través del alpha de Cronbach y de la prueba test-retest y de todas las subescalas. A este respecto baste decir que todas las subescalas tienen un nivel de fiabilidad mayor de .60, excepto la subescala referida a la "desvinculación mental" (alpha = .45), resultado que no sorprende debido a que las tácticas incluidas en este punto suponen una mayor diversidad que las incluidas en otros apartados de coping (CARVER, SCHEIER Y WEINTRAUB, 1989). Las correlaciones de las diferentes subescalas de afrontamiento que forman la escala con variables tales como optimismo, control, autoestima, etc. apoyan que el instrumento es válido.

La escala abreviada utilizada en este estudio incluye diversos items de las distintas dimensiones de afrontamiento que forman la escala total,

tanto de las consideradas teóricamente positivas como de las valoradas como negativas. Se incluyen los items de más peso en algunas de las subescalas consideradas por los autores como adaptativas (coping activo, planificación, supresión de actividades competitivas), así como los elementos más representativos de los estilos de afrontamiento calificados como "negativos" (negación, desvinculación mental y conductual y el item referido al consumo de drogas). Asimismo, aparecen en la escala elementos de las dos dimensiones del apoyo social, respecto a las que los autores afirman que pueden ser formas adaptadas de afrontar problemas (CARVER, SCHEIER Y WEINTRAUB, 1989). Es una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta según la frecuencia en la realización de las diversas actividades presentadas (1 = No suelo hacer esto nunca; 2 = Lo hago pocas veces; 3 = Lo hago bastantes veces; 4 = Lo hago muchas veces).

Los items incluidos en la escala abreviada utilizada en nuestro estudio son los siguientes:

1. Recurro al estudio y otras actividades sustitutas para mantener alejado de mi mente lo que me preocupa (COP1/COP1B) [173]
2. Trato de que alguien me aconseje sobre qué hacer (COP2/COP2B)
3. Concentro mis esfuerzos para hacer algo sobre el problema (COP3/COP3B)
4. Me digo a mí mismo: "Esto no es real" (COP4/COP4B)
5. Reconozco que no puedo enfrentarme a ello y dejo de intentarlo (COP5/COP5B)

[173] Se recuerda que las variables terminadas en "B" corresponden a las mismas variables originales una vez recodificados los valores que lo requieren e imputados los "missing" o valores perdidos. El procedimiento llevado a cabo para tal efecto se explicará en un apartado posterior referido al tratamiento informático-estadístico de los datos.

6. Hablo de mis sentimientos con alguien (COP6/COP6B)
7. Hablo con alguien para obtener más información sobre la situación (COP7/COP7B)
8. Dejo a un lado otras actividades para concentrarme en todo lo relacionado con el problema (COP8/COP8B)
9. Sueño despierto acerca de temas no relacionados con el problema (COP9/COP9B)
10. Realizo un plan de acción (COP10/COP10B)
11. Trato de que mis amigos y familiares me den ánimos (COP11/COP11B)
12. Realizo ciertas acciones para tratar de solucionar el problema (COP12/COP12B)
13. Me niego a creer que eso ha ocurrido (COP13/COP13B)
14. Intento pasar más tiempo durmiendo (COP14/COP14B)
15. Busco una estrategia para llevar a cabo (COP15/COP15B)
16. Me centro en enfrentarme con el problema y, si es necesario, dejo otras cosas un poco de lado (COP16/COP16B)
17. Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en el problema (COP17/COP17B)
18. Dejo de intentar conseguir lo que quiero (COP18/COP18B)
19. Hago como si nada hubiera ocurrido (COP19/COP19B)
20. Voy al cine o veo la televisión, para pensar menos en ello (COP20/COP20B)
21. Acudo a personas que han tenido una experiencia parecida y les pregunto qué hicieron (COP21/COP21B)
22. Reduzco la cantidad de esfuerzo dedicada a resolver el problema (COP22/COP22B)
23. Hablo con alguien de cómo me siento (COP23/COP23B)
24. No me permito distraerme con otras actividades o pensamientos (COP24/COP24B)
25. Pienso mucho en las posibles medidas a tomar (COP25/COP25B)
26. Me niego a conocer la verdad de lo que ha ocurrido (COP26/COP26B)
27. Hago lo que se tiene que hacer cuando es el momento oportuno (COP27/COP27B)

Se ha realizado un análisis factorial con la escala abreviada para estudiar la agrupación de los ítems [1174] . Han resultado 6 factores que explican el 50,5% de la varianza, que quedan reflejados en la siguiente tabla:

[1174] Técnica estadística realizada con las siguientes condiciones: método de extracción de factores de "Componentes Principales" y rotación de factores tipo "Varimax" (FERNANDEZ SANTANA, 1988: 1-35).

ESTADISTICOS FINALES:

VARIABLE	COMUNALIDAD	*	FACTOR	AUTOVALOR	% DE VAR.	% DE VAR. ACUM.
		*				
COP1B	.35752	*	1	4.89739	18.1	18.1
COP2B	.59795	*	2	3.05079	11.3	29.4
COP3B	.39114	*	3	2.07273	7.7	37.1
COP4B	.58015	*	4	1.42002	5.3	42.4
COP5B	.40040	*	5	1.15308	4.3	46.6
COP6B	.71561	*	6	1.03008	3.8	50.5
COP7B	.57834	*				
COP8B	.55201	*				
COP9B	.41812	*				
COP10B	.50399	*				
COP11B	.52159	*				
COP12B	.48051	*				
COP13B	.65067	*				
COP14B	.35073	*				
COP15B	.51490	*				
COP16B	.48350	*				
COP17B	.71921	*				
COP18B	.48163	*				
COP19B	.41274	*				
COP20B	.50505	*				
COP21B	.53855	*				
COP22B	.43730	*				
COP23B	.70604	*				
COP24B	.43504	*				
COP25B	.46921	*				
COP26B	.46059	*				
COP27B	.36160	*				

MATRIZ FACTORIAL ROTADA:

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5	FACTOR 6
COP6B	.83608	.09958	.00861	.04675	.00717	.06589
COP23B	.83042	.10596	.02692	-.04653	.01009	.04722
COP2B	.76558	.07209	.04635	-.03582	.03642	-.04339
COP7B	.68789	.28103	-.02024	.05718	-.13852	-.05743
COP21B	.67921	.19618	.00798	.05126	.00147	.18986
COP11B	.66630	.16987	.12099	-.03194	.07375	-.16640
COP15B	.12126	.69860	-.05714	.06863	-.03419	-.05484
COP10B	.09574	.68759	-.05995	.11642	.00729	-.06958
COP16B	.02867	.64271	.01816	-.04070	-.25046	.06992
COP12B	.18730	.63651	.01962	-.18615	.02942	-.06620
COP25B	.20653	.62597	-.03878	-.06710	.10040	.13651
COP3B	.16523	.54624	.00526	-.22349	.02710	-.12141
COP27B	.12110	.50065	.04233	-.12109	.26322	.10267
COP8B	.12838	.48087	.20618	.09079	-.47037	.17968
COP13B	.09844	-.06506	.79017	.10815	.02536	-.00634
COP4B	.12667	.07393	.74471	-.02660	.00689	.05736
COP26B	-.01283	-.07978	.56416	.33424	-.15489	.00843
COP14B	-.07237	.01787	.50685	.21429	.16231	.12657
COP22B	.14284	.03158	.03799	.64105	.02147	-.05522
COP19B	-.03459	-.11846	.14766	.57743	.18874	.08156
COP18B	-.07618	-.10448	.07363	.56929	-.10866	.35156
COP20B	-.07245	.06902	.21378	.52325	.35586	-.22116
COP5B	-.01482	-.25598	.28258	.48114	-.15019	.02725
COP1B	.10602	.07990	.08240	.14421	.55136	-.09118
COP24B	.13235	.31104	.22317	.23897	-.46245	-.00205
COP9B	-.00424	.18899	.17158	.22407	.42403	.35063
COP17B	.04066	-.02017	.10560	.02620	-.09576	.83435

TABLA VII.3. Resultados del análisis factorial de la escala de «Afrontamiento»

La interpretación de los factores es la siguiente:

- Factor 1: Búsqueda de apoyo social
- Factor 2: Afrontamiento activo y planificación
- Factor 3: Negación
- Factor 4: Desvinculación conductual
- Factor 5: Desvinculación mental
- Factor 6: Consumo de alcohol o drogas

La precisión de cada una de las subescalas se halla a través del alpha de Cronbach, obteniéndose los siguientes resultados:

1. Búsqueda de apoyo social (alpha = .86)
2. Afrontamiento activo y planificación (alpha = .78)
3. Negación (alpha = .63)
4. Desvinculación conductual (alpha = .59)
5. Desvinculación mental (alpha = .09)
6. Consumo de alcohol o drogas [175]

Cada uno de estos factores puede constituir un estilo de afrontamiento diferente. Sobre la base de la profundización teórica en las

---

[175] Los resultados del análisis factorial son coincidentes con la estructura multidimensional de la escala original. Del Factor 6 no se ha hallado la fiabilidad por estar constituido de un solo ítem.

teorías del afrontamiento se considera que la suma de los factores 1 y 2 constituyen un estilo de coping adaptativo y que la suma de los factores 3, 4, 5 y 6 forman un estilo de coping poco adaptativo, lo que significaría que el coping adaptativo aminora más eficazmente que el coping poco adaptativo los efectos del estrés sobre el bienestar.

La escala abreviada como totalidad utilizada en esta investigación tiene una consistencia interna de .78, lo que significa que es un instrumento fiable. Es reseñable la escasa fiabilidad presentada por el factor "Desvinculación mental", resultado coincidente con los datos presentados por los diseñadores del instrumento y empeorado posiblemente debido al número menor de items incluidos en él.

La fiabilidad de la subescala que compone el denominado "afrontamiento adaptativo" (COPA) es de .84, lo que habla en favor de la consistencia interna de la subescala. Un valor del coeficiente alpha de Cronbach de .64 en la subescala de "afrontamiento poco adaptativo" (COPMA) [176] indica que se puede aceptar que este conjunto de items forman una subescala suficientemente consistente.

---

[176] El proceso de creación de estas dos variables (COPA Y COPMA) se explica en el apartado referido al tratamiento informático estadístico de los datos.

VII.3.4.- SOLEDAD

Se ha explicado en un apartado anterior que la soledad es un constructo similar al apoyo social emocional percibido por el sujeto. La puntuación en la variable "soledad" está constituida por el total de las respuestas dadas a los diez items que conforman la escala utilizada, que no es sino una versión traducida y abreviada de "Revised UCLA Loneliness Scale" (RUSSELL, PEPLAU Y CUTRONA, 1980), que tiene su origen en la escala "UCLA Loneliness Scale" (RUSSELL, PEPLAU Y FERGUSON, 1978), compuesta por 20 afirmaciones a las que el sujeto tiene que responder la frecuencia con que se siente de ese modo, en cuatro opciones de respuesta (desde 1 = "Muy pocas veces" hasta 4 = "Muchas veces").

Los autores (RUSSELL, PEPLAU Y FERGUSON, 1978) indican que la escala "UCLA Loneliness Scale" tiene una alta consistencia interna (coeficiente alpha de .96) y una correlación test-retest de .73, con medidas distanciadas entre sí más de dos meses. El instrumento se relaciona con ciertos estados emocionales tales como la depresión, el aburrimiento y la sensación de "vacío", lo que habla en favor de la validez de esta medida de soledad.

La escala revisada de soledad (Revised UCLA Loneliness Scale) está formada por 20 items, la mitad de los cuales están redactados "positivamente". Esto es, a diferencia de la escala original, en la que todos los

items reflejan insatisfacción, la revisada contiene 10 items indicadores de satisfacción con las relaciones sociales y otros tantos que implican insatisfacción. En un estudio (RUSELL, PEPLAU Y CUTRONA, 1980) llevado a cabo para validar el instrumento se obtiene un coeficiente de fiabilidad muy alto (.94) y una correlación entre la escala revisada y la original de .91. La validez concurrente de esta medida queda probada por la demostrada relación entre las puntuaciones de la escala y diversas emociones teóricamente relacionadas con la soledad y por la falta de relación con estados emocionales no vinculados teóricamente a la soledad. Sin embargo, a pesar de estas relaciones con varias emociones y sentimientos, se prueba que la soledad es una experiencia psicológica diferente a las vivencias emocionales con las que se relaciona.

La escala "Revised UCLA Loneliness Scale" se ha utilizado en muchos estudios para evaluar la soledad. Entre ellos se citan los trabajos de HSU, HAILEY Y RANGE (1986); RICH Y SCOVEL (1987); RICH Y BONNER (1987a); RUSSELL, CUTRONA et al. (1984); BONNER Y RICH (1988a) BONNER Y RICH (1991a, 1991b).

En la investigación que nos ocupa se ha utilizado una versión abreviada de la escala "Revised UCLA Loneliness Scale". Se han seleccionado 10 items de los 20 que componen el instrumento, tratando de incluir el mismo número de elementos que indican satisfacción con las relaciones como de sentencias que reflejan insatisfacción. Para la elección de los items, se sigue,

además, un criterio semántico, seleccionando aquellos que se refieren más estrictamente al constructo que nos interesa, esto es, la soledad. A continuación se presentan cada una de las sentencias que lo componen. Como se ha explicado, a cada una de ellas se responde la frecuencia de ocurrencia (con cuatro opciones de respuesta desde 1 = "Muy pocas veces" hasta 4 = "Muchas veces").

1. Me siento a gusto con la gente que me rodea (SOL1/SOL1B)
2. Me falta compañía (SOL2/SOL2B)
3. No tengo a quien acudir (SOL3/SOL3B)
4. Me siento solo [177] (SOL4/SOL4B)
5. Me siento parte de un grupo de amigos (SOL5/SOL5B)
6. La gente que me rodea no comparte mis ideas e intereses (SOL6/SOL6B)
7. Me siento aislado de los demás (SOL7/SOL7B)
8. Puedo encontrar compañía cuando la necesito (SOL8/SOL8B)
9. Hay gente que me comprende de verdad (SOL9/SOL9B)
10. Hay gente con la que puedo hablar (SOL10/SOL10B)

Se realiza un análisis factorial con el objetivo de comprobar si los items se agrupan en factores. Aparecen tres dimensiones que explican un 48,7% de la varianza total.

[177] El ítem original en inglés está redactado de tal forma que refleja satisfacción con las relaciones ("I do not feel alone" = "No me siento solo"). Sin embargo para evitar problemas de comprensión por la posibilidad de que se forme una doble negación al combinar la frase con alguna de las opciones de respuesta, en castellano se ha cambiado el signo de la frase.

ESTADISTICOS FINALES:

VARIABLE	COMUNALIDAD	*	FACTOR	AUTOVALOR	% DE VAR.	% DE VAR. ACUM.
		*				
SOL1B	.33977	*	1	2.64985	26.5	26.5
SOL2B	.62154	*	2	1.17356	11.7	38.2
SOL3B	.44059	*	3	1.04558	10.5	48.7
SOL4B	.63009	*				
SOL5B	.59115	*				
SOL6B	.31038	*				
SOL7B	.40822	*				
SOL8B	.53345	*				
SOL9B	.55415	*				
SOL10B	.43963	*				

MATRIZ FACTORIAL ROTADA:

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
SOL4B	.78243	.08319	.10476
SOL2B	.77014	.06844	.15406
SOL3B	.66304	.02802	-.01342
SOL7B	57238	.06096	.27728
SOL6B	.43088	.24683	-.25257
SOL9B	.18182	.72174	-.01366
SOL10B	.19731	.60936	.17142
SOL1B	-.09418	.57182	.06264
SOL5B	13343	.16121	.73984
SOL8B	.07053	.04320	.72568

TABLA VII.4. Resultados del análisis factorial de la escala de «Soledad»

Estos tres factores se pueden interpretar de la siguiente forma:

- Factor 1. Soledad
- Factor 2. Comprensión de los demás
- Factor 3. Compañía por parte de los demás [178]

La consistencia interna de cada uno de los factores viene indicada por el coeficiente alpha de Cronbach:

[178] Como puede observarse, el resultado del análisis factorial confirma la estructura original del cuestionario ya que los ítems que suponen insatisfacción con las relaciones se agrupan en un único factor.

1. Soledad (alpha = .68)
2. Comprensión de los demás (alpha = .36)
3. Compañía por parte de los demás (alpha = .37)

La escala como totalidad tiene un coeficiente de fiabilidad alpha de Cronbach de .66. y un coeficiente Theta de Armor de .69. Los resultados de la prueba de fiabilidad y la varianza explicada por los factores indican que tiene sentido hablar de la soledad como aspecto total medido por la escala, más que de un constructo multidimensional. La posibilidad de distinguir estos factores es un punto sobre el que investigar en posteriores estudios utilizando la escala UCLA completa.

VII.3.5.- DEPRESION

La depresión se operacionaliza a través del total de la puntuación en los items indicadores de los síntomas depresivos más representativos, incluidos en la escala utilizada. La medición de esta variable se realiza a través de una versión traducida y abreviada de "Self-Rating Depression Scale" (ZUNG, 1965) elaborada según los síntomas característicos de la depresión, tanto afectivos, como fisiológicos y psicológicos.

"Self-Rating Depression Scale" es un instrumento de 20 items que presentan síntomas respecto a los que el sujeto debe indicar, en una escala

tipo Likert, la frecuencia con que los padece (1 = "Muy pocas veces"; 2 = "Algunas veces"; 3 = "Bastantes veces"; 4 = "Muchas veces"). La mitad de los items están redactados de forma que indican más depresión cuanto menos tiempo ocurren. La otra mitad se presentan de forma que suponen un mayor nivel de depresión en la medida que aumenta el tiempo de ocurrencia.

"Self-Rating Depression Scale" (ZUNG, 1965) ha probado ser un instrumento útil para distinguir a los sujetos depresivos de los no depresivos que es sensible a la mejora tras un período de tratamiento. Ha sido utilizada en numerosos estudios para medir depresión tanto en población adulta como adolescente (RICH Y SCOVEL, 1987; RICH Y BONNER, 1987a; BONNER Y RICH, 1988b; 1991a y 1991b; SCHOTTE Y CLUM, 1982 y 1987; RANGE Y ANTONELLI, 1990)

En la presente investigación se han seleccionado 10 items de los 20 que componen la escala. Tratando de elegir tanto sentencias formuladas positiva como negativamente, se han seleccionado aquellos items de todas las áreas sintomáticas (afectiva, fisiológica y psicológica) que se hayan probado como más específicos entre los depresivos y más sensibles al tratamiento. Esta selección se ha fundamentado en los resultados del estudio realizado para comprobar la validez y utilidad de la escala (ZUNG, 1965).

Los items que componen la escala abreviada y a los que se

responde una de las cuatro opciones de respuesta según la frecuencia de ocurrencia son los siguientes:

1. Me siento triste y abatido (DEP1/DEP1B)
2. Tengo ataques de llanto o siento que estoy a punto de romper a llorar (DEP2/DEP2B)
3. Tengo problemas para conciliar el sueño (DEP3/DEP3B)
4. He observado que estoy perdiendo peso (DEP4/DEP4B)
5. Me siento cansado sin ningún motivo (DEP5/DEP5B)
6. Encuentro fácil hacer las cosas que suelo hacer (DEP6/DEP6B)
7. Estoy inquieto y no puedo seguir así (DEP7/DEP7B)
8. Siento que soy útil y necesario (DEP8/DEP8B)
9. Siento que otros estarían mejor si yo muriera (DEP9/DEP9B)
10. Me sigue divirtiendo lo que hago (DEP10/DEP10B)

A través del analisis factorial se comprueba que los items se agrupan en dos factores que explican el 40,2% de la varianza total.

ESTADISTICOS FINALES:

VARIABLE	COMUNALIDAD	*	FACTOR	AUTOVALOR	% DE VAR.	% DE VAR. ACUM.
		*				
DEP1B	.52559	*	1	2.81910	28.2	28.2
DEP2B	.48257	*	2	1.19626	12.0	40.2
DEP3B	.43011	*				
DEP4B	.34363	*				
DEP5B	.38137	*				
DEP6B	.28664	*				
DEP7B	.50477	*				
DEP8B	.38187	*				
DEP9B	.40124	*				
DEP10B	.27758	*				

MATRIZ FACTORIAL ROTADA:

	FACTOR 1	FACTOR 2
DEP7B	.66898	.23925
DEP3B	.65575	.00989
DEP5B	.61106	.08935
DEP2B	.55790	.41391
DEP4B	.53003	-.25039
DEP8B	-.01562	.61775
DEP1B	.47979	.54351
DEP6B	-.05547	.53250
DEP10B	.09350	.51849
DEP9B	.37650	.50940

TABLA VII.5. Resultados del análisis factorial de la escala de «Depresión»

Las dos dimensiones pueden entenderse como:

- Factor 1. Desasosiego e inquietud
- Factor 2. Estado de ánimo

El resultado del análisis factorial indica que la agrupación de los elementos puede estar relacionada con el modo de presentación de los items, según si ésta es o no positiva; es decir, según si pregunta directamente el síntoma depresivo o si cuestiona lo contrario.

La consistencia interna de los factores es la siguiente:

1. Desasosiego e inquietud (alpha = .62)
2. Estado de ánimo (alpha = .52)

La fiabilidad del total de la escala abreviada, compuesta por los 10 items presentados anteriormente se obtiene a través del coeficiente alpha de Cronbach, que, en esta ocasión es de .69, y del coeficiente Theta de Armor, obteniendo un valor de .71, lo que indica un nivel adecuado de consistencia interna. Tanto la dimensión recogida en el Factor 1 (Desasosiego e inquietud) como la considerada como Factor 2 (Estado de ánimo) son aspectos centrales en la depresión. Dado que la fiabilidad disminuye al considerar cada subescala por separado y que en estudios anteriores se ha entendido la depresión como unidimensional, se va a estudiar la variable en su totalidad, esto es, sin distinguir aspectos concretos.

VII.3.6.- DESESPERANZA

La desesperanza es operativizada como la puntuación total obtenida en los items incluidos en la escala referidos a la visión y expectativas de futuro. La desesperanza se valora a través de una versión adaptada, abreviada y traducida de "Hopelessness Scale" (BECK, WEISSMAN et al. 1974). "Hopelessness Scale" es un instrumento compuesto por 20 items con dos opciones de respuesta ("Verdadero", "Falso") que miden el grado en que los esquemas cognitivos de una persona se caracterizan por unas expectativas

negativas con respecto al futuro (BONNER Y RICH, 1988b).

BECK, WEISSMAN et al. (1974) notifican una alta consistencia interna (.93) y una correlación de la puntuación de la escala con la valoración clínica de la desesperanza de .74, resultado que habla en favor de la validez concurrente del instrumento. PETRIE Y CHAMBERLAIN (1983) encuentran en una muestra de pacientes que las respuestas a la escala no están contaminadas por aspectos de deseabilidad social. Por su parte, BECK, STEER et al. (1985) prueban la utilidad de la escala para medir el riesgo de suicidio, ya que es capaz de discriminar sujetos según el nivel de tendencia suicida.

HOLDEN Y FEKKEN (1988) prueban la alta estabilidad test-retest de la escala (.85) en una muestra de estudiantes, siendo algo mayor para los varones (.94) que para las mujeres (.67). Este resultado lleva a la conclusión de que la escala es fiable para la medición de cogniciones pesimistas en una muestra de jóvenes.

YOUNG, HALPER et al. (1991) realizan una evaluación psicométrica de "Hopelessness Scale" en dos muestras de 730 y 257 sujetos respectivamente. Concluyen que la escala es unidimensional y establecen un modelo unifactorial que explica un 53 % en la primera muestra y un 55.5 % en la segunda. La consistencia interna se calcula con la formula KR-20 siendo .92 en ambos grupos. Los autores concluyen que la escala es fiable, pero no

demasiado sensible en niveles bajos de desesperanza.

"Hopelessness Scale" es un instrumento que se ha empleado mucho en la medición de desesperanza y en el estudio de la conducta suicida (PETRIE Y CHAMBERLAIN, 1983; BECK, STEER et al., 1985; RICH Y BONNER, 1987a y 1987b; BONNER Y RICH, 1988a; BONNER Y RICH, 1991a y 1991b; RICH, KIRKPATRICK-SMITH et al., in press).

En este estudio se diseña una escala de 10 items elegidos en función de los pesos factoriales obtenidos por cada uno de ellos en la investigación llevada a cabo por YOUNG, HALPER et al. (1991). Se incluyen items formulados positivamente e items redactados en forma negativa. Con el fin, primero, de subsanar la limitación mencionada por YOUNG, HALPER et al. al respecto de la limitada sensibilidad de la escala en niveles bajos de desesperanza y, segundo, de aumentar la fiabilidad de la escala se presentan cuatro opciones de respuesta en lugar de la dicotomía "verdadero-falso" (MORALES, 1988). De este modo, el sujeto debe responder el grado de acuerdo con las afirmaciones presentadas según cuatro opciones de respuesta (1 = "Muy en desacuerdo"; 2 = "Bastante en desacuerdo"; 3 = "Bastante de acuerdo"; 4 = "Muy de acuerdo").

Los items que componen la escala son los que se exponen a continuación:

1. Miro al futuro con esperanza y entusiasmo (DES1/DES1B)
2. Pienso que voy a triunfar en lo que más me interesa (DES2/DES2B)
3. Veo "negro" mi futuro (DES3/DES3B)
4. Todo lo que se presenta ante mí es más desagradable que agradable (DES4/DES4B)
5. El futuro me parece vago e incierto (DES5/DES5B)
6. Las cosas no van a salir como yo quiero (DES6/DES6B)
7. Tengo mucha fe en el futuro (DES7/DES7B)
8. Es poco probable que puede obtener alguna verdadera satisfacción en el futuro (DES8/DES8B)
9. Preveo que voy a tener más rachas buenas que malas (DES9/DES9B)
10. Es inútil intentar conseguir lo que quiero porque probablemente no lo consiga (DES10/DES10B)

El analisis factorial realizado con esta escala indica que los items se agrupan en dos factores que explican el 44,6 % de la varianza total de desesperanza (Tabla VII.6.).

ESTADISTICOS FINALES:

VARIABLE	COMUNALIDAD	*	FACTOR	AUTOVALOR	% DE VAR.	% DE VAR. ACUM.
		*				
DES1B	.45853	*	1	3.11729	31.2	31.2
DES2B	.49180	*	2	1.33898	13.4	44.6
DES3B	.52503	*				
DES4B	.43929	*				
DES5B	.49925	*				
DES6B	.51952	*				
DES7B	.48537	*				
DES8B	.38870	*				
DES9B	.24276	*				
DES10B	.40603	*				

MATRIZ FACTORIAL ROTADA:

	FACTOR 1	FACTOR 2
DES6B	.71166	.11429
DES5B	.70654	.00668
DES3B	.68630	.23244
DES4B	.66125	.04515
DES8B	.61413	.10743
DES10B	.59609	.22519
DES2B	.00761	.70124
DES7B	.17762	.67366
DES1B	.16324	.65718
DES9B	.07964	.48623

TABLA VII.6. Resultados del análisis factorial de la escala de «Desesperanza».

La interpretación de los factores es la siguiente:

- Factor 1. Desesperanza en el futuro
- Factor 2. Esperanza en el futuro

El resultado del análisis factorial indica que la agrupación de los elementos está relacionada con el modo de presentación de los items (optimista o pesimista).

La consistencia interna de los factores es como sigue:

1. Desesperanza en el futuro alpha = .76
2. Esperanza en el futuro alpha = .54

El coeficiente alpha de fiabilidad (.74) y Theta de Armor (.75) indica que la consistencia interna de la escala total abreviada de desesperanza es alta y que, por tanto, se puede hablar de la desesperanza como un concepto que agrupa ambos factores. La factorización aparecida coincide con la forma de presentación de los items. Se aconseja el uso de la escala como totalidad ya que la mayoría de los autores consideran que este aspectos es unidimensional y la aparición de los factores se puede relacionar con la forma de redacción de los elementos que componen el instrumento.

VII.3.7.- RAZONES PARA VIVIR

Las razones para vivir constituyen un recurso adaptativo que dificulta el que una persona desarrolle una conducta suicida. Las razones para vivir son los motivos que una persona tiene para no cometer suicidio, caso de plantearse esta posibilidad.

En este estudio los motivos para no suicidarse se conocen a través de una escala traducida y abreviada del instrumento "Reasons for Living Inventory" (LINEHAN, GOODSTEIN et al., 1983), en el que se ofrecen una serie de razones para no suicidarse en una escala tipo Likert, a la que los sujetos deben responder el grado de importancia que tienen para ellos (desde 1 = "Nada importante" a 6 = "Extremadamente importante").

"Reasons for Living Inventory" es una escala formada por seis factores o dimensiones de las razones para vivir: el primer factor se refiere a la "Creencia en la propia capacidad de sobrevivir y afrontamiento; el segundo grupo a la "Responsabilidad con la familia"; la tercera dimensión se denomina "Preocupación por los hijos"; el cuarto factor es "Miedo al suicidio"; el quinto hace referencia a "Miedo a la desaprobación social" y, por último, el sexto factor se denomina "Razones morales". Todas las subescalas correspondientes a cada grupo, muestran bastante consistencia interna (desde .72 a .89). Se ha probado la utilidad del instrumento para distinguir los sujetos "suicidas" de los

"no suicidas" (LINEHAN, GOODSTEIN et al., 1983) y se ha empleado en muchos estudios para valorar las razones de los sujetos para no cometer suicidio (ELLIS Y RANGE, 1987,1988 y 1989b; TURZO Y RANGE, 1988; COLE, 1989a; NEYRA, RANGE Y GOGGIN, 1990).

COLE (1989a) prueba que el instrumento tiene una adecuada validez convergente, discriminante y de constructo en una población adolescente, tanto "normal" como delincuente, en tanto que RANGE Y STEEDE (1988) realizan un estudio de la estructura factorial de este instrumento para una muestra de personas de dicho grupo de edad. La investigación concluye, como se expone a continuación, la existencia de ciertas semejanzas y diferencias entre la agrupación en dimensiones entre los adultos de las razones para vivir y la asociación de motivos entre los adolescentes.

El primer factor obtenido en adultos, "Creencia en la propia capacidad para sobrevivir y afrontar los problemas", da lugar a dos factores en la población adolescentes: uno referido a "Visión optimista de la vida" y otro definido como "Creencia en la propia capacidad de afrontamiento". El tercer factor "Responsabilidad con los hijos" no aparece entre los adolescentes, resultado no sorprendente dado que este colectivo, por lo general, no tiene hijos. El coeficiente alpha de Chronbach (desde .73 hasta .92) indica adecuada consistencia interna de las subescalas. Los autores llegan a la conclusión de que la escala es apropiada tanto para adolescentes como para adultos.

En el presente trabajo se han seleccionado cuatro items de cada una de las subescalas obtenidas en el estudio con adolescentes de RANGE Y STEEDE (1988), en función del peso factorial y del contenido y aplicabilidad de los items a la población de nuestro país.

Las afirmaciones que forman el cuestionario son las que siguen:

1. Tengo una responsabilidad y un compromiso con mi familia (RFL1/RFL1B)
2. Creo que sólo Dios tiene derecho a terminar una vida (RFL2/RFL2B)
3. Tengo miedo a la muerte (RFL3/RFL3B)
4. Mi familia podría pensar que no la quiero (RFL4/RFL4B)
5. No creo que las cosas se vuelvan tan terribles como para elegir morir (RFL5/RFL5B)
6. No quiero morir (RFL6/RFL6B)
7. Me asusta lo desconocido (RFL7/RFL7B)
8. Quiero y disfruto tanto de mi familia que no sería capaz de dejarles (RFL8/RFL8B)
9. Quiero vivir todo lo que la vida puede ofrecerme y hay muchas experiencias que aún no he vivido y que me gustaría vivir (RFL9/RFL9B)
10. Mi vida es importante para mí (RFL10/RFL10B)
11. Creo que va en contra de la dignidad humana (RFL11/RFL11B)
12. Soy un cobarde y no tengo el valor de hacerlo (RFL12/RFL12B)
13. Mis creencias religiosas me lo prohíben (RFL13/RFL13B)
14. Tengo curiosidad acerca de lo que puede ocurrir en el futuro (RFL14/RFL14B)
15. Me preocupa lo que los demás pudieran pensar de mí (RFL15/RFL15B)
16. Pienso que todo tiene una manera de plantearse hacia sus aspectos positivos (RFL16/RFL16B)
17. Lo considero moralmente malo (RFL17/RFL17B)
18. Tengo el coraje suficiente para afrontar la vida (RFL18/RFL18B)
19. Me da miedo el hecho en sí de suicidarse (el dolor, la sangre, la violencia) (RFL19/RFL19B)
20. Tengo esperanzas de que las cosas mejorarán y el futuro será más feliz (RFL20/RFL20B)
21. Los demás pensarían que soy débil y egoísta (RFL21/RFL21B)
22. No me gustaría que los demás pensarán que yo no tengo control sobre mí mismo (RFL22/RFL22B)
23. No me gustaría que después mi familia se sintiera culpable (RFL23/RFL23B)
24. No me gustaría que mi familia pensara que soy un egoísta y un cobarde (RFL24/RFL24B)

Un análisis factorial aplicado a esta escala reducida indica que los items seleccionados se agrupan en cinco factores que explican el 52,5% de la varianza (Tabla VII.7.).

ESTADISTICOS FINALES:

VARIABLE	COMUNALIDAD	*	FACTOR	AUTOVALOR	% DE VAR.	% DE VAR. ACUM.
RFL1B	.43962	*	1	5.51166	23.0	23.0
RFL2B	.62040	*	2	2.47479	10.3	33.3
RFL3B	.58176	*	3	1.69977	7.1	40.4
RFL4B	.53987	*	4	1.50386	6.3	46.6
RFL5B	.33999	*	5	1.40328	5.8	52.5
RFL6B	.55008	*				
RFL7B	.52286	*				
RFL8B	.49613	*				
RFL9B	.51447	*				
RFL10B	.53597	*				
RFL11B	.54594	*				
RFL12B	.45760	*				
RFL13B	.64268	*				
RFL14B	.36525	*				
RFL15B	.54597	*				
RFL16B	.44021	*				
RFL17B	.53563	*				
RFL18B	.47105	*				
RFL19B	.52523	*				
RFL20B	.44223	*				
RFL21B	.65342	*				
RFL22B	.70590	*				
RFL23B	.53605	*				
RFL24B	.58506	*				

MATRIZ FACTORIAL ROTADA:

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5
RFL10B	.71087	-.02008	.14824	.03924	.08187
RFL18B	.67011	.04104	-.02876	.11412	.08039
RFL9B	.66997	-.02999	.11305	-.04031	.22429
RFL20B	.64002	.04375	.06191	.08662	.13914
RFL16B	.63847	.09948	.02808	.14779	.00595
RFL14B	.49131	.33295	.10169	03005	-.04210
RFL5B	.39267	-.20331	.33008	.12905	.13733
RFL22B	.06111	.81909	.06424	.08561	.14071
RFL21B	.01391	.76902	.15575	.15358	.11828
RFL15B	.02952	.72084	.12534	.09397	.03089
RFL3B	.05208	.03970	.75310	.06423	.07863
RFL7B	.11146	.09074	.70330	.04345	.07542
RFL19B	.07755	.33802	.59876	.20084	.07816
RFL12B	.02130	.25643	.59033	.20642	-.01713
RFL6B	.44831	-.12374	.55355	.00474	.16536
RFL13B	-.01180	.04224	.11912	.78670	.08760
RFL2B	.05232	-.00279	.12206	.75179	.19384
RFL11B	.27387	.21824	.09500	.62854	.13862
RFL17B	.22457	.34285	.14586	.58795	.02623
RFL4B	-.02400	.07868	.25943	.07302	.67858
RFL23B	.13176	.26061	.06713	.00296	.66803
RFL1B	.18292	-.05736	.03878	.18295	.60655
RFL8B	.30436	.03264	-.04208	.21677	.59470
RFL24B	.02752	.52899	.02732	.04550	.54923

TABLA VII.7. Resultados del análisis factorial de la escala de «Razones para vivir»

La interpretación de los factores puede hacerse de la siguiente

forma:

- Factor 1: Visión optimista de la vida y de la propia capacidad de afrontamiento
- Factor 2: Miedo a la desaprobación social
- Factor 3: Miedo al suicidio
- Factor 4: Razones morales
- Factor 5: Responsabilidad con la familia

Estos resultados indican que en la población adolescente de este estudio el primer factor surge de la agrupación de los factores 1 ("Visión optimista de la vida") y 2 ("Creencia en la propia capacidad de afrontamiento") aparecidos en el estudio de RANGE Y STEEDE (1988). En este sentido la dimensionalización de la escala en nuestro trabajo es semejante a la agrupación de los items resultante en la investigación con adultos (LINEHAN et al. 1983). La factorización de este instrumento en la muestra de este estudio confirma la estructura de la escala.

La precisión de la escala en su totalidad y de las subescalas o factores se halla a través del alpha de Cronbach:

1. Visión optimista de la vida y de la propia capacidad de afrontamiento (alpha = .72)

2. Miedo a la desaprobación social (alpha = .79)
3. Miedo al suicidio (alpha = .73)
4. Razones morales (alpha = .73)
5. Responsabilidad con la familia (alpha = .69)

El total de la escala muestra una precisión alta (alpha = .85). Estos resultados indican que, a pesar de haber reducido la escala original a la mitad en cuanto a número de items, tanto los factores como el total de la escala tienen una alta consistencia interna y, por tanto, se puede hablar de distintos grupos o dimensiones dentro de la totalidad de razones para vivir.

VII.3.8.- AUTOCONCEPTO

El concepto de sí mismo se mide en este estudio a través de una escala abreviada del instrumento utilizado por VILLA et al. (1990) para medir el autoconcepto en una muestra de adolescentes detalladamente descrito en la obra de VILLA (1992a). La escala original está compuesta por 26 items con cinco opciones de respuesta desde 1 = "Muy de acuerdo" hasta 5 = "Muy en desacuerdo", algunos presentados de forma positiva y otros de forma negativa. En teoría, son cuatro las dimensiones que se quieren evaluar. A saber, la autovalía personal, la satisfacción con el aspecto físico, la dimensión social y la dimensión académica.

Un análisis factorial llevado a cabo para comprobar empíricamente las dimensiones teóricas dio como resultado la existencia de tres factores. El primer factor se refiere a la autovalía personal, el segundo a la dimensión social, en el que aparece incluido el autoconcepto físico, y el tercero referido a la dimensión académica. Las subescalas del instrumento obtuvieron una medida de fiabilidad alta (con alpha de Cronbach desde .81 a .92) así como la escala total con un índice de .96, hallado con la Theta de Armor.

Para el estudio que nos ocupa, se seleccionan los cinco items con mayor peso en cada uno de los factores. La escala abreviada queda formada por las siguientes afirmaciones:

1. Si volviera a nacer, me gustaría volver a ser como soy (AUTO1/AUTO1B)
2. Estoy descontento de mí mismo (AUTO2/AUTO2B)
3. Mis compañeros me aprecian (AUTO3/AUTO3B)
4. No sirvo para nada (AUTO4/AUTO4B)
5. Los profesores me consideran buen estudiante [179] (AUTO5/AUTO5B)
6. Soy una persona atractiva (AUTO6/AUTO6B)
7. A la gente le gusta estar conmigo (AUTO7/AUTO7B)
8. No me gustaría ser distinto de como soy (AUTO8/AUTO8B)
9. Soy un buen estudiante (AUTO9/AUTO9B)
10. Los profesores la toman conmigo (AUTO10/AUTO10B)
11. Creo que gusto a las personas del otro sexo (AUTO11/AUTO11B)
12. No me resulta difícil estudiar (AUTO12/AUTO12B)
13. Me gusta ir bien vestido (AUTO13/AUTO13B)
14. Considerando todos los aspectos, estoy satisfecho conmigo mismo (AUTO14/AUTO14B)
15. Suelo sacar notas altas (AUTO15/AUTO15B)

---

[179] El item original es "Generalmente caigo bien a los profesores". Se modifica con el objetivo de centrarse más en el aspecto académico.

El análisis factorial realizado para comprobar empíricamente el modo de agrupación de los items resulta en la existencia de cuatro factores coincidentes con las dimensiones teóricas del autoconcepto propuestas por VILLA (1992a): "autoconcepto académico", "autovalía personal", "dimensión social" y "dimensión física del autoconcepto". El conjunto de factores explica el 58,2% de la varianza.

ESTADISTICOS FINALES:

VARIABLE	COMUNALIDAD	*	FACTOR	AUTOVALOR	% DE VAR.	% DE VAR. ACUM.
		*				
AUT01B	.65858	*	1	4.10470	27.4	27.4
AUT02B	.40765	*	2	1.99694	13.3	40.7
AUT03B	.68234	*	3	1.49408	10.0	50.6
AUT04B	.51032	*	4	1.13533	7.6	58.2
AUT05B	.71544	*				
AUT06B	.72890	*				
AUT07B	.68826	*				
AUT08B	.51493	*				
AUT09B	.76777	*				
AUT010B	.34598	*				
AUT011B	.71750	*				
AUT012B	.39078	*				
AUT013B	.23069	*				
AUT014B	.63042	*				
AUT015B	.74148	*				

MATRIZ FACTORIAL ROTADA:

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
AUT09B	.85343	.15995	.07792	.08817
AUT015B	.85064	.11631	.05363	-.03857
AUT05B	.83082	.06715	.14376	.00276
AUT012B	.58733	.11720	-.00998	.17886
AUT01B	.13494	.79595	-.04305	.07063
AUT014B	.21795	.74289	.09648	.14738
AUT08B	.03088	.70130	-.02057	.14741
AUT02B	.02315	.62726	.11199	-.03344
AUT04B	.17413	.62600	.29680	-.00486
AUT03B	.01856	.23988	.78633	.07832
AUT07B	-.01929	.17359	.78322	.21053
AUT013B	.15965	-.08085	.44464	.03096
AUT011B	.09474	.13519	.23687	.79632
AUT06B	.19277	.17390	.18393	.79226
AUT010B	.35098	.10968	.24018	-.39125

TABLA VII.8. Resultados del análisis factorial de la escala de «Autoconcepto».

La consistencia interna de la escala se halla a través del alpha de

Cronbach, dando lugar a los siguientes resultados:

1. Autoconcepto académico (alpha = .76)
2. Autovalía personal (alpha = .76)
3. Dimensión social (alpha = .53)
4. Dimensión física (alpha = .74) [180]

La totalidad de la escala tiene un coeficiente de .79, resultado que indica que tanto el instrumento como las subescalas que lo componen son suficientemente fiables y precisas. La dimensión social es el factor con una menor fiabilidad. No obstante, teniendo en cuenta que está formado por tres items, se puede considerar aceptable.

VII.3.9.- PENSAMIENTO DE SUICIDIO

La variable dependiente propiamente dicha del estudio es el pensamiento de suicidio que se entiende como la puntuación total obtenida en los items referidos a la presencia, permanencia y letalidad de ideas de suicidio.

Se mide a través de una versión traducida, adaptada, modificada

---

[180] La variable AUTO10B se incluye dentro de la subescala "Autoconcepto académico" por considerar que es más coherente con el contenido de dicha subescala y porque, como puede apreciarse en la tabla, tiene bastante peso en este factor si se compara con el peso que presenta en el factor 4.

y abreviada de "Scale for Suicide Ideation" (BECK, KOVACS Y WEISSMAN, 1979), un instrumento diseñado para medir la intención suicida que es respondida por el profesional después de la entrevista clínica con el paciente. Está compuesta por 19 items. El formato original no está redactado en primera o tercera persona sino que supone la presentación de ciertos indicadores sobre los que marcar una de las opciones según la frecuencia de ocurrencia o dependiendo de su presencia o no en el paciente. En este sentido, se podría hablar de una escala "semiestructurada". La validez de constructo queda probada por la correlación entre la puntuación de la escala y la desesperanza, la depresión y las actitudes dicotómicas ante la vida (BECK, KOVACS Y WEISSMAN, 1979). Los autores de la escala prueban, asimismo, la consistencia interna del instrumento en cuestión, así como de una versión modificada (MILLER, DOW et al., 1986). SCHOTTE Y CLUM (1982) y RANIERI, STEER et al. (1987) son algunos de los autores que han utilizado esta escala para investigación.

El análisis factorial de "Scale for Suicide Ideation" indica la existencia de tres factores (BECK, KOVACS Y WEISSMAN, 1979). El primero de ellos, referido a "Deseo activo de suicidio", el factor 2 relacionado con "Preparación del acto suicida" y, por último, el factor 3, referido al "Deseo pasivo de suicidio". La primera dimensión explica el 35,3% de la varianza, siendo el porcentaje total explicado el 56%, lo que indica que es la temática fundamental de la escala. Por otro lado, la mayor parte de los items que forman

el instrumento pesan en este factor.

Teniendo en cuenta que en nuestro trabajo el aspecto que más interesa es el pensamiento de suicidio, se han seleccionado los items que presentan una mayor correlación con el total de la escala que, en su mayoría, forman parte del primer factor, esto es, del pensamiento de suicidio activo. La selección de los items se ha continuado con una modificación de la escala a un formato "cuestionario" para que pueda ser respondida por el propio sujeto, lo que implica un ahorro de tiempo y profesionales y un posible aumento de objetividad. Otro de los cambios incluidos en el cuestionario, consiste en la presentación de cuatro opciones de respuesta, con el fin de favorecer al respondente una contestación más cercana a su situación y, con ello, evitar "forzar" su postura en cada item. Las cuestiones incluidas en la escala modificada y adaptada son:

1. Respecto a mis ganas de vivir... (SU1/SU1B)

   1) He tenido muchas ganas de vivir
   2) He tenido bastantes ganas de vivir
   3) He tenido pocas ganas de vivir
   4) No he tenido ganas de vivir

2. En lo que se refiere a mis ganas de morir... (SU2/SU2B)

   1) No he tenido ganas de morir
   2) He tenido pocas ganas de morir
   3) He tenido bastantes ganas de morir
   4) He tenido muchas ganas de morir

3. Mis razones para vivir han sido... (SU3/SU3B)

1) Más fuertes que las razones para morir
2) Tan fuertes como las razones para morir
3) Menos fuertes que las razones para morir
4) Apenas he tenido razones para vivir

4. Refiriéndose a mis ganas de intentar suicidarme de una forma activa ... (SU4/SU4B)

1) No he tenido ganas de intentarlo
2) He tenido pocas ganas de intentarlo
3) He tenido bastantes ganas de intentarlo
4) He tenido muchas ganas de intentarlo

5. Si pensara en dejarme morir, se caracterizaría por... (SU5/SU5B)

1) No pensaría en dejarme morir
2) Tomaría precauciones para salvar la vida
3) Haría cosas arriesgadas (p. ej. cruzar una calle con mucho tráfico sin cuidado)
4) Dejaría de hacer cosas necesarias para salvar o mantener mi vida (ej. dejar de comer...)

6. La idea de suicidarme... (SU6/SU6B)

1) No se me ocurre nunca
2) Se me ocurre de un modo pasajero
3) Está en mi cabeza durante un tiempo cuando se me ocurre
4) Está continuamente en mi cabeza

7. Pienso en el suicidio (SU7/SU7B)

1) Nunca
2) Muy pocas veces
3) Con cierta frecuencia
4) Muchas veces

8. En lo que se refiere a mi opinión ante el deseo de suicidarme... (SU8/SU8B)

1) No tengo deseo de suicidarme
2) Rechazo el deseo de suicidarme
3) Unas veces rechazo y otras acepto el deseo de suicidarme
4) Acepto mis deseos de suicidarme

9. Respecto a las razones que me llevan a pensar en la posibilidad de suicidio... (SU9/SU9B)

1) No pienso sobre el suicidio
2) Pienso en el suicidio, en parte, para llamar la atención sobre mi situación
3) Pienso en el suicidio como un modo de escapar de mis problemas o de resolverlos
4) Pienso en el suicidio tanto por las razones de la opción 2 como de la opción 3

10. En relación a intentar realmente el suicidio... (SU10/SU10B)

1) Estoy convencido de que no lo haría
2) Creo que no lo haría
3) Creo que lo haría
4) Estoy convencido de que lo haría

El análisis factorial realizado en esta investigación con esta adaptación de la escala original indica que los items miden una sola dimensión, denominada "Deseo de suicidio" y que explica el 54,4% de la varianza. En la tabla siguiente se incluye la saturación de los items en el factor (Tabla VII.9.).

ESTADISTICOS FINALES:

VARIABLE	COMUNALIDAD	*	FACTOR	AUTOVALOR	% DE VAR.	% DE VAR. ACUM.
SU1B	.41639	*	1	5.44482	54.4	54.4
SU2B	.65978	*				
SU3B	.36547	*				
SU4B	.61448	*				
SU5B	.39160	*				
SU6B	.67286	*				
SU7B	.65878	*				
SU8B	.69565	*				
SU9B	.57401	*				
SU10B	.39580	*				

MATRIZ FACTORIAL ROTADA:

El análisis factorial no puede rotar una solución unifactorial.

TABLA VII.9. Resultados del análisis factorial de la escala de «Pensamiento de suicidio».

La consistencia interna de la escala hallada a través del alpha de Cronbach es muy alta (.90), lo que indica la alta precisión del instrumento

compuesto por 10 items.

VII.4.- TRATAMIENTO INFORMATICO-ESTADISTICO DE LOS DATOS Y VARIABLES

En este apartado se incluyen los comentarios y explicaciones sobre las modificaciones y creaciones de las distintas variables del estudio, así como las técnicas de análisis utilizadas y los métodos de aplicación de las mismas.

VII.4.1.- CREACION Y MODIFICACION DE VARIABLES

El tratamiento adecuado de las variables es un primer paso que garantiza la validez de los resultados de los análisis estadísticos empleados. Por ello, ha parecido interesante presentar, aún de forma esquemática, el modo de creación de nuevas variables y modificación de las variables existentes en el cuestionario.

- EDAD2 (duplicación de EDAD): EDAD -RECODIFICADA

  1 = 14 y 15 años
  2 = 16

3 = 17 y 18 años

- TIPOE (combinación de CURSO): TIPO DE ESTUDIOS

  1 = Bup
  2 = Rem
  3 = Fp

- TIPOE2 (duplicación de TIPO) TIPO DE ESTUDIOS -RECODIFICADA

  1 = Bup
  2 = Rem/Fp

- EDADTIPO (combinación de EDAD Y TIPOE)

  1 = Menor de 16 años de BUP
  2 = Menor de 16 años de REM
  3 = Menor de 16 años de FP
  4 = Mayor de 16 años de Bup
  5 = Mayor de 16 años de REM
  6 = Mayor de 16 años de FP

- PESTUB (duplicación de PESTU): VALORACION ACADEMICA PATERNA - SIN VALORES PERDIDOS [181]

- ESTUB (duplicación de ESTU): VALORACION ACADEMICA PERSONAL -SIN VALORES PERDIDOS

- PESTUC (duplicación de PESTUB): VALORACION ACADEMICA PATERNA - SIN VALORES PERDIDOS Y RECODIFICADA

  1 = Bastante o muy mal estudiante
  2 = Ni buen ni mal estudiante
  3 = Bastante o muy buen estudiante

- ESTUC (duplicación de ESTUB): VALORACION ACADEMICA PERSONAL - SIN VALORES PERDIDOS Y RECODIFICADA

  1 = Bastante o muy mal estudiante
  2 = Ni buen ni mal estudiante
  3 = Bastante o muy buen estudiante

---

[181] El proceso para eliminar los "valores perdidos de las variables continuas es el que sigue: la imputación de "valores válidos" en los items que presentan "valores perdidos" se realiza asignando al sujeto que no ha respondido dicho item el valor medio redondeado de los que sí responden tal item en el grupo al que pertenece ese sujeto según la variable EDADTIPO.

- SUSPB (duplicación de SUSP): NUMERO DE SUSPENSOS EN JUNIO PASADO -SIN VALORES PERDIDOS

- SUSPC (duplicación de SUSPB): NUMERO DE SUSPENSOS EN JUNIO PASADO -SIN VALORES PERDIDOS Y RECODIFICADA

  1 = Ninguno
  2 = 1 o 2 suspensos
  3 = 3 o más suspensos

- OCPTB (Número de "1" en las variables OC1 a OC28): NUMERO TOTAL DE SUCESOS OCURRIDOS DESDE HACE UN AÑO

- TIPSMPT (Número de "2" en las variables TIPS1 a TIPS28): NUMERO TOTAL DE SUCESOS MALOS DESDE HACE UN AÑO

- INFMPT: PUNTUACION TOTAL EN INFLUENCIA DE LOS SUCESOS CALIFICADOS COMO MALOS (NIVEL DE ESTRES -CONTINUA)

- ESTRESIN (duplicación y recodificación [182] de la variable INFMPT): (NIVEL DE ESTRES -DICOTOMICA)

  1 = Bajo
  2 = Alto

- COP1B A COP27B (duplicación de las variables COP1 A COP27 respectivamente): ITEM 1 A ITEM 27 DE LA ESCALA "CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO" -SIN VALORES PERDIDOS

- COPPTB (suma de las puntuaciones en cada uno de los items COP1B a COP27B): PUNTUACION TOTAL DE LA ESCALA "UTILIZACION DE AFRONTAMIENTO GENERAL" (CONTINUA)

- COPPTBB (duplicación de la variable COPPTB). UTILIZACION DE AFRONTAMIENTO GENERAL -RECODIFICADA (DICOTOMICA) [183]

---

[182] Una vez duplicada la variable INFMPTB en la variable ESTRESIN se recodifican los valores de esta última en función del valor de la mediana en la variable INFMPTB. Así los valores "0", "1" y "2" de la variable INFMPTB se convierten en el valor "1" de la variable ESTRESIN y el resto de valores de la variable original constituyen el valor "2" de la varible de nueva creación (ESTRESIN).

[183] La recodificación de la variable COPPTBB se realiza según el valor del percentil 50 de la variable original COPPTB. De esta forma los valores de COPPTB que van de "0" a "62" constituyen el valor "1" de la variable COPPTBB y el resto de valores de la variable original

1 = Baja
2 = Alta

- COPF1 (suma de las puntuaciones en las variables COP6B, COP23B, COP2B, COP7B, COP21B, COP11B): PUNTUACION TOTAL DE LA SUBESCALA "BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL" DE LA ESCALA "UTILIZACION DE AFRONTAMIENTO GENERAL" [184]

- COPF2 (suma de las puntuaciones en las variables COP15B, COP10B, COP16B, COP12B, COP25B, COP3B, COP27B, COP8B): PUNTUACION TOTAL DE LA SUBESCALA "AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PLANIFICACION" DE LA ESCALA "UTILIZACION DE AFRONTAMIENTO GENERAL" [185]

- COPF3 (suma de las puntuaciones en las variables COP13B, COP4B, COP26B, COP14B): PUNTUACION TOTAL DE LA SUBESCALA "NEGACION" DE LA ESCALA "UTILIZACION DE AFRONTAMIENTO GENERAL" [186]

- COPF4 (suma de las puntuaciones en las variables COP22B, COP19B, COP18B, COP20B, COP5B): PUNTUACION TOTAL DE LA SUBESCALA "DESVINCULACION CONDUCTUAL" DE LA ESCALA "UTILIZACION DE AFRONTAMIENTO GENERAL" [187]

- COPF5 (suma de las puntuaciones en las variables COP1B, COP24C

---

constituyen el valor o grupo "2" de la variable recodificada COPPT8B.

[184] Esta subescala corresponde al Factor 1 obtenido en el análisis factorial de la escala utilizada para medir "Utilización de afrontamiento".

[185] Esta subescala corresponde al Factor 2 obtenido en el análisis factorial de la escala utilizada para medir "Utilización de afrontamiento".

[186] Esta subescala corresponde al Factor 3 obtenido en el análisis factorial de la escala utilizada para medir "Utilización de afrontamiento".

[187] Esta subescala corresponde al Factor 4 obtenido en el análisis factorial de la escala utilizada para medir "Utilización de afrontamiento".

[188], COP9B): PUNTUACION TOTAL DE LA SUBESCALA "DESVINCULACION MENTAL" DE LA ESCALA "UTILIZACION DE AFRONTAMIENTO GENERAL" [189]

- COPA (suma de las puntuaciones en las variables que forman el Factor 1 y el Factor 2 de la escala de "Utilización de afrontamiento"): PUNTUACION TOTAL DE "AFRONTAMIENTO ADAPTATIVO" (CONTINUA)

- COPAB (duplicación de la variable COPA): PUNTUACION TOTAL DE "AFRONTAMIENTO ADAPTATIVO" -RECODIFICADA (DICOTOMICA) [190]

  1 = Baja
  2 = Alta

- COPMA (suma de las puntuaciones en las variables que forman los factores 3, 4, 5 y del item COP17B de la escala "Utilización de afrontamiento"): PUNTUACION TOTAL DE "AFRONTAMIENTO MALADAPTATIVO" (CONTINUA)

- COPMAB (duplicación de la variable COPMA): PUNTUACION DE "AFRONTAMIENTO MALADAPTATIVO" -RECODIFICADA (DICOTOMICA) [191]

---

[188] La variable COP24C es una duplicación y recodificación de la variable COP24B para conseguir que todos los items que forman esta subescala estuvieran formulados en la misma dirección. Así, los valores de esta variable han quedado como sigue:
1 = Lo hago muchas veces
2 = Lo hago bastantes veces
3 = Lo hago pocas veces
4 = No suelo hacer esto nunca

[189] La subescala "Desvinculación mental" corresponde al Factor 5 obtenido en el análisis factorial de la escala utilizada para medir "Utilización de afrontamiento".

[190] La recodificación de la variable COPAB se realiza en función del valor de la mediana de la variable original COPA. De esta forma, los valores "0" a "37" de la original constituyen el grupo "1" de la variable duplicada (COPAB) y el resto de los valores de la original (COPA) se convierten en el grupo o valor "2" en la variable de nueva creación (COPAB).

[191] La recodificación de la variable COPMAB se realiza en función de la mediana o percentil 50 de la variable de la que proviene (COPMA). De esta forma, los valores de "0" a "25" de la variable original se transforman en el valor "1" en la variable duplicada (COPMAB) y el resto de valores de la variable original (COPMA) se convierten en el valor "2" de la variable recodificada (COPMAB).

1 = Baja
2 = Alta

- SOL1B A SOL10B (duplicaciones de las variables SOL1 a SOL10B respectivamente): ITEM 1 a ITEM 10 DE LA ESCALA DE SOLEDAD - TODAS SIN VALORES PERDIDOS Y LAS VARIABLES SOL1B, SOL5B, SOL8B, SOL9B, SOL10B RECODIFICADAS

  1 = Muchas veces
  2 = Bastantes veces
  3 = Algunas veces
  4 = Muy pocas veces [192]

- SOLPTB (suma de las puntuaciones en cada uno de los items SOL1B a SOL10B): PUNTUACION TOTAL DE SOLEDAD

- DEP1B A DEP10B (duplicaciones de las variables DEP1 a DEP10 respectivamente): ITEM 1 a ITEM 10 DE LA ESCALA DE DEPRESION - TODAS SIN VALORES PERDIDOS Y LAS VARIABLES DEP6B, DEP8B, DEP10B RECODIFICADAS

  1 = Muchas veces
  2 = Bastantes veces
  3 = Algunas veces
  4 = Muy pocas veces [193]

- DEPPTB (suma de las puntuaciones en cada uno de los items DEP1B a DEP10B): PUNTUACION TOTAL DE DEPRESION

- DES1B A DES10B (duplicaciones de las variables DES1 a DES10 respectivamente): ITEM 1 a ITEM 10 DE LA ESCALA DE DESESPERANZA - TODAS SIN VALORES PERDIDOS Y LAS VARIABLES DES1B, DES2B, DES7B Y DES9B RECODIFICADAS

  1 = Muy de acuerdo
  2 = Bastante de acuerdo
  3 = Bastante en desacuerdo

---

[192] Estos valores recodificados afectan solamente a las variables SOL1B, SOL5B, SOL8B, SOL9B, SOL10B y se han realizado para que todos los ítems tengan el mismo signo, de forma que una mayor puntuación indique un mayor sentimiento de soledad.

[193] Las recodificaciones afectan solamente a las variables DEP6B, DEP8B, DEP10B y se han realizado para que todos los items tengan el mismo signo de forma que una mayor puntuación indique una mayor depresión.

4 = Muy en desacuerdo [194]

- DESPTB (suma de las puntuaciones en cada uno de los items DES1B a DES10B): PUNTUACION DE DESESPERANZA

- RFL1B A RFL24B (duplicación de las variables RFL1 A RFL24): ITEM 1 A ITEM 24 DE LA ESCALA "RAZONES PARA VIVIR" -SIN VALORES PERDIDOS

- RFLPTB (suma de las puntuaciones en cada uno de los items RFL1B a RFL24B): PUNTUACION TOTAL DE RAZONES PARA VIVIR

- RFLF1 (suma de las puntuaciones en las variables RFL10B, RFL18B, RFL9B, RFL20B, RFL16B RFL14B y RFL15B): PUNTUACION TOTAL DE LA SUBESCALA "VISION OPTIMISTA DE LA VIDA Y DE LA CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO O AUTOEFICACIA" DE LA ESCALA "RAZONES PARA VIVIR" [195]

- RFLF2 (suma de las puntuaciones en las variables RFL22B, RFL21B, RFL15B): PUNTUACION TOTAL DE LA SUBESCALA "MIEDO A LA DESAPROBACION SOCIAL" DE LA ESCALA "RAZONES PARA VIVIR" [196]

- RFLF3 (suma de las puntuaciones en las variables RFL3B, RFL7B, RFL19B, RFL12B, RFL6B): PUNTUACION TOTAL DE LA SUBESCALA "MIEDO AL SUICIDIO" DE LA ESCALA "RAZONES PARA VIVIR" [197]

- RFLF4 (suma de las puntuaciones en las variables RFL13B, RFL2B, RFL11B, RFL17B): PUNTUACION TOTAL DE LA SUBESCALA "RAZONES MORALES"

---

[194] Las recodificaciones afectan solamente a las variables DES1B, DEP2B, DES7B Y DES9B y se han realizado para que todos los items tengan la misma dirección de forma que una mayor puntuación indique una mayor desesperanza.

[195] Esta subescala corresponde al Factor 1 obtenido en el análisis factorial de la escala utilizada para medir "Razones para vivir".

[196] Esta subescala corresponde al Factor 2 obtenido en el análisis factorial de la escala utilizada para medir "Razones para vivir".

[197] La subescala "Miedo al suicidio" corresponde al Factor 3 obtenido en el análisis factorial de la escala utilizada para medir "Razones para vivir".

DE LA ESCALA "RAZONES PARA VIVIR" [198]

- RFLF5 (suma de las puntuaciones en las variables RFL4B, RFL23B, RFL1B, RFL8B, RFL24B): PUNTUACION TOTAL DE LA SUBESCALA "RESPONSABILIDAD CON LA FAMILIA" DE LA ESCALA "RAZONES PARA VIVIR" [199]

- AUTO1B A AUTO15B (duplicación de las variables AUTO1 a AUTO15 respectivamente): ITEM 1 A ITEM 15 DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO - TODAS SIN VALORES PERDIDOS Y LAS VARIABLES AUTO2B, AUTO4B, AUTO10B RECODIFICADAS

  1 = Muy de acuerdo
  2 = Bastante de acuerdo
  3 = En duda
  4 = Bastante en desacuerdo
  5 = Muy en desacuerdo [200]

- AUTOPTB (suma de las puntuaciones en las variables AUTO1B a AUTO15B): PUNTUACION TOTAL DE AUTOCONCEPTO

- AUTOF1 (suma de las puntuaciones en las variables AUTO9B, AUTO15B, AUTO5B, AUTO12B, AUTO10B): PUNTUACION TOTAL DE LA SUBESCALA "AUTOCONCEPTO ACADEMICO" DE LA ESCALA DE "AUTOCONCEPTO" [201]

- AUTOF2 (suma de las puntuaciones en las variables AUTO1B, AUTO14B, AUTO8B Y AUTO2B, AUTO4B): PUNTUACION TOTAL DE LA SUBESCALA

---

[198] La subescala "Razones morales" corresponde al Factor 4 obtenido en el análisis factorial de la escala utilizada para medir "Razones para vivir".

[199] La subescala "Responsabilidad con la familia" corresponde al Factor 5 obtenido en el análisis factorial de la escala utilizada para medir "Razones para vivir".

[200] Las recodificaciones afectan solamente a las variables AUTO2B, AUTO4B y AUTO10B y se han realizado para que todos los items tengan la misma dirección de forma que una mayor puntuación indique un mayor autoconcepto.

[201] La subescala "Autoconcepto académico" corresponde al Factor 1 obtenido en el análisis factorial de la escala utilizada para medir "Autoconcepto".

"AUTOVALIA PERSONAL" DE LA ESCALA DE "AUTOCONCEPTO" [202]

- AUTOF3 (suma de las puntuaciones en las variables AUTO3B, AUTO7B, AUTO13B): PUNTUACION TOTAL DE LA SUBESCALA "AUTOCONCEPTO SOCIAL" DE LA ESCALA DE "AUTOCONCEPTO" [203]

- AUTOF4 (suma de las puntuaciones en las variables AUTO11B, AUTO6B): PUNTUACION TOTAL DE LA SUBESCALA "AUTOCONCEPTO FISICO" DE LA ESCALA DE "AUTOCONCEPTO" [204]

- SU1B A SU10B (duplicación de las variables SU1 a SU10 respectivamente): ITEM 1 a ITEM 10 DE LA ESCALA DE PENSAMIENTO DE SUICIDIO -SIN VALORES PERDIDOS

- SUPTB (suma de las puntuaciones en las variables SU1B a SU10B): PUNTUACION TOTAL DE PENSAMIENTO DE SUICIDIO (CONTINUA)

- SUPTB4 (duplicación de la variable SUPTB). PENSAMIENTO DE SUICIDIO RECODIFICADA (DICOTOMICA)

  1 = no suicida
  2 = suicida [205]

Además de las ya apuntadas, en los análisis estadísticos de carácter regresivo (análisis de la varianza -unidireccional y multidireccional-, análisis discriminante, regresión múltiple) se llevan a cabo otra serie de

---

[202] La subescala "Autovalía personal" corresponde al Factor 2 obtenido en el análisis factorial de la escala utilizada para medir "Autoconcepto".

[203] La subescala "Autoconcepto social" corresponde al Factor 3 obtenido en el análisis factorial de la escala utilizada para medir "Autoconcepto".

[204] La subescala "Autoconcepto físico" corresponde al Factor 4 obtenido en el análisis factorial de la escala utilizada para medir "Autoconcepto".

[205] El grupo 1 está constituido por los sujetos que han respondido en SUPTB menos de 5 "3"s o "4"s en tanto que el grupo 2 está formado por los que han contestado 5 o más "3"s o "4"s.

transformaciones de las variables continuas utilizadas en cada momento. Las transformaciones realizadas se basan en la "asimetría" de cada variable depurada y son las siguientes: "raíz cuadrada", "logaritmo", "negativo de la inversa", "negativo de la inversa del cuadrado", "exponenciación al cuadrado", "exponenciación al cubo" y "antilogaritmo" [206].

VII.4.2.- TECNICAS ESTADISTICAS UTILIZADAS

El análisis de los datos expuesto en las páginas que aparecen a continuación se ha desarrollado con una gran variedad de tests y técnicas estadísticas. Entre ellos se puede citar:

- Fiabilidad de escalas: "alpha de Cronbach" y "Fórmula Kuder-Richardson 20" y "Theta de Armor".
- Asociación de variables nominales: test "Chi Square".
- Agrupación de items de las escalas: Análisis Factorial de Componentes Principales.
- Diferenciación grupal de colectivos y neutralización de variables intervinientes: Análisis de Varianza Unidireccional ("Oneway"), Análisis Multivariado de la Varianza Factorial ("Manova"), Análisis de Varianza Factorial ("Anova Factorial"), Análisis de Varianza Factorial con covarianzas

---

[206] Posibilidades ofrecidas en la «Escalera de las Transformaciones» de TUKEY (ERIKSON Y NOSANCHUK, 1976: 104).

("Ancova Factorial").

- Explicación/predicción del suicidio mediante las variables más relevantes: Análisis Discriminante Múltiple y Análisis de Regresión Múltiple.

El carácter exploratorio que revisten los objetivos de este estudio ha sido la causa fundamental de no haber empleado otro tipo de técnicas de carácter más "confirmatorio" como podría ser el Análisis Causal. En todo caso, se puede afirmar que los resultados obtenidos a través de la metodología de depuración y tratamiento informático-estadístico llevada a cabo en la aplicación concreta de las técnicas estadísticas elegidas justifican la selección comentada.

VIII - RESULTADOS Y DISCUSION

Una vez realizados los análisis pertinentes para la comprobación de las hipótesis, se procede a la presentación de resultados, los cuales permitirán concluir la confirmación o no de dichas hipótesis con un nivel de confianza mínimo del 95%.

Se van a presentar, por un lado, ciertos datos exploratorios en relación a la problemática psicológica de los adolescentes de la muestra y al grado de pensamiento de suicidio, tanto a nivel general como específico; esto es, pormenorizado por grupos. Seguidamente se procede al comentario de los resultados de los análisis realizados para estudiar cada una de las tres grandes hipótesis y de las subhipótesis que las componen.

VIII.1.- VISION DESCRIPTIVA DE LOS DATOS

En objetivo de este apartado es ofrecer datos reales en torno a la problemática psicológica del adolescente en general y de los diferentes grupos formados en función de diferentes criterios. Con este fin se presenta una visión general de las puntuaciones medias de las variables psicológicas del "estado mental suicida", del grado de pensamiento de suicidio, del nivel de estrés y del afrontamiento así como de las subescalas, en los casos que existan según los resultados del análisis factorial, en función de determinadas variables

estructurales tales como el sexo, la edad, el tipo de estudios y el tipo de centro en el que estudian los adolescentes en cuestión y de variables más propiamente académicas tales como el rendimiento en el curso anterior, la consideración académica paterna y personal.

Por otra parte, se exponen los porcentajes de cada una de las respuesta a cada item que forma la escala utilizada para la medición del pensamiento de suicidio. Se considera que cada uno por separado puede ofrecer información interesante en torno al tema que nos ocupa. Al igual que en el caso anterior, además de presentar los tantos por ciento generales, se presentan diferenciados por grupos. Con esta descripción se pretende ofrecer una visión general del grado de ideación suicida de la muestra de adolescentes sobre la que versa el estudio.

VIII.1.1.- PREPARACION Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS

En las páginas siguientes aparecen una serie de tablas de dos tipos: medias y desviaciones típicas segmentadas, por un lado, y porcentajes (verticales) segmentados, por el otro. Todas las tablas han sido segmentadas de acuerdo a las variables estructurales y académicas detalladas más arriba.

La significatividad de la asociación entre las variables nominales

se ha investigado mediante el test "Chi Square", mientras que la significatividad de las diferencias de medias de las variables continuas en las nominales grupales se ha llevado a cabo vía Análisis Unidireccionales de la Varianza ("Oneways"). En estos últimos, se han probado un gran número de transformaciones [207] de las variables continuas en juego (táctica muy aconsejable en este tipo de análisis cuando las variables continuas incluidas se desvían demasiado de la distribución simétrica y normal y cuando sus varianzas no son homogéneas en los grupos formados por las variables nominales), eligiendo aquellas transformaciones que proporcionaran a tales variables mayor "simetría" y "normalidad" [208]. El resultado ha sido el cumplimiento prácticamente en el 100% de los casos del supuesto paramétrico de la «homogeneidad de varianzas» (Test de Bartlett-Box) propio de todo Análisis de

---

[207] Cambio de escala de la variable, no de su significado.

[208] Las variables transformadas utilizadas en los análisis han sido éstas:

- "Total de acontecimientos estresantes": OCPTS = raíz cuadrada de (OCPT + .05).
- "Total de Estrés": INFMPTS = raíz cuadrada de (INFMPT + .05).
- "Total de ideación suicida": SUPTB2 = valor negativo de la inversa de (SUPTB + .05) al cuadrado.
- "Factor 3 de afrontamiento": COPF3L = logaritmo de (COPF3 + .05).
- "Factor 4 de afrontamiento": COPF4S = raíz cuadrada de (COPF4 + .05).
- "Factor 5 de afrontamiento": COPF5S = raíz cuadrada de (COPF5 + .05).
- "Factor 6 de afrontamiento": COPF62 = valor negativo de la inversa de (COPF6 + .05) al cuadrado.
- "Factor 2 de razones para vivir": RFLF2L = logaritmo de (RFLF2 + .05).
- "Total de soledad": SOLPTB1 = valor negativo de la inversa de (SOLPTB + .05).
- "Total de depresión": DEPPTB1 = valor negativo de la inversa de (DEPPTB + .05).
- "Total de desesperanza" = DESPTBL = logaritmo de (DESPTB + .05).
- "Factor 1 de afrontamiento": COPF1X2 = exponenciación al cuadrado de (COPF1 + .05).
- "Factor 1 de razones para vivir": RFLF1X3 = exponenciación al cubo de (RFLF1 + .05).
- "Factor 5 de razones para vivir": RFLF5X2 = exponenciación al cuadrado de (RFLF5 + .05).
- "Factor 2 de autoconcepto": AUTOF2X2 = exponenciación al cuadrado de (AUTOF2 + .05).
- "Factor 3 de autoconcepto": AUTOF3X2 = exponenciación al cuadrado de (AUTOF3X + .05).
- "Total de autoconcepto": AUTPTBX2 = exponenciación al cuadrado de (AUTOPTB + .05).

la Varianza, extremo éste que garantiza la fiabilidad de los resultados conseguidos.

VIII.1.2.- PROBLEMATICA Y CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DEL ADOLESCENTE. DIFERENCIAS ENTRE LOS DISTINTOS GRUPOS

En este apartado se van a comentar las puntuaciones medias obtenidas en cada una de las variables psicosociales implicada en el estudio con el objetivo de conocer de un modo general cual es el grado de bienestar/malestar psicológico de los adolescentes entrevistados como totalidad y las diferencias entre los grupos formados según ciertas variables estructurales y académicas. Entre las primeras, como se ha dicho, se incluyen: tipo de estudios, tipo de centro, sexo, edad. Las variables académicas vienen constituidas por el rendimiento en el curso pasado, la consideración académica paterna y la consideración académica personal.

Las puntuaciones medias y las desviaciones típicas de cada aspecto considerado tanto totales como grupales se recogen en las Tablas VIII.1 a VIII.6. [209]. Para conocer si las diferencias entre las medias de los grupos formados según ciertas variables son estadísticamente significativas se

---

[209] A efectos de claridad interpretativa, en todas estas tablas se recogen los valores de las variables en su escala original, a pesar de que los análisis estadísticos de algunas de ellas hayan sido realizadas en la escala transformada ya comentada.

han realizado análisis de varianza. En el texto se comentan la media general y aquellas medias cuyas diferencias son significativas entre sí. No obstante, como se ha explicado, en las tablas se presentan las medias de todos los grupos.

Para la exposición de los datos se van a presentar por una parte las variables incluidas en el estudio pertenecientes al hipotético "contexto socio-individual" de la conducta suicida; es decir, el estrés y el afrontamiento, tanto a nivel general, como a nivel específico o factorial. Por otra parte se incluyen algunas de las variables del "estado mental suicida", es decir, la soledad, la depresión, la desesperanza, y el autoconcepto, tanto entendido como globalidad, como entendido multidimensionalmente. Por último, se exponen los resultados referidos a las razones para vivir, tanto como conjunto, como factorialmente, y al pensamiento de suicidio.

VIII.1.2.1.- NIVEL MEDIO DE ESTRES Y DE UTILIZACION DE AFRONTAMIENTO

El grado medio general de estrés, medido a través del nivel de influencia subjetiva que han tenido los sucesos negativos ocurridos a los individuos entrevistados durante el año pasado es 7'6. El valor mínimo posible de esta escala es "0" y el valor máximo "112" (Ver Tabla VIII.1).

	TIPO ESTUDIOS		TIPO DE CENTRO			SEXO		GRUPOS DE EDAD EN AÑOS			TOTAL
	Bup	Rem/Fp	Público	Privado	Ikastola	Hombre	Mujer	14-15	16	17-18	
TOTAL DE ESTRES											
Media	7.4	7.8	6.7	8.0	8.5	6.7	8.3	7.1	7.7	8.0	7.6
Desviación típica	6.6	7.7	6.9	7.3	7.4	6.5	7.6	6.8	7.0	7.8	7.2
TOTAL DE AFRONTAMIENTO GENERAL											
Media	61.7	61.5	61.3	61.8	62.5	59.2	63.4	61.4	61.7	61.7	61.6
Desviación típica	8.7	10.4	9.7	9.6	7.6	9.8	9.0	9.5	9.3	9.9	9.6
BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL											
Media	16.2	16.1	16.1	16.2	16.3	14.6	17.2	16.1	16.1	16.2	16.1
Desviación típica	4.6	4.7	4.5	4.7	4.2	4.6	4.3	4.7	4.5	4.7	4.6
AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PLANIFICACION											
Media	21.2	20.5	20.6	21.0	21.3	20.7	21.0	20.7	20.9	21.0	20.8
Desviación típica	4.3	4.6	4.5	4.4	4.6	4.6	4.3	4.3	4.5	4.5	4.4
NEGACION											
Media	6.9	7.5	7.2	7.2	6.6	6.9	7.4	7.3	7.2	7.1	7.2
Desviación típica	2.5	2.6	2.5	2.6	2.2	2.5	2.6	2.6	2.5	2.4	2.5
DESVINCULACION CONDUCTUAL											
Media	9.8	9.8	9.8	9.8	10.1	9.5	10.0	9.9	9.8	9.7	9.8
Desviación típica	2.7	2.7	2.7	2.7	3.0	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7
DESVINCULACION MENTAL											
Media	7.5	7.3	7.4	7.4	7.6	7.1	7.6	7.4	7.5	7.3	7.4
Desviación típica	1.8	1.7	1.8	1.8	2.0	1.7	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8
CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS											
Media	1.2	1.4	1.3	1.3	1.7	1.4	1.3	1.3	1.4	1.4	1.3
Desviación típica	.6	.8	.7	.7	9	.7	.7	.6	.8	.7	.7
AFRONTAMIENTO ADAPTATIVO											
Media	37.4	36.5	36.7	37.1	37.5	35.3	38.2	36.8	37.0	37.2	37.0
Desviación típica	7.2	7.9	7.6	7.5	7.3	7.7	7.2	7.5	7.6	7.6	7.6
AFRONTAMIENTO MALADAPTATIVO											
Media	25.4	26.0	25.7	25.7	25.9	24.9	26.3	25.8	25.8	25.5	25.7
Desviación típica	5.2	5.0	5.2	5.1	5.2	5.0	5.1	5.3	5.1	5.0	5.1

TABLA VIII.1. Medias y desviaciones típicas de Estrés y Afrontamiento según características estructurales

Al tener en cuenta las medias de los dos grupos formados según el tipo de estudios, esto es BUP y REM/FP, se observa que las diferencias entre ellas son insignificantes (F = .0019; p = .9652). No así al considerar las medias de los grupos formados según el tipo de centro (F = 4'9896; p = .0070). El colegio privado tiene una media mayor (Media = 8) que el colegio público (Media = 6'7). Las chicas muestran significativamente un nivel de estrés mayor (Media = 8'3) que el de los chicos (Media = 6'7) (F = 12'8190; p = .0004).

Si se consideran los grupos formados en función de las variables académicas, se observa que los estudiantes que han tenido 3 o más suspensos presentan un nivel de estrés más alto (Media = 9'1) que los sujetos con 1 o 2 suspensos (Media = 7'2) y que los alumnos sin suspensos (Media = 6'7) (F = 10'3729; p = .0000). Por otro lado, aquellos adolescentes que piensan que sus padres les consideran "malos estudiantes" tienen un nivel medio de estrés significativamente más alto (Media = 9'9) que los sujetos que piensan que sus padres les califican como "regulares" (Media = 7) o "buenos estudiantes" (Media = 6'2) (F = 17'2990; p = .0000). Del mismo modo, aquellos alumnos que se califican a sí mismo como "malos estudiantes" tienen un nivel medio de estrés más alto (Media = 9'2) que los sujetos que se valoran como "regulares" (Media = 7'4) o "buenos estudiantes" (Media = 6'1) (F = 9'9006; p = .0001) (Ver Tabla VIII.2).

	Nº SUSPENSOS JUNIO			CONSIDERACION ACADEMICA PATERNA			CONSIDERACION ACADEMICA PERSONAL			TOTAL
	Ninguno	1-2	3 o más	Malo	Regular	Bueno	Malo	Regular	Bueno	
TOTAL DE ESTRES										
Media	6.7	7.2	9.1	9.9	7.0	6.2	9.2	7.4	6.1	7.6
Desviación típica	6.3	7.6	7.7	8.7	6.6	5.8	8.3	6.8	6.5	7.2
TOTAL DE AFRONTAMIENTO GENERAL										
Media	61.7	61.5	61.7	61.7	61.5	61.7	60.9	62.1	61.2	61.6
Desviación típica	8.8	10.0	10.1	10.3	9.6	8.5	10.3	9.4	9.0	9.6
BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL										
Media	16.1	16.0	16.3	15.7	16.3	16.4	15.6	16.4	16.0	16.1
Desviación típica	4.7	4.4	4.6	4.9	4.4	4.6	4.9	4.5	4.6	4.6
AFRONTAMIENTO ACTIVO Y PLANIFICACION										
Media	21.3	20.6	20.5	20.7	20.6	21.5	20.1	20.9	21.5	20.8
Desviación típica	4.3	4.5	4.6	4.6	4.3	4.4	4.6	4.3	4.5	4.4
NEGACION										
Media	6.9	7.4	7.4	7.4	7.3	6.8	7.2	7.4	6.7	7.2
Desviación típica	2.5	2.7	2.5	2.6	2.6	2.4	2.5	2.6	2.3	2.5
DESVINCULACION CONDUCTUAL										
Media	9.8	9.8	9.8	10.3	9.7	9.5	10.2	9.8	9.4	9.8
Desviación típica	2.7	2.8	2.6	2.7	2.7	2.7	3.0	2.6	2.7	2.7
DESVINCULACION MENTAL										
Media	7.5	7.3	7.2	7.3	7.3	7.5	7.3	7.4	7.4	7.4
Desviación típica	1.8	1.7	1.7	1.8	1.7	1.9	1.8	1.7	1.9	1.8
CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS										
Media	1.3	1.4	1.4	1.5	1.4	1.2	1.4	1.3	1.2	1.3
Desviación típica	.6	.8	.7	.8	.7	.5	.8	.7	.5	.7
AFRONTAMIENTO ADAPTATIVO										
Media	37.4	36.6	36.8	36.4	36.9	37.8	35.7	37.3	37.5	37.0
Desviación típica	7.5	7.3	7.8	8.0	7.4	7.2	8.1	7.4	7.3	7.6
AFRONTAMIENTO MALADAPTATIVO										
Media	25.5	25.9	25.8	26.4	25.7	25.0	26.2	25.8	25.7	25.7
Desviación típica	5.1	5.6	4.8	5.1	5.1	5.2	5.4	5.0	5.0	5.1

TABLA VIII.2. Medias y desviaciones típicas de Estrés y Afrontamiento según aspectos académicos

La puntuación media total de la utilización de estrategias de afrontamiento general es de 61'6, siendo la puntuación mínima posible "27" y la máxima "108". No existen diferencias en el grado de utilización de afrontamiento general entre los alumnos de BUP y REM/FP (F=.0683; p=.7939) ni entre los alumnos de los distintos tipos de centros (F=.5098; p=.5007). Tampoco aparecen diferencias en función del grupo de edad (F=.1186; p=.8882). Sin embargo, el sexo sí marca desigualdad

(F = 49'8187; p = .0000) en el sentido de que las mujeres utilizan más frecuentemente estrategias generales de afrontamiento (Media = 63'4) que los hombres (Media = 59'2) (Ver Tabla VIII.1).

No aparecen diferencias significativas en el nivel medio de utilización de afrontamiento general entre los grupos formados según el número de suspensos en Junio del año anterior (F = .0478; p = .9533) ni entre los formados según la consideración académica paterna (F = .0499; p = .9514) o personal (F = 1'5410; p = .2147) (Tabla VIII.2).

Además de la utilización de un afrontamiento general para enfrentarse al estrés se puede hablar de los diferentes estilos de afrontamiento en función del análisis factorial cuyos resultados se presentan en el capítulo anterior. Estos estilos de afrontamiento diferenciados son la "búsqueda de apoyo social" (Factor 1 de la escala de afrontamiento general), el "afrontamiento activo y planificación" (Factor 2 de la escala de afrontamiento), la "negación" (Factor 3 de la escala de afrontamiento), la "desvinculación conductual" (Factor 4 de la escala de afrontamiento), la "desvinculación mental" (Factor 5 de la escala de afrontamiento) y "consumo de alcohol o drogas" (Factor 6 de la escala de afrontamiento). Asimismo se incluyen los resultados de las dos subescalas de "afrontamiento adaptativo" y de "afrontamiento inadaptativo" formadas mediante la suma de los items que forman los factores o estilos de afrontamiento considerados adaptativos

(Factores 1 y 2), y la suma de los items de los factores o estilos de afrontamiento considerados inadaptativos (Factores 3, 4, 5 y 6), respectivamente. Los resultados comentados a continuación aparecen en las Tablas VIII.1 y VIII.2.

En relación a la utilización de la búsqueda de apoyo social, como estilo de afrontamiento, la puntuación media total es de 16'1, siendo la puntuación mínima posible "6" y la máxima "24". Se constata que las personas de sexo femenino (Media = 17'2) utilizan significativamente con más frecuencia la búsqueda de apoyo social que las personas del sexo masculino (Media = 14'6) (F = 85.4220; p = .0000). En el resto de los grupos formados según las distintas variables estructurales y académicas no aparecen diferencias en torno al grado de utilización de la búsqueda de apoyo social como estrategia de afrontamiento [210].

La utilización media general de afrontamiento activo y planificación para enfrentarse a los problemas es de 20'8, siendo la puntuación mínima posible "8" y la máxima "24". A nivel específico, en función del tipo de estudios se constata que los alumnos de BUP (Media = 21'2) utilizan esta estrategia de afrontamiento significativamente con más frecuencia que los

---

[210] Los valores de F y la significación asociada a estos valores en función de las distintas variables estructurales y académicas son las siguientes: por tipo de estudios (F = .1471; p = .7014); por tipo de centro (F = .1136; p = .8926); por grupo de edad (F = .0576; p = .9440); por rendimiento académico (F = .5399; p = .5830); por consideración académica paterna (F = 1'4958; p = .2245); y por último, según la consideración académica personal (F = 1'9584; p = .1416).

alumnos de REM/FP (Media = 20'5) (F = 7'2289; p = .0073) (Tabla VIII.1).

En relación a los grupos formados según las variables académicas (Tabla VIII.2), los resultados del análisis de varianza indican que los sujetos que no han tenido suspensos en Junio del curso pasado utilizan más esta estrategia de afrontamiento (Media = 21'3) que los alumnos con 3 suspensos o más (Media = 20'5) (F = 3'6459; p = .0264). Por otra parte, aquellos adolescentes que opinan que sus padres les califican como "buenos estudiantes" utilizan significativamente más el afrontamiento activo y la planificación (Media = 21'5) que los sujetos que piensan que sus padres les consideran "regulares" (Media = 20'6) o "malos" estudiantes (Media = 20'7) (F = 3'5270; p = .0297). De la misma forma, aquellos que se valoran a sí mismos positivamente como estudiantes utilizan con más asiduidad este tipo de afrontamiento activo y la planificación para intentar solucionar sus problemas (Media = 21'5) que los sujetos que se califican negativamente (Media = 20'1) (F = 5'3515; p = .0049). En definitiva, estos datos parecen anunciar que el afrontamiento activo y la planificación son utilizados más frecuentemente por los sujetos con buen rendimiento y con buena consideración académica tanto personal como paterna.

La utilización media total de la negación, como un estilo específico de afrontamiento es de 7'2, siendo la puntuación mínima posible "4" y la máxima "16".

A nivel específico, los resultados del análisis de varianza ($F = 13'8180$; $p = .0002$) indican que los alumnos de REM/FP utilizan significativamente con más frecuencia este modo de afrontar los problemas (Media = 7'5) que los alumnos de BUP (Media = 6'9). En función del sexo, son las chicas (Media = 7'4) las que utilizan más la negación al encontrarse en una situación difícil que los chicos (Media = 6'9) ($F = 11'9693$; $p = .0006$).

En relación a los grupos formados según las variables académicas (Tabla VIII.2), se constata que los alumnos con suspensos en Junio del curso pasado (Media = 7'4) utilizan más la negación para afrontar los problemas que los sujetos que no han tenido ningún suspenso (Media = 6'9) ($F = 4'9233$; $p = .0074$). Por otro lado, aquellos que consideran que sus padres les valoran negativamente (Media = 7'4) o no positivamente (Media = 7'3) como estudiantes utilizan más frecuentemente la negación que los estudiantes que opinan que sus padres les califican como "buenos" estudiantes (Media = 6'8) ($F = 5'5446$; $p = .0040$). De igual manera, aquellos alumnos que no se consideran a sí mismos "buenos estudiantes" (Media = 7'4) o se consideran "malos" (Media = 7'2) utilizan más frecuentemente la negación que los adolescentes que se consideran "buenos estudiantes" (Media = 6'7) ($F = 5'1679$; $p = .0058$). En definitiva, parece que los alumnos con peor rendimiento escolar, peor valorados por sí mismos y por sus padres tienden a utilizar más la negación que los alumnos sin fracaso escolar y calificados como buenos estudiantes.

La puntuación media total de la desvinculación conductual como estrategia específica de afrontamiento es de 9'8, teniendo en cuenta que la puntuación mínima posible es "5" y la máxima "20".

A nivel específico, se puede afirmar que las adolescentes utilizan significativamente con más frecuencia la desvinculación conductual para enfrentarse a los problemas (Media = 10) que los adolescentes varones (Media = 9'5) ($F = 7'4675$; $p = .0064$). No aparecen diferencias en el nivel de utilización de esta estrategia en función del tipo de centro ($F = .1736$; $p = .8407$), de estudios ($F = .0818$; $p = .7749$) ni de grupo de edad ($F = .5599$; $p = .5715$) (Tabla VIII.1).

Sí aparecen, en cambio, diferencias en el grado de utilización de la desvinculación conductual en función de la consideración académica paterna ($F = 5'9859$; $p = .0026$) y en función de la consideración académica personal ($F = 3'8495$; $p = .0216$). Por un lado, se constata que aquellos que consideran que sus padres les califican como "malos estudiantes" utilizan más esta estrategia de coping (Media = 10'3) que los alumnos que piensan que sus padres les valoran como "regulares" (Media = 9'7) o "buenos estudiantes" (Media = 9'5). Por otro lado, aquellos adolescentes que se consideran a sí mismos "malos estudiantes" acuden a esta forma de afrontamiento (Media = 10'2) con más frecuencia que los alumnos que se valoran positivamente en el ámbito académico (Media = 9'4). No aparecen diferencias

en torno al nivel de empleo de la desvinculación conductual en función del rendimiento en el curso pasado (F = .0542; p = .9472) (Tabla VIII.2).

La **desvinculación mental** es otro de los estilos específicos de afrontamiento. La puntuación media general en este factor de coping es de 7'4, siendo la puntuación mínima posible "3" y la puntuación máxima "15".

A nivel específico, se constata que las chicas utilizan significativamente con más frecuencia la desvinculación mental (Media = 7'6) que los chicos (Media = 7'1)(F = 17'0143; p = .0000). No aparecen diferencias reseñables en torno al nivel de utilización de este estilo de afrontamiento entre los distintos grupos formados en función de las demás variables estructurales ni de las variables académicas (Tabla VIII.1 y Tabla VIII.2) [211].

El **consumo de alcohol o drogas** se incluye como un estilo más de afrontamiento. La puntuación media general en este factor es de 1'3, siendo la puntuación mínima posible "1" y la máxima "4".

A nivel específico, se constata que los alumnos de REM/FP recurren con más frecuencia al consumo de alcohol o drogas cuando se

---

[211] Los valores de F y la significación asociada según el resto de variables estructurales y académicas son los siguientes: por tipo de estudios (F = 2'9450; p = .0864); por tipo de centro (F = .1913; p = .8259); por grupo de edad (F = .5558; p = .5738); por el rendimiento (F = 2'4710; p = .0850); por la consideración académica paterna (F = 1'3143; p = .2691); y por la consideración académica personal (F = 0853; p = .9182).

encuentran ante un problema (Media = 1'4) que los alumnos de BUP (Media = 1'2) (F = 13'4905; p = .0003). Los resultados afirman que los alumnos de ikastola utilizan con más frecuencia este tipo de afrontamiento (Media = 1'7) que los centros públicos (Media = 1'3) y privados (Media = 1'3) (F = 4'9813; p = .0070) [212]. Los sujetos de más edad, esto es, de 16 años (Media = 1'4) y de 17 o 18 años (Media = 1'4) parecen utilizar este medio en mayor medida que los más jóvenes (Media = 1'3). Sin embargo, las diferencias, aunque estadísticamente significativas, no son muy amplias (F = 4'0650; p = .0174) (Tabla VIII.1).

En función de las variables académicas, los resultados indican que los alumnos con suspensos en Junio del curso pasado (Media = 1'4) utilizan esta estrategia con mayor frecuencia que los alumnos sin fracaso escolar (Media = 1'3) (F = 3'2419; p = .0395). Por otro lado, se comprueba que los alumnos que opinan que los padres les consideran "malos estudiantes" (Media = 1'5) o "regulares" (Media = 1'4) recurren al consumo de alcohol o drogas más frecuentemente que los sujetos que piensan que los padres les califican como "buenos estudiantes" (Media = 1'2) (F = 12'3482; p = .0000). De la misma forma, aquellos adolescentes que se autoevalúan negativamente como estudiantes tienden más frecuentemente a este modo de afrontar los problemas (Media = 1'4) que los sujetos que se consideran "regulares"

[212] Sin embargo, este resultado no debe considerarse generalizable, debido al pequeño número de sujetos incluidos en la muestra que estudian en ikastola (n = 33). Es decir, no se puede afirmar este resultado sin comprobar su veracidad con un número mayor de alumnos de este tipo de centros.

(Media = 1'3) o "buenos estudiantes" (Media = 1'2) (F = 6'3151; p = .0019) (Tabla VIII.2).

A nivel general, la utilización media de afrontamiento adaptativo es de 37, siendo la puntuación mínima posible "14" y la máxima "56". A nivel específico, los resultados del análisis de varianza (F = 37'6071; p = .0000) indican que las chicas recurren más (Media = 38'2) que los chicos (Media = 35'3) a este tipo de afrontamiento (Tabla VIII.1).

En relación a los grupos formados en función de las variables académicas, se puede comprobar que los estudiantes que se valoran como "regulares" (Media = 37'3) o "buenos" (Media = 37'5) académicamente hablando, emplean más el afrontamiento adaptativo que los alumnos que se califican negativamente (Media = 35'7) (F = 4'2168; p = .0150) (Tabla VIII.2).

A nivel general, la utilización media de afrontamiento maladaptativo es de 25'7, de una escala en la que la puntuación mínima posible es "13" y la puntuación máxima es "52". A un nivel más concreto, en la Tabla VIII.1 se recoge que las féminas utilizan significativamente con más frecuencia este tipo de afrontamiento (Media = 26'3) que los varones (Media = 24'9) (F = 19'7581; p = .0000).

Entre los grupos formados en función de la valoración académica

paterna se observa que los alumnos que opinan que la consideración que sus padres hacen de ellos como estudiantes es negativa utilizan este estilo de coping con más frecuencia (Media = 26'4) que los que piensan que sus padres les consideran "buenos estudiantes" (Media = 25) (F = 5'1562; p = .0059). De la misma forma, los estudiantes que se valoran académicamente de forma negativa recurren más frecuentemente al afrontamiento maladaptativo (Media = 26'2) que los sujetos que se valoran positivamente en el ámbito escolar (Media = 24'7) (F = 5'0269; p = .0067) (Tabla VIII.2).

En resumen, el estrés y el afrontamiento aparecen relacionadas con variables académicas tales como el rendimiento, la consideración académica paterna y personal. En este sentido, las estrategias maladaptativas de afrontamiento y los altos niveles de estrés se asocian más con consideraciones académicas pesimistas y con mal rendimiento. Por contra, el afrontamiento adaptativo es más usual entre los alumnos "buenos" en el ámbito escolar.

VIII.1.2.2.- NIVEL MEDIO DE "ESTADO MENTAL SUICIDA"

Las variables que se incluyen en este apartado son la soledad, la depresión, la desesperanza y el autoconcepto, tanto como globalidad como por

factores [213]. Se van a comentar los valores medios de las puntuaciones en estas variables en el total y en los grupos formados en función de ciertas características estructurales y académicas. Los resultados aparecen en la Tabla VIII.3 y en la Tabla VIII.4.

	TIPO ESTUDIOS		TIPO DE CENTRO			SEXO		GRUPOS DE EDAD EN AÑOS			TOTAL
	Bup	Rea/Fp	Público	Privado	Ikastola	Hombre	Mujer	14-15	16	17-18	
TOTAL DE SOLEDAD											
Media	15.3	15.4	15.4	15.2	17.7	15.4	15.3	15.2	15.8	15.2	15.4
Desviación típica	3.9	4.0	3.9	3.9	5.1	3.9	4.0	4.0	4.2	3.8	4.0
TOTAL DE DEPRESION											
Media	16.8	17.0	16.3	17.0	19.7	15.7	17.7	16.7	17.2	16.7	16.9
Desviación típica	4.6	5.0	4.7	4.8	5.0	4.3	4.9	4.7	5.1	4.6	4.8
TOTAL DE DESESPERANZA											
Media	17.7	19.0	18.6	18.2	19.1	18.5	18.3	18.0	18.8	18.4	18.4
Desviación típica	4.9	5.3	5.2	5.1	5.4	5.1	5.2	5.1	5.2	5.1	5.1
TOTAL DE AUTOCONCEPTO											
Media	52.2	50.3	51.7	51.2	49.1	51.9	50.9	50.9	51.4	51.7	51.3
Desviación típica	8.2	8.2	7.7	8.5	7.0	8.3	8.2	8.8	8.0	7.8	8.2
AUTOCONCEPTO ACADEMICO											
Media	15.4	14.2	15.0	14.8	13.4	14.7	14.9	15.0	14.9	14.6	14.8
Desviación típica	4.3	4.0	3.9	4.3	4.6	4.2	4.1	4.4	4.2	3.8	4.2
AUTOVALIA PERSONAL											
Media	19.0	18.6	18.9	18.8	18.7	19.6	18.3	18.5	19.0	19.1	18.8
Desviación típica	4.0	4.2	4.1	4.1	3.9	4.1	4.0	4.3	4.1	3.9	4.1
DIMENSION SOCIAL DEL AUTOCONCEPTO											
Media	11.8	11.5	11.7	11.7	11.0	11.4	11.8	11.7	11.5	11.6	11.6
Desviación típica	1.7	1.9	1.7	1.8	1.6	1.8	1.7	1.8	1.8	1.8	1.8
DIMENSION FISICA DEL AUTOCONCEPTO											
Media	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.2	5.8	5.7	6.0	6.4	6.0
Desviación típica	1.8	1.9	1.7	1.9	1.7	1.7	1.9	1.9	1.7	1.7	1.8

TABLA VIII.3. Medias y desviaciones típicas de los componentes del "Estado Mental Suicida" según características estructurales

El nivel medio general de soledad es de 15'4, en una escala en la que el valor mínimo posible es "10" y el valor máximo es "40". A nivel más

[213] Las Razones para vivir, aún considerándose una variable del "estado mental suicida" se incluyen en otra tabla porque su descomposición en factores haría demasiado confusa y extensa la descripción de este apartado. Por otra parte, su similitud temática con el pensamiento de suicidio justifica la presentación conjunta de ambas variables.

específico, los resultados del análisis de varianza (F=5'1737; p=.0058) indican que los alumnos de ikastola tienen un nivel de soledad más alto (Media=17'7) que los estudiantes de centros públicos (Media=15'4) y privados (Media=15'2) (Tabla VIII.3.). No obstante, hay que recordar que el número de alumnos de ikastola incluido en la muestra es escaso y, por tanto, no se pueden tomar estos datos como generalizables.

La puntuación media de depresión es de 16'9 en una escala cuya puntuación mínima es "10" y la máxima es "40". Especificando en función de los distintos grupos, aparecen diferencias significativas en el nivel de depresión entre los alumnos de ikastola (Media=19'7) en relación a los alumnos de centro público (Media=16'3) y privado (Media=17) (F=8'7860; p=.0002) [214]. Aparecen, asimismo, diferencias significativas (F=59'6714; p=.0000) en el nivel de depresión entre los hombres y las mujeres, siendo mayor en estas últimas (Media=17'7) que en los primeros (Media=15'7) (Tabla VIII.3).

Los grupos formados según ciertas variables académicas presentan diferencias reseñables en el nivel de depresión (Tabla VIII.4). Así, por ejemplo, los sujetos que piensan que sus padres les consideran "malos estudiantes" (Media=17'8) tienen un nivel de depresión mayor que aquellos

[214] No obstante estos resultados, se reitera lo ya comentado al respecto del escaso número de alumnos de ikastola presentes en la muestra en la que se realiza el estudio.

que opinan que sus padres les califican como "regulares" o "buenos estudiantes" (Media = 16'5) (F = 5'9431; p = .0027). Por otra parte, los alumnos que se consideran a sí mismos negativamente (Media = 17'9) en el ámbito académico, presentan un nivel de depresión más alto que los que se califican de forma neutral (Media = 16'7) o positiva (Media = 16'2) (F = 6'2207; p = .0021).

	Nº SUSPENSOS JUNIO			CONSIDERACION ACADEMICA PATERNA			CONSIDERACION ACADEMICA PERSONAL			TOTAL
	Ninguno	1-2	3 o más	Malo	Regular	Bueno	Malo	Regular	Bueno	
TOTAL DE SOLEDAD										
Media	15.5	15.0	15.5	15.4	15.2	15.6	15.6	15.2	15.7	15.4
Desviación típica	4.1	3.4	4.2	4.1	3.9	4.0	4.5	3.7	4.1	4.0
TOTAL DE DEPRESION										
Media	16.5	17.0	17.2	17.8	16.5	16.5	17.9	16.7	16.2	16.9
Desviación típica	4.5	4.7	5.1	5.3	4.5	4.5	5.5	4.5	4.5	4.8
TOTAL DE DESESPERANZA										
Media	17.4	18.1	19.7	20.0	18.3	16.6	20.3	18.1	16.6	18.4
Desviación típica	4.6	4.6	5.8	5.7	4.9	4.2	5.9	4.8	4.3	5.1
TOTAL DE AUTOCONCEPTO										
Media	53.3	51.3	48.7	46.3	51.5	56.5	45.0	51.8	57.5	51.3
Desviación típica	8.1	7.3	8.4	7.9	7.4	6.7	8.1	6.9	6.8	8.2
AUTOCONCEPTO ACADEMICO										
Media	16.5	14.3	13.0	11.3	14.9	18.7	10.8	15.0	19.2	14.8
Desviación típica	4.0	3.7	3.9	3.3	3.2	3.0	3.3	3.2	3.0	4.2
AUTOVALIA PERSONAL										
Media	19.2	19.1	18.1	17.8	18.9	19.9	17.4	19.0	20.2	18.8
Desviación típica	4.1	3.6	4.4	4.5	3.9	3.7	4.7	3.7	3.8	4.1
DIMENSION SOCIAL DEL AUTOCONCEPTO										
Media	11.7	11.7	11.5	11.4	11.6	11.9	11.3	11.7	11.9	11.6
Desviación típica	1.8	1.6	2.0	1.9	1.8	1.7	2.1	1.7	1.7	1.8
DIMENSION FISICA DEL AUTOCONCEPTO										
Media	5.9	6.1	6.1	5.8	6.1	6.0	5.5	6.1	6.2	6.0
Desviación típica	1.9	1.8	1.8	2.0	1.7	1.8	2.1	1.7	1.7	1.8

TABLA VIII.4. Medias y desviaciones típicas del "Estado Mental Suicida" según aspectos académicos

En términos generales, el nivel de desesperanza es de 18'4, siendo la puntuación mínima posible "10" y la puntuación máxima "40". En términos específicos se puede afirmar de los resultados del análisis de varianza

(F = 16'4270; p = .0001) que los alumnos de REM/FP están, como término medio, más desesperanzados (Media = 19) que los alumnos de BUP (Media = 17'7) (Tabla VIII.3).

Los alumnos con 3 suspensos o más en Junio del curso pasado puntúan más alto en desesperanza (Media = 19'7) que los alumnos con 1 o 2 suspensos (Media = 18'1) y que los alumnos sin suspensos (Media = 17'4) (F = 19'2199; p = .0000). Los grupos formados en función de la consideración académica paterna presentan diferencias en el nivel de desesperanza (F = 32'9798; p = .0000). Así, el grupo que recoge una valoración paterna negativa tiene una mayor desesperanza (Media = 20) que los grupos que implican una consideración paterna neutral o positiva. De la misma forma, el grupo correspondiente a la consideración paterna neutral tiene un nivel de desesperanza mayor (Media = 18'3) que el grupo definido por la consideración paterna positiva (Media = 16'6). En la misma dirección, el grupo de los alumnos que se definen como "malos estudiantes" presenta un nivel medio de desesperanza mayor (Media = 20'3) que los adolescentes que se califican como "regulares" o "buenos estudiantes". Y los alumnos que se valoran de forma neutral están más desesperanzados (Media = 18'1) que los que se valoran positivamente (Media = 16'6) (F = 29'9977; p = .0000) (Tabla VIII.4).

La puntuación media de autoconcepto general es de 51'3, obtenido a través de una escala cuya puntuación mínima posible es "15" y la

puntuación máxima "75". A nivel grupal, en la Tabla VIII.3 se observa, por un lado, que los alumnos de BUP tienen un mayor autoconcepto (Media = 52'2) que los alumnos de REM/FP (Media = 50'3) (F = 15'8158; p = .0001) y, por otro, que los varones (Media = 51'9) tienen un autoconcepto mayor que las mujeres (Media = 50'9) (F = 4'1974; p = .0407), aunque la diferencia entre ambos es relativamente pequeña en un rango de puntuación bastante amplio.

En los grupos formados en función de las variables académicas también presentan diferencias significativas (Tabla VIII.4), tanto según el número de suspensos (F = 33'2963; p = .0000), como según la consideración académica paterna (F = 137'6118; p = .0000), como dependiendo de la consideración académica personal (F = 166'0277, p = .0000). Así, el grupo de alumnos sin suspensos presentan un autoconcepto más alto (Media = 53'3) que los alumnos con 1 o 2 suspensos o con 3 suspensos o más. Al mismo tiempo, el grupo con 1 o 2 suspensos tiene un autoconcepto significativamente mayor (Media = 51'3) que los alumnos con más suspensos (Media = 48'7). El grupo caracterizado por una consideración académica paterna positiva presenta más autoconcepto (Media = 56'5) que el grupo definido por la consideración paterna negativa (Media = 46'3). Por su parte, los alumnos que se califican como "buenos estudiantes" tienen un nivel mayor de autoconcepto (Media = 57'5) que los que se autovaloran negativamente en el terreno académico (Media = 45).

Además de la consideración del autoconcepto como globalidad, este aspecto se puede desglosar en diferentes dimensiones o factores que forman subescalas, cuyas puntuaciones medias también se van a describir. En primer lugar, se distingue el "autoconcepto académico" (Factor 1 de la escala de autoconcepto), la "autovalía personal" (Factor 2 de la escala de autoconcepto), la "dimensión social del autoconcepto" (Factor 3 de la escala de autoconcepto), la "dimensión física del autoconcepto" (Factor 4 de la escala de autoconcepto).

La puntuación media del autoconcepto académico es de 14'8, en una subescala cuya puntuación mínima posible es "5" y la puntuación máxima es "25". En función del tipo de estudios, se puede afirmar que, como término medio, los alumnos de BUP tienen un autoconcepto académico mayor (Media = 15'4) que los alumnos de REM/FP (Media = 14'2) (F = 20'1050; p = .0000). No aparecen diferencias significativas en las medias de autoconcepto académico en los grupos formados según otras variables estructurales tales como el sexo (F = .4059; p = .5242), el tipo de centro (F = 2'3487; p = .0960) y el grupo de edad (F = 1'0294; p = .3576) (Tabla VIII.3).

Los grupos formados en función de variables académicas presentan, como se puede suponer, diferencias en esta dimensión del autoconcepto (Tabla VIII.4). Así, los alumnos que no han tenido suspensos en

Junio del curso pasado puntúan más alto en esta dimensión del autoconcepto (Media = 16'5) que los alumnos con 1 o 2 suspensos y que los alumnos con 3 o más (F = 80'4862; p = .0000). De la misma forma, los alumnos con 1 o 2 suspensos tienen un autoconcepto académico significativamente más alto (Media = 14'3) que los alumnos con 3 o más suspensos (Media = 13) (F = 80'4862; p = .0000). Por su parte, los alumnos que opinan que la consideración académica que los padres hacen de ellos es positiva, presentan un autoconcepto académico más alto (Media = 18'7) que los que piensan que dicha consideración es neutral (Media = 14'9) o negativa (Media = 11'3) (F = 379'7517; p = .0000). Las diferencias entre estos dos últimos grupos en la puntuación media de esta dimensión de autoconcepto es igualmente significativa. Con respecto a la consideración académica personal, hay que decir que los alumnos que se valoran positivamente tienen, como es de esperar, un autoconcepto académico más alto (Media = 19'2) que los alumnos que valoran neutral (Media = 15) o negativamente (Media = 10'8) (F = 371'1854; p = .0000) Las diferencias entre los tres grupos son estadísticamente significativas.

La puntuación media en autovalía personal es de 18'8, en una subescala cuya puntuación mínima posible es "5" y la puntuación máxima es "25". A nivel específico, se observa en la Tabla VIII.3 que los chicos tienen, en general, un puntuación mayor (Media = 19'6) en autovalía personal que las chicas (Media = 18'3) (F = 30'6054; p = .0000).

Los grupos formados según las variables de tipo académico muestran diferencias en el nivel medio de autovalía personal (Tabla VIII.4). Así, los sujetos que no han suspendido ninguna asignatura en Junio del curso pasado (Media = 19'2) o han suspendido sólo 1 o 2 (Media = 19'1), tienen una autovalía personal mayor que los estudiantes con 3 suspensos o más (Media = 18'1) (F = 7'9571; p = .0004). Por otra parte, los sujetos que opinan que la consideración paterna de su calidad de estudiantes es positiva tienen un nivel más alto en esta dimensión del autoconcepto (Media = 19'9) que los sujetos que opinan que dicha valoración de los padres es neutral (Media = 18'9) o negativa (Media = 17'8) (F = 17'1111; p = .0000). De igual manera, los sujetos que se valoran a sí mismos positivamente como estudiantes tienen un nivel medio de autovalía personal mayor (Media = 20'2) que los sujetos que se consideran estudiantes "mediocres" o "malos". A su vez, los que se evalúan como "mediocres" tienen significativamente una mayor puntuación en este aspecto del autoconcepto (Media = 19) que los que se consideran de forma más negativa (Media = 17'4) (F = 24'7427; p = .0000) [215].

En lo que se refiere a la dimensión social del autoconcepto, el nivel medio general es de 11'6 en una subescala en la que la puntuación mínima posible es "3" y la máxima es "15". A nivel específico, se comprueba que los alumnos de BUP tienen un nivel algo más alto en lo que se refiere al

---

[215] Se puede constatar que las diferencias en el autoconcepto académico y en la autovalía personal en función de cada una de las variables académicas son altamente significativas, es decir que se pueden afirmar con un nivel de confianza del 99%.

aspecto social del autoconcepto (Media = 11'8) que los alumnos de REM/FP (Media = 11'5) (F = 8'1482; p = .0044). En función del sexo, son las chicas las que presentan un mayor "autoconcepto social" (Media = 11'8) que los chicos (Media = 11'4)(F = 18'0163; p = .0000) (Tabla VII.3).

En relación a los grupos formados según las variables académicas, los alumnos que definen la consideración académica paterna como positiva, tienen un mayor nivel en la dimensión social del autoconcepto (Media = 11'9) que aquellos cuya opinión es pesimista respecto a la consideración académica de los padres sobre ellos mismos (Media = 11'4) (F = 5'7150; p = .0034). En relación a la valoración académica personal, se observa un mejor "autoconcepto social" en aquellos que se valoran positivamente en el ámbito académico (Media = 11'9) que en aquellos que lo hacen negativamente (Media = 11'3) (F = 6'6361; p = .0014).

En lo que se refiere a la última dimensión, esto es, al aspecto físico del autoconcepto, el nivel medio general es de 6, en una pequeña subescala cuya puntuación mínima es "2" y la puntuación máxima es "10". Especificando un poco más, en la Tabla VIII.3 se observa que aparecen diferencias en este aspecto en función del sexo que favorecen a los chicos (Media = 6'2) en comparación con las chicas (Media = 5'8) (F = 9'1588; p = .0025). Quizás entre las adolescentes se da una mayor preocupación por el aspecto físico en esta etapa debido, por una parte, a la gran cantidad de

cambios fisiológicos y físicos que tienen lugar y, por otra, al aprendizaje de ciertos patrones sociales que descansan la valoración de la mujer principalmente sobre el atractivo físico. En función de la edad, se puede observar que los mayores tienen un mayor autoconcepto físico (Media = 6'4) que los sujetos de 16 años (Media = 6) y de 14 o 15 años (Media = 5'7) ($F = 12'7982$; $p = .0000$). Este resultado es comprensible, ya que en los primeros años de la adolescencia (de 14 a 16 años) se vive un período de transición y cambios que finalizan alrededor de los 17 o 18 años. A esta edad el sujeto ya puede asumir nuevamente una imagen corporal estable e incorporarla a su identidad.

Las diferencias en el nivel medio de la dimensión física del autoconcepto aparecen, asimismo, en los grupos formados en función de variables académicas, tales como la consideración paterna ($F = 3'3242$; $p = .0364$) y la consideración personal ($F = 11'2355$; $p = .0000$) (Tabla VIII.4). Los alumnos que son optimistas (Media = 6) o neutrales (Media = 6'1) en relación a la opinión que sus padres tienen de ellos como estudiantes presentan un "autoconcepto físico" mayor que los que son pesimistas a este respecto (Media = 5'8). Asimismo, aquellos adolescentes que se valoran positivamente (Media = 6'2) o de forma neutral (Media = 6'1) como estudiantes tienen una mayor puntuación en este aspecto del autoconcepto que aquellos que se valora negativamente (Media = 5'5).

En definitiva, los resultados indican que el nivel medio de estas variables y determinados aspectos académicos están relacionados. En resumen parece que una situación académica "negativa" se asocia a sentimientos de depresión, soledad y desesperanza, y que el autoconcepto es mayor en los sujetos con una situación académica mejor.

En relación con las variables estructurales, las mujeres presentan, por lo general, más depresión y menos autoconcepto que los hombres.

VIII.1.2.3.- RAZONES PARA VIVIR Y NIVEL MEDIO DE PENSAMIENTO DE SUICIDIO

Se incluyen en este apartado los resultados descriptivos de las diferentes razones para vivir y del pensamiento de suicidio en la totalidad de la muestra y en los distintos grupos formados en función de ciertas variables estructurales y académicas. En la Tabla VIII.5 y en la Tabla VIII.6 se pueden ver estos datos, de los que se van a comentar aquellos que sean significativos.

	TIPO ESTUDIOS		TIPO DE CENTRO			SEXO		GRUPOS DE EDAD EN AÑOS			TOTAL
	Bup	Rem/Fp	Público	Privado	Ikastola	Hombre	Mujer	14-15	16	17-18	
TOTAL DE RAZONES PARA VIVIR											
Media	93.1	92.3	91.7	93.5	89.0	88.0	96.1	95.4	91.7	90.5	92.7
Desviación típica	16.4	19.2	18.3	17.6	14.2	17.8	17.0	16.9	18.0	18.3	17.8
VISION OPTIMISTA AUTOEFICACIA Y VIDA											
Media	32.8	32.1	32.0	32.6	34.1	31.4	33.2	33.1	31.7	32.3	32.4
Desviación típica	5.4	6.3	6.1	5.8	3.4	6.1	5.6	5.8	5.8	5.9	5.9
MIEDO A DESAPROBACION SOCIAL											
Media	7.3	8.3	7.7	7.9	7.0	7.7	7.9	8.2	7.7	7.5	7.8
Desviación típica	3.8	4.3	4.1	4.1	4.1	4.0	4.1	4.2	3.9	4.0	4.1
MIEDO AL SUICIDIO											
Media	19.0	18.5	18.7	18.7	19.5	16.9	20.1	19.4	18.7	18.1	18.7
Desviación típica	5.7	6.3	5.9	6.0	6.7	5.9	5.7	5.9	6.1	6.1	6.0
RAZONES MORALES											
Media	12.2	11.6	11.5	12.3	8.0	11.0	12.6	12.5	12.0	11.1	11.9
Desviación típica	5.0	4.9	5.0	4.9	4.0	4.9	4.9	4.7	5.1	5.1	5.0
RESPONSABILIDAD CON FAMILIA											
Media	21.8	21.9	21.8	22.0	20.4	21.1	22.4	22.3	21.5	21.6	21.9
Desviación típica	4.9	5.3	5.2	5.1	4.4	5.2	5.0	4.7	5.2	5.4	5.1
TOTAL DE IDEACION SUICIDA											
Media	14.9	15.5	15.0	15.2	17.4	14.5	15.7	15.2	15.5	14.9	15.2
Desviación típica	5.4	5.6	5.6	5.4	5.9	5.1	5.8	5.5	6.0	5.0	5.5

TABLA VIII.5. Medias y desviaciones típicas de Razones para vivir y Pensamiento de suicidio según características estructurales

El nivel medio del total de razones para vivir es de 92'7 en una escala en la que la puntuación mínima posible es "24" y la puntuación máxima es "144". Más específicamente, se puede afirmar que las mujeres conceden más importancia a las distintas razones para vivir (Media = 96'1) que los hombres (Media = 88) (F = 54'8118; p = .0000). Por otro lado, son los adolescentes de 14 o 15 años los que tienen más razones para vivir (Media = 95'4) si se comparan con los adolescentes de 16 años (Media = 91'7) y de 17 o 18 años (Media = 90'5) (F = 7'5333; p = .0006). Parece que a medida que avanza la edad disminuye la importancia concedida a las razones para vivir.

	Nº SUSPENSOS JUNIO			CONSIDERACION ACADEMICA PATERNA			CONSIDERACION ACADEMICA PERSONAL			TOTAL
	Ninguno	1-2	3 o más	Malo	Regular	Bueno	Malo	Regular	Bueno	
TOTAL DE RAZONES PARA VIVIR										
Media	93.8	92.3	91.7	90.2	93.5	94.2	89.6	93.6	93.8	92.7
Desviación típica	17.0	17.5	18.9	19.0	17.5	16.8	19.7	17.0	17.3	17.8
VISION OPTIMISTA AUTOEFICACIA Y VIDA										
Media	32.8	32.5	31.9	31.5	32 5	33.4	31.3	32.6	33.3	32.4
Desviación típica	5.8	5.3	6.3	6.6	5.8	5.0	7.0	5.5	5.2	5.9
MIEDO A DESAPROBACION SOCIAL										
Media	7.6	7.7	8.1	7.5	8.3	7.3	7.6	8.0	7.6	7.8
Desviación típica	4.0	4.0	4.1	4.1	4.1	4.0	4.2	4.0	4.2	4.1
MIEDO AL SUICIDIO										
Media	19.1	18.5	18.6	18.5	18.7	19.2	18.3	19.0	18.6	18.7
Desviación típica	5.9	6.0	6.1	6.3	5.9	5.9	6.7	5.8	5.8	6.0
RAZONES MORALES										
Media	12.2	11.9	11.5	11.3	12.2	12.1	11.3	11.9	12.6	11.9
Desviación típica	4.9	5.1	5.0	5.0	4.9	5.0	5.0	4.9	5.0	5.0
RESPONSABILIDAD CON FAMILIA										
Media	22.1	21.7	21.7	21.4	22.0	22.1	21.2	22.1	21.8	21.9
Desviación típica	4.9	5.1	5.4	5.3	5.0	5.0	5.5	4.9	5.2	5.1
TOTAL DE IDEACION SUICIDA										
Media	14.7	15.5	15.6	16.2	15.2	14.1	16.4	15.1	14.3	15.2
Desviación típica	5.2	5.7	5.7	6.1	5.4	4.9	6.4	5.2	5.1	5.5

TABLA VIII.6. Medias y desviaciones típicas de Razones para vivir y Pensamiento de suicidio según aspectos académicos

En función de los grupos formados según las variables académicas (Tabla VIII.6), los resultados de los análisis de varianza indican, por un lado, que los alumnos con opinión positiva respecto a la valoración académica de sus padres tienen más razones para vivir (Media = 94'2) que los sujetos con opinión negativa en este punto (Media = 90'2) ($F = 4'3116$; $p = .0137$). Por otro, que los alumnos con una consideración académica personal positiva (Media = 93'8) y neutral (Media = 93'6) conceden más importancia a las razones presentadas en la escala como motivos para vivir que los estudiantes con una valoración personal negativa (Media = 89'6) ($F = 4'7319$; $p = .0090$).

Las razones para vivir se agrupan en varias dimensiones en función de los resultados del análisis factorial realizado a tal efecto y comentado en el capítulo anterior. Por un lado se encuentra la "visión optimista de la vida y de la propia capacidad de afrontamiento" (Factor 1 de la escala de "razones para vivir"). Por otro, el "miedo a la desaprobación social" (Factor 2 de la escala de "razones para vivir". El "miedo al suicidio" (Factor 3), las "razones morales" (Factor 4) y la "responsabilidad con la familia" (Factor 5) son el resto de dimensiones de las razones para vivir.

Con respecto a la visión optimista de la vida y de la propia capacidad de afrontamiento o autoeficacia, la puntuación media es 32'4, en una subescala con una puntuación mínima de "7" y una puntuación máxima de "42". A nivel específico, se comprueba que las mujeres, por término medio, confían en su capacidad de afrontamiento como razón para no suicidarse en mayor medida (Media = 33'2) que los hombres (Media = 31'4) ($F = 27'8267$; $p = .0000$). En función de la edad, son los adolescentes de 14 o 15 años los que conceden significativamente más importancia a este aspecto como razón para no suicidarse (Media = 33'1) en comparación con el grupo de 16 años (Media = 31'7) ($F = 6'4924$; $p = .0016$) (Tabla VIII.5).

En relación a la agrupación realizada en función de las valoraciones académicas paterna ($F = 5'9624$; $p = .0027$) y personal ($F = 4'5729$; $p = .0105$) aparecen diferencias significativas en las puntuaciones

medias de los grupos en esta dimensión de las razones para vivir. Así, los sujetos que declaran una valoración académica paterna positiva conceden más importancia a la propia capacidad de afrontamiento como razón para no suicidarse (Media = 33'4) que los sujetos que consideran que sus padres les valoran negativamente en el terreno académico (Media = 31'5). Del mismo modo, los sujetos que se valoran a sí mismos de forma positiva consideran más importante esta razón como motivo para no suicidarse (Media = 33'3) que los que se valoran de forma neutral, los cuales, a su vez, la consideran más importante (Media = 32'6) que los sujetos que se autoevalúan como "malos estudiantes" (Media = 31'3) (Tabla VIII.6).

El miedo a la desaprobación social recibe una importancia promedio general de 7'8 en una subescala con puntuaciones posibles desde el "3" hasta el "18". Si se especifica en función de los grupos, se observa que los alumnos de REM/FP conceden más importancia a esta razón como motivo para no suicidarse (Media = 8'3) que los estudiantes de BUP (Media = 7'3) (F = 11'4239; p = .0008) (Tabla VIII.5).

Los sujetos que opinan que sus padres les valoran académicamente de forma neutral conceden más importancia al miedo a la desaprobación social como razón para no suicidarse (Media = 8'3) que los sujetos que opinan que la valoración académica paterna es positiva (Media = 7'3) y que aquellos que opinan que dicha valoración de los padres es

negativa (Media = 7'5) (F = 7'3141; p = .0007) (Tabla VIII.6).

La puntuación total promedio de la importancia del miedo al suicidio como razón para no suicidarse es de 18'7, en una subescala con un rango de puntuaciones que va de "5" a "30". Especificando más, las chicas conceden más importancia a esta razón como motivo para no suicidarse (Media = 20'1) que los chicos (Media = 16'9) (F = 77'3893; p = .0000). Quizá este resultado pueda explicar, en parte, por qué los varones realizan, en general, acciones más letales y arriesgadas para la vida que las chicas en el momento de llevar a efecto ambos grupos una acción de tipo autodestructivo. En función de la edad, los sujetos de 14 y 15 años tienen más miedo al suicidio, esto es, al hecho en sí de suicidarse (Media = 19'4) que los sujetos de 17 y 18 años (Media = 18'1) (F = 4'1507; p = .0160) (Tabla VIII.5).

No aparecen diferencias en la importancia concedida al miedo al suicidio como razón para no suicidarse en función de la valoración académica paterna (F = .9466; p = .3884) ni personal (F = 1'1195; p = .3268), ni en relación con el rendimiento (F = .9761; p = .3771) (Tabla VIII.6).

La puntuación media general en la importancia concedida a las razones morales como motivo para no suicidarse es de 11'9, en una subescala con un rango de puntuación que va de "4" a "24". En función del tipo de estudios (F = 4'0556; p = .0443), los alumnos de BUP conceden más

importancia a las razones morales como motivo para no suicidarse (Media = 12'2) que los alumnos de REM/FP (Media = 11'6). El tipo de centro marca diferencias en la importancia concedida a este factor de las razones para vivir (F = 14'5761; p = .0000). Son los alumnos de los centros privados los que valoran más este aspecto (Media = 12'3), seguido de los alumnos de centros públicos (Media = 11'5) y de los estudiantes de ikastola (Media = 8)(F = 14'5761; p = .0000) [216]. En relación a las diferencias en referencia al sexo (F = 25'2372; p = .0000), son las mujeres las que valoran más este factor como razón para no suicidarse (Media = 12'6) en comparación con los hombres (Media = 11). Según el grupo de edad (F = 7'3007; p = .0007), los sujetos de menor edad (14 y 15 años) (Media = 12'5) conceden más importancia a las razones morales como motivo para no suicidarse que los sujetos de más edad (17-18 años) (Media = 11'1) (Tabla VIII.5).

Aparecen diferencias en la importancia concedida a las razones morales como motivo para vivir en función de la consideración académica paterna (Media = 3'0905; p = .0459) y de la consideración académica personal (F = 3'5887; p = .0280) (Tabla VIII.6). Así la razones morales son más importantes para los sujetos con una consideración neutral (Media = 12'2) y optimista (Media = 12'1) de la valoración académica paterna que para los sujetos que piensan que sus padres les califican como "malos estudiantes"

[216] Se insiste en que no se puede llegar a conclusiones generales al respecto de las ikastolas por contar en la muestra solamente con 33 estudiantes de este tipo de centros.

(Media = 11'3). De la misma forma, los sujetos con una consideración académica positiva de sí mismos (Media = 12'6) conceden más importancia a las razones morales que los sujetos con una valoración propia negativa (Media = 11'3).

La importancia media general concedida a la responsabilidad con la familia como motivo para no suicidarse es de 21'9, en una subescala con un rango de puntuaciones desde "5" hasta "30". La única diferencia estadísticamente significativa que aparece en la importancia de esta dimensión como razón para vivir aparece en los grupos formados en función del sexo (F = 16'5561; p = .0001) (Tabla VIII.5). Las chicas conceden más importancia a la responsabilidad con la familia como motivo para no suicidarse (Media = 22'4) que los chicos (Media = 21'1) [217].

Una vez comentados los resultados referentes al nivel medio de las "razones para vivir", tanto de la globalidad como de cada una de sus dimensiones, se procede a la descripción del nivel medio del pensamiento de suicidio.

El nivel medio de pensamiento de suicidio es 15'2, en un escala cuya puntuación mínima es "10" y la máxima "40". Especificando las

---

[217] No aparecen diferencias en este factor de las razones para vivir ni en función del tipo de centro (F = 2'0996; p = .1230), ni del tipo de estudios (F = .2588; p = .6111) ni del grupo de edad (F = 2'0721; p = .1264) Tampoco el rendimiento (F = .3965; p = .6727), ni la consideración académica paterna (F = 1'3150; p = .2689) o personal (F = 2'0816; p = .1253) marca diferencias.

puntuaciones por grupos, se perciben diferencias en función del tipo de centro ($F = 3'3267$; $p = .0363$) y del sexo ($F = 12'3759$; $p = .0005$) (Tabla VIII.5). Son los alumnos de ikastola los que presentan una mayor puntuación (Media = 17'4) en comparación con los alumnos de centros privados (Media = 15'2) y públicos (Media = 15), aunque, como se ha comentado, estos resultados no son generalizables a la población estudiante en ikastola, debido a la escasa representatividad de este sector en la muestra. Las chicas presentan una mayor ideación suicida (Media = 15'7) que los chicos (Media = 14'5). No aparecen diferencias en función del tipo de estudios ($F = 3'0964$; $p = .0788$) ni del grupo de edad ($F = .0972$; $p = .9074$)

Los alumnos con peor rendimiento en Junio del curso pasado, esto es, los estudiantes con 3 suspensos o más (Media = 15'6) o los que sacaron 1 o 2 suspensos (Media = 15'5), presentan, en general más pensamiento de suicidio que los sujetos con un buen rendimiento (Media = 14'7) ($F = 3'2189$; $p = .0404$). Los sujetos que piensan que la valoración académica que los padres hacen de ellos es negativa presentan un mayor nivel de pensamiento de suicidio (Media = 16'2) que los que piensan que sus padres les consideran "normales" (Media = 15'2) o "buenos estudiantes" (Media = 14'1). Las diferencias entre los tres grupos son significativas, esto es, no se deben al azar ($F = 10'7871$; $p = .0000$). Del mismo modo, los sujetos que se consideran a sí mismos negativamente en el ámbito académico tienen más ideación suicida (Media = 16'4) que los sujetos que se valoran de forma neutral

(Media = 15'1) o positiva (Media = 14'3) (F = 6'4365; p = .0017) (Tabla VIII.6).

En definitiva, las chicas conceden más importante a las razones para vivir que los chicos. Los alumnos de REM/FP conceden más importancia al "miedo a la desaprobación social como motivo para no suicidarse que los alumnos de BUP, lo cuales priorizan sobre los estudiantes de REM/FP, las "razones morales".

En lo que se refiere al pensamiento de suicidio, las chicas lo presentan en mayor grado que los chicos, aunque las razones para vivir pueden ser importantes fuentes disuasorias.

El bajo rendimiento escolar, la valoración personal y paterna negativas se asocian a un mayor pensamiento de suicidio, en tanto que la valoración académica positiva se relaciona con más razones para vivir.

VIII.1.3.- INCIDENCIA DEL PENSAMIENTO DE SUICIDIO. DIFERENCIAS ENTRE LOS DISTINTOS GRUPOS

Como se ha comentado en otra parte de este trabajo, la escala de pensamiento de suicidio está formada por 10 items, cada uno de los cuales trata diferentes aspectos de la ideación suicida. En este apartado se van a

comentar algunos de los porcentajes de respuesta de cada uno de estos items, datos que pueden dar idea de la prevalencia y el grado de pensamiento de suicidio de los adolescentes de Bizkaia que participan en el estudio tanto en su totalidad como por grupos. En la Tablas VIII.7 y VIII.8 se exponen los tantos por ciento de las respuestas a las preguntas a que nos referimos. Se presentan los porcentajes totales así como los tantos por ciento de los grupos formados por las variables estructurales tales como tipo de estudios, tipo de centro, sexo, edad, y variables más propiamente "académicas" tales como el rendimiento, la consideración académica paterna y la consideración académica personal. Para conocer si las diferencias entre las frecuencias teóricas y reales que aparecen en cada uno de los grupos son o no significativas estadísticamente hablando se ha hallado el Chi Square (Ji cuadrado). En aquellos casos en los que el resultado es significativo, se indica señalando el valor de la Ji cuadrado y el grado de significación.

	TIPO ESTUDIOS		TIPO DE CENTRO			SEXO		GRUPOS DE EDAD EN AÑOS			TOTAL
	Bup	Reem/Fp	Público	Privado	Ikastola	Hombre	Mujer	14-15	16	17-18	
RESPECTO A LAS GANAS DE VIVIR											
Muchas ganas de vivir.....	54.8	56.2	56.7	55.0	51.5	56.7	54.6	56.2	56.1	54.1	55.5
Bastantes ganas de vivir.....	33.3	31.5	28.9	34.6	27.3	34.7	30.8	32.2	30.4	34.5	32.4
Pocas ganas de vivir.....	9.6	10.1	11.9	8.3	18.2	6.7	12.1	9.1	11.9	9.0	9.9
No he tenido ganas de vivir...	2.3	2.2	2.5	2.0	3.0	1.9	2.5	2.5	1.7	2.4	2.2
REFERIDO A LAS GANAS DE MORIR											
No he tenido ganas de morir...	75.0	68.7	69.4	73.7	63.6	75.7	69.2	68.5	71.6	76.3	71.9
Pocas ganas de morir.....	16.8	19.6	19.5	17.3	21.2	17.4	18.8	21.9	17.8	14.1	16.2
Bastantes ganas de morir.....	7.0	10.1	9.3	7.7	15.2	6.0	10.3	7.8	8.9	9.0	8.5
Muchas ganas de morir.....	1.1	1.6	1.7	1.2	.0	.9	1.7	1.8	1.7	.6	1.4
LAS RAZONES PARA VIVIR											
Más fuertes que las razones para morir.....	90.9	81.2	84.7	87.0	84.8	86.3	86.0	85.9	83.5	88.9	86.2
Tan fuertes como las razones para morir.....	5.5	13.3	9.9	8.7	15.2	9.3	9.3	10.1	10.6	7.2	9.3
Menos fuertes que las razones para morir.....	2.8	4.0	4.2	3.1	.0	3.5	3.3	2.5	5.0	3.0	3.4
Apenas he tenido razones para vivir.....	.8	1.6	1.1	1.2	.0	.9	1.3	1.5	1.0	.9	1.2
REFERIDO A LAS GANAS DE INTENTAR SUICIDARME											
No ganas de intentarlo.....	81.3	78.4	82.7	78.8	69.7	82.9	77.7	79.1	78.2	82.3	79.9
Pocas ganas de intentarlo.....	12.5	13.5	10.8	13.4	27.3	12.5	13.3	11.6	13.9	13.8	13.0
Bastantes ganas de intentarlo.	5.3	6.2	5.1	6.2	3.0	3.5	7.3	7.6	5.9	3.3	5.7
Muchas ganas de intentarlo....	.9	2.0	1.4	1.5	.0	1.2	1.7	1.8	2.0	.6	1.5
SI PENSARA EN DEJARME MORIR											
No pensaría en dejarme morir..	67.5	61.7	66.6	64.3	51.5	69.9	60.9	66.2	62.0	65.2	64.7
Tomaría precauciones para salvar la vida.....	15.9	20.0	17.3	18.4	15.2	15.5	19.6	19.4	19.5	14.7	17.9
Haría cosas arriesgadas.....	10.8	10.5	9.9	10.7	18.2	10.6	10.6	10.1	11.2	10.8	10.6
Dejaría de hacer lo necesario para vivir.....	5.9	7.7	6.2	6.5	15.2	3.9	8.8	4.3	7.3	9.3	6.8
LA IDEA DE SUICIDARME											
No se me ocurre nunca.....	47.1	45.0	50.1	45.0	24.2	51.4	42.3	46.6	45.5	45.9	46.1
Es pasajera.....	39.9	43.1	38.8	42.8	42.4	38.9	43.3	40.8	39.6	43.8	41.4
Está un tiempo en mi cabeza...	11.9	10.3	9.6	10.8	33.3	8.3	13.1	10.8	13.2	9.6	11.1
Está continuamente en mi cabeza.....	1.1	1.6	1.4	1.4	.0	1.4	1.3	1.8	1.7	.6	1.4
PIENSO EN EL SUICIDIO											
Nunca.....	47.3	47.4	50.4	46.2	36.4	53.5	42.9	47.1	45.9	48.9	47.3
Muy pocas veces.....	43.5	43.8	41.6	44.7	45.5	39.4	46.8	43.8	42.2	44.7	43.7
Con cierta frecuencia.....	8.1	6.3	6.8	7.0	18.2	5.6	8.5	7.3	9.2	5.4	7.3
Muchas veces.....	1.1	2.4	1.1	2.2	.0	1.6	1.8	1.8	2.6	.9	1.7
MI OPINION ANTE EL DESEO DE SUICIDARME											
No tengo deseo de suicidarme..	67.9	61.1	65.7	64.8	48.5	70.6	60.2	63.2	63.7	67.0	64.6
Rechazo el deseo de suicidio.	16.4	19.0	18.4	17.3	18.2	16.9	18.3	17.6	17.2	18.3	17.7
Unas veces lo rechazo y otras lo acepto.....	14.7	19.6	15.6	17.2	33.3	12.0	20.8	18.6	18.2	14.4	17.1
Acepto el deseo de suicidio...	.9	.2	.3	.8	.0	.5	.7	.5	1.0	.3	.6
LAS RAZONES QUE ME LLEVAN A LA POSIBILIDAD DE SUICIDIO											
No pienso en el suicidio.....	62.6	58.5	63.7	60.0	39.4	67.1	55.9	62.0	57.4	61.9	60.6
Para llamar la atención.....	5.7	8.9	7.6	7.1	6.1	9.7	5.5	6.5	6.9	8.4	7.3
Para escapar o resolver problemas.....	25.5	27.4	22.4	27.8	42.4	17.6	32.8	27.7	27.1	24.3	26.4
Por las razones 2 y 3.....	6.2	5.2	6.2	5.1	12.1	5.6	5.8	3.8	8.6	5.4	5.7
EN RELACION A INTENTAR REALMENTE EL SUICIDIO											
Sé que no lo haría.....	57.8	55.4	55.2	58.1	42.4	56.7	56.6	55.9	58.4	55.9	56.6
Creo que no lo haría.....	35.3	35.3	36.0	34.2	51.5	34.5	35.9	36.0	33.3	36.3	35.3
Creo que lo haría.....	5.7	6.9	6.8	6.2	3.0	5.6	6.8	6.5	5.9	6.3	6.3
Sé que lo haría.....	1.1	2.4	2.0	1.5	3.0	3.2	.7	1.5	2.3	1.5	1.7

TABLA VIII.7. Porcentajes verticales de respuesta sobre Pensamiento de suicidio según características estructurales

A la pregunta respecto a las ganas de vivir que han tenido durante el mes anterior, el 12% de los encuestados afirma haber tenido pocas ganas de vivir o ninguna, en tanto que el 88% responde haber tenido muchas o bastantes ganas de vivir. Atendiendo a los grupos formados según las variables estructurales, se constata que apenas hay diferencias en el porcentaje de alumnos de FP/REM (12'3%) y de alumnos de BUP (11'9%) que afirman haber tenido pocas ganas o ninguna de vivir.

Las diferencias en función del sexo son más patentes. Así, un número mayor de mujeres (14'6%) que de hombres (8'6%) declara haber tenido menos ganas de vivir (Ji cuadrado = 9'39304; p = .02450). En relación a la edad, son los sujetos de 16 años (13'6%) los que han tenido menos ganas de vivir en comparación con los sujetos de 14-15 años (11'6%) y con los sujetos de 17-18 (11'4%), aunque esta desigualdad no es significativa (Ji cuadrado = 3'43647; p = .75240).

	Nº SUSPENSOS JUNIO			CONSIDERACION ACADEMICA PATERNA			CONSIDERACION ACADEMICA PERSONAL			TOTAL
	Ninguno	1 2	3 o más	Malo	Regular	Bueno	Malo	Regular	Bueno	
RESPECTO A LAS GANAS DE VIVIR										
Muchas ganas de vivir	57.7	55 6	52.6	54 1	52.8	61.9	51.5	55 2	61 4	55 5
Bastantes ganas de vivir	33 0	31 0	32 8	32 4	34 4	28.8	32.1	33 6	29 1	32 4
Pocas ganas de vivir	7.1	10 7	12.8	10.3	10.8	7.7	12.2	9.6	7 9	9 9
No he tenido ganas de vivir	2 3	2 8	1.7	3 1	2.1	1.5	4 2	1.6	1.6	2.2
REFERIDO A LAS GANAS DE MORIR										
No he tenido ganas de morir	73.0	73 8	69 2	68 6	71.0	77 3	68 4	72.8	73 5	71 9
Pocas ganas de morir	18 8	15 9	19.2	16.6	19.7	17 3	16 5	18.3	20 1	18 2
Bastantes ganas de morir	6 6	9 1	10.5	13 1	8.1	4 2	12.2	8.2	4 8	8 5
Muchas ganas de morir	1 6	1 2	1 2	1.7	1.2	1.2	3.0	7	1 6	1.4
LAS RAZONES PARA VIVIR										
Más fuertes que las razones para morir	90.4	84 5	82 0	80.7	85.7	93 1	81.0	86 5	91 5	86 2
Tan fuertes como las razones para morir	7 1	11 1	10 8	11 7	10.1	5 0	12 7	9 4	4 8	9 3
Menos fuertes que las razones para morir	1 6	3 2	5 8	5 9	3 3	8	5 1	3.1	2 1	3.4
Apenas he tenido razones para vivir	9	1 2	1 5	1.7	8	1 2	1 3	1 0	1 6	1 2
REFERIDO A LAS GANAS DE INTENTAR SUICIDARME										
No ganas de intentarlo	81 9	81 0	76 5	73 4	81 8	83 5	73 0	81 1	84 7	79 9
Pocas ganas de intentarlo	12 1	11 5	15 1	15 9	11 6	12 3	16 9	12 4	10 1	13 0
Bastantes ganas de intentarlo	4 6	6 0	7 0	8 6	5 4	3 1	7 2	5 8	3 7	5 7
Muchas ganas de intentarlo	1 4	1 6	1 5	2 1	1 2	1 2	3 0	8	1 6	1 5
SI PENSARA EN DEJARME MORIR										
No pensaría en dejarme morir	68 4	61 5	62 2	57 6	64 0	73 8	59 9	64 3	72 0	64 7
Tomaría precauciones para salvar la vida	16 0	20 2	18 6	22 1	17 6	13 8	20 3	17 8	15 3	17 9
Haría cosas arriesgadas	9 8	9 5	12 5	12 8	10 8	8 1	13 5	10 2	8 5	10 6
Dejaría de hacer lo necesario para vivir	5.7	8 7	6 7	7 6	7.7	4 2	6 3	7.7	4 2	6 8
LA IDEA DE SUICIDARME										
No se me ocurre nunca	49 7	44 4	42 7	37 9	45 8	55 6	40 5	45 8	54 0	46 1
Es pasajera	40 0	40 9	43 6	45 9	43 5	32.7	40 5	44 0	34 4	41 4
Está un tiempo en mi cabeza	9 2	13 1	12.2	14 1	9 5	10 8	15 6	9 6	10 6	11 1
Está continuamente en mi cabeza	1 1	1 6	1 5	2.1	1 2	8	3 4	.7	1 1	1 4
PIENSO EN EL SUICIDIO										
Nunca	49.0	46 0	46 2	41.7	46 8	54 6	40 1	47 8	55 0	47 3
Muy pocas veces	43 5	43 7	43 9	45 5	46.0	37 3	46.9	44 6	37 0	43 7
Con cierta frecuencia	6.4	8.7	7 3	10.0	5 6	7 3	10 1	6.3	6 9	7 3
Muchas veces	1.1	1 6	2.6	2 8	1.7	8	3 8	1 2	1 1	1.7
MI OPINION ANTE EL DESEO DE SUICIDARME										
No tengo deseo de suicidarme	68 9	61.9	61 0	54 8	65 2	74 2	55.3	65 7	72.5	64.6
Rechazo el deseo de suicidio	16.9	17.9	18.6	20 3	18.2	13.8	16 9	18 6	15 9	17.7
Unas veces lo rechazo y otras lo acepto	13.7	19 0	20 1	23.8	16.4	11.2	26 2	15 7	10 6	17.1
Acepto el deseo de suicidio	.5	1.2	.3	1 0	.2	8	1.7	.0	1.1	.6
LAS RAZONES QUE ME LLEVAN A LA POSIBILIDAD DE SUICIDIO										
No pienso en el suicidio	63 6	57.9	58 7	54 5	60 2	68.1	54 4	61.3	66.1	60.6
Para llamar la atención	6.4	6 0	9 3	10.0	6.4	5 8	9.3	6.6	6.9	7.3
Para escapar o resolver problemas	24.5	28 6	27.3	29 7	27 5	20.8	32.1	25 9	21 2	26.4
Por las razones 2 y 3	5.5	7.5	4.7	5.9	5 8	5 4	4 2	5 3	5.8	5.7
EN RELACION A INTENTAR REALMENTE EL SUICIDIO										
Sé que no lo haría	58.1	57.5	54.1	50.0	58.6	60.4	48 9	57.3	64.0	56.6
Creo que no lo haría	33.6	34.9	37.8	39.7	33.3	34.2	40.1	34 9	30.7	35.3
Creo que lo haría	6.9	5 2	6.4	7.9	6.4	4.2	8.0	6.1	4.8	6.3
Sé que lo haría	1.4	2.4	1.7	2.4	1.7	1.2	3.0	1.6	.5	1.7

TABLA VIII.8. Porcentajes verticales de respuesta sobre Pensamiento de suicidio según aspectos académicos

Las diferencias en los porcentajes de respuestas en los grupos formados según las variables académicas (Tabla VIII.8) no son significativas, aunque se perfila la tendencia a que el tanto por ciento de personas que declara tener pocas ganas o ninguna de vivir es mayor entre los sujetos con más suspensos (14'5%) (Ji cuadrado = 8'38586; p = .21117) y con una valoración académica paterna (13'4%) (Ji cuadrado = 7'57215; p = .27115) y personal más negativa (16'4%) (Ji cuadrado = 10'40258; p = .10869).

Alrededor del 10% del total de entrevistados declara haber tenido bastantes o muchas ganas de morir en tanto que el 90% afirma no haber tenido o haber tenido pocas ganas de morir desde hace un mes hasta el momento de realización de la encuesta. Destacan las diferencias aparecidas en este aspecto en función del sexo, ya que mientras un 12% de las mujeres declara haber tenido muchas o bastantes ganas de morir, tan solo un 6'9% de los hombres admite esta afirmación (Ji cuadrado = 8'21158; p = .04184) (Tabla VIII.7).

Los grupos formados en función de la consideración académica paterna reflejan diferencias en sus respuestas a este punto (Ji cuadrado = 15'95596; p = 01399). Así, un 14'8% de los sujetos que afirman que la valoración paterna es negativa declaran tener bastantes o muchas ganas de morir, en tanto que entre los adolescentes que afirman que sus padres les valoran positivamente como estudiantes tan solo un 5'4% responde tener

bastantes o muchas ganas de morir. Con respecto a los grupos formados en función de la consideración académica personal también se reflejan diferencias porcentuales interesantes y significativas (Ji cuadrado = 15'07854; p = .01965). El 15'2% de los sujetos que se consideran "malos estudiantes" declaran tener ganas de morir frente a un 6'4% de los sujetos que se autocalifican como "buenos estudiantes" que también afirman tener bastantes o muchas ganas de morir (Tabla VIII.8).

El 4'6% de los entrevistados afirma que, durante el mes anterior al estudio, sus razones para vivir han sido menos fuertes que sus razones para morir o que no ha tenido razones para vivir. En función del tipo de estudios, un 5'6% de los alumnos de REM/FP dan alguna de estas dos respuestas, frente a un 3'6% de los estudiantes de BUP (Ji cuadrado = 22'32205; p = .00006. En relación a la edad, son los sujetos de 16 años los que declaran más frecuentemente que sus razones para vivir han sido menos fuertes que sus razones para morir o que no han tenido razones para vivir (6%), aunque este porcentaje no es significativamente diferente al tanto por ciento correspondiente a los grupos de 14 o 15 años y de 17 o 18 años (Tabla VIII.7) (Ji cuadrado = 6'78857; p = .34084).

En función de los grupos formados según rendimiento académico, un 7'3% de los sujetos que han tenido 3 o más suspensos en Junio del año pasado declaran tener pocas razones importantes para vivir o no tener razones

para vivir frente a un 2'5% de los alumnos sin fracaso escolar (Ji cuadrado = 16'25303; p = .01246). El mismo tipo de respuesta ha dado el 7'6% de los estudiantes que opinan que sus padres les califican como "malos estudiantes" frente al 2% de los que consideran que la valoración académica paterna es positiva (Ji cuadrado = 21'60207; p = .00143). El 6'4% de los alumnos que se autocalifican como "malos estudiantes" declara haber tenido pocas razones para vivir o, caso de tenerlas, han sido menos fuertes que las razones para morir, frente al 3'7% que ofrece estas respuestas de los que se consideran "buenos estudiantes". Las diferencias en las frecuencias de estos grupos no son estadísticamente significativas (Ji cuadrado = 11'89772; p = .06429) (Tabla VIII.8).

El 7'2% de la totalidad de los encuestados afirma haber tenido bastantes o muchas ganas de intentar suicidarse de una forma activa durante el último mes. El porcentaje de los que responden estas dos opciones es mayor, aunque no de forma significativa (Ji cuadrado = 2'73047; p = .43507), entre los alumnos de REM/FP (8'2%) que entre los alumnos de BUP (6'2%). En relación al sexo, son las mujeres las que declaran en mayor medida haber tenido ganas de intentar suicidarse (9%) en comparación con los hombres (4'7%) (Ji cuadrado = 7'93056; p = .04747). Los grupos de menor edad (el 9'4% en los alumnos de 14-15 años y el 7'9% de los alumnos de 16 años) afirman con más frecuencia haber querido realizar un intento activo de suicidio que los grupos de más edad (el 3'9% de los alumnos de 17-18 años), aunque las

diferencias no son estadísticamente reseñables (Ji cuadrado = 9'61496; p = .14183) (Tabla VIII.7).

En relación con el rendimiento, los sujetos que no han suspendido ninguna asignatura en Junio del curso pasado son los que han tenido, en proporción, menos ganas de intentar suicidarse de forma activa (6%) frente a los alumnos con 1 o 2 suspensos (7'6%) y los estudiantes con 3 o más (8'5%), aunque este resultado no se puede afirmar con un nivel de confianza del 95% (Ji cuadrado = 4'67149; p = .58658). Los alumnos que creen que sus padres les consideran "malos estudiantes" declaran haber tenido deseos de intentar suicidarse de forma activa (10'7%) más frecuentemente que los sujetos que piensan que sus padres les consideran "regulares" (6'6%) o "buenos estudiantes" (4'3%) (Ji cuadrado = 13'41458; p = .03690). Asimismo, existe desproporción entre el porcentaje de los que declaran haber tenido deseos de intentar suicidarse dentro de los sujetos que se consideran a sí mismos "malos estudiantes" (10'2%), "regulares" (6'6%) y "buenos" (5'3%) (Ji cuadrado = 13'83454; p = .03154) (Tabla VIII.8).

A la pregunta que se refiere a la letalidad o grado de riesgo de las acciones a realizar caso de pensar en dejarse morir, el 17'4% de la muestra afirma que haría cosas arriesgadas o que dejaría de hacer lo necesario para vivir. Pormenorizando los porcentajes en función de los distintos grupos, se observa que un mayor tanto por ciento (18'2%) de los alumnos de REM/FP

contestan alguna de las dos alternativas "más letales" en comparación con los alumnos de BUP (16'7%), aunque las diferencias no son estadísticamente reseñables (Ji cuadrado = 5'18757; p = .15857). En función del sexo, son las mujeres las que en mayor porcentaje responden las dos respuestas comentadas como más "letales" (19'4%) frente a un 14'5% de los hombres (Ji cuadrado = 14'38743; p = .00242). Los grupos de más edad son respectivamente los que parecen responder con más frecuencia que si pensaran en dejarse morir harían cosas arriesgadas o dejarían de hacer lo necesario para vivir (el 20'1% del grupo de 17-18 años, el 18'5% de los alumnos de 16 años y el 14'4% de los estudiantes de 14-15 años), aunque estas diferencias no son importantes estadísticamente hablando (Ji cuadrado = 10'41460; p = .10824) (Tabla VIII.7).

Un mayor porcentaje de los sujetos con 3 o más suspensos en Junio del curso pasado responde alguna de las dos respuestas que suponen un mayor riesgo para la vida, caso de pensar en dejarse morir (19'2%) seguido de los estudiantes con 1 o 2 suspensos (18'2%) frente al porcentaje de alumnos sin fracaso escolar que dan estas mismas respuestas (15'5%). Por otra parte, tanto los sujetos que opinan que sus padres les consideran malos estudiantes (20'4%) como los que se consideran a sí mismos de igual manera (19'8%) responden más frecuentemente estas dos opciones que los sujetos que piensan que sus padres les califican positivamente (12'3%) y los alumnos que se

valoran a sí mismos como buenos estudiantes (12'7%) [218] (Tabla VIII.8).

En lo que se refiere a la duración de la idea de suicidio, el 11'1% de la totalidad de adolescentes encuestados afirma que ese pensamiento les dura un tiempo y el 1'4% que está continuamente en su cabeza. Los alumnos de ikastola son los que con más frecuencia afirman cierta duración de la idea de suicidio (33%) en relación a los alumnos de colegio privado (12'2%) y de colegio público (11%) (Ji cuadrado = 21'58564; p = .00144) [219]. Las chicas son las que con más frecuencia afirman que la idea de suicidio les dura un tiempo o que es continua (14'4%) frente a un 9'7% de los chicos (Ji cuadrado = 10'93502; p = .01208). En función de la edad, parece que en el grupo de 16 años las ideas de suicidio son con más frecuencia duraderas (14'9%) que en los dos restantes grupos (12'6% en el grupo de 14-15 años y 10'2% en el grupo de 17-18 años), aunque estas diferencias no son significativas (Ji cuadrado = 4'76514; p = .57427) (Tabla VIII.7).

En relación a los grupos formados por las variables más

---

[218] Las diferencias entre las frecuencias teóricas y las reales en función del número de suspensos (Ji cuadrado = 7'20852; p = .30199) y de la valoración académica personal (Ji cuadrado = 9'30043); p = .15737) no son significativas. Sí, lo son las diferencias encontradas en relación con la valoración académica paterna (Ji cuadrado = 17'05421; p = .00909).

[219] Debido al escaso número de sujetos que responde alguna de las opciones de respuestas entre los alumnos de ikastola, el valor de esta prueba estadística queda mermado y los resultados de este "Ji cuadrado" deben ponerse "entre paréntesis".

específicamente académicas, los sujetos con asignaturas pendientes parecen afirmar con más frecuencia que las ideas de suicidio tienen cierta o mucha duración (14'7% en el grupo de 1 o 2 suspensos y 13'7 en el grupo de 3 suspensos o más) en comparación con los alumnos que no han tenido suspensos (10'3), aunque estas diferencias no se puedan afirmar con un 95% de confianza (Ji cuadrado = 5'84592; p = .44067). Por otra parte, los sujetos que piensan que sus padres les consideran "malos estudiantes" y aquellos que se consideran a sí mismos "malos estudiantes" son los que responden en un mayor tanto por ciento (16'2% y 19% respectivamente) que las ideas de suicidio duran un tiempo o mucho en su cabeza en comparación con los que opinan que sus padres les califican como buenos estudiantes (11'6%) (Ji cuadrado = 21'44326; p = .00153) y con los que se consideran a sí mismos buenos estudiantes (11'7%) (Ji cuadrado = 22'53797; p = .00097) (Tabla VIII.8).

En lo que concierne a la frecuencia del pensamiento del suicidio, el 9% de los adolescentes preguntados afirma que esta idea aparece en su cabeza con cierta o mucha frecuencia, siendo mayor este porcentaje entre las chicas (10'3%) que entre los chicos (7'2%) (Ji cuadrado = 12'09409; p = .00707) y entre el grupo de 16 años (11'8%) que entre el grupo de 14-15 años (9'1%) y de 17-18 años (6'3%), aunque las diferencias en función de la edad no son significativas (Ji cuadrado = 6'52804; p = .36670) (Tabla VIII.7).

Como puede observarse en la Tabla VIII.8 los adolescentes con asignaturas pendientes en Junio del año pasado parecen afirmar en mayor tanto por ciento que el pensamiento de suicidio les ocurre con cierta o mucha frecuencia (10'3% y 9'9% en los grupos de 1 o 2 suspensos y de 3 o más respectivamente) en comparación con los estudiantes sin suspensos (7'5%), aunque las diferencias no son estadísticamente reseñables (Ji cuadrado = 4'06290; p = .66816). Los alumnos que piensan que sus padres ies valoran negativamente como estudiantes y los que se consideran a sí mismo "malos estudiantes" son los que afirman en mayor proporción (12'8% y 13'9% respectivamente) cierta o mucha frecuencia en los pensamientos de suicidio en comparación con los alumnos que opinan que sus padres les califican como "buenos estudiantes" (8'1%) (Ji cuadrado = 16'09592; p = .01325) y con los alumnos que se autoevalúan positivamente como estudiantes (8%) (Ji cuadrado = 18'41393; p = .00528).

En lo que se refiere a las actitudes hacia el propio deseo de suicidio, el 17'7% de los estudiantes entrevistados declara tener una actitud ambivalente o positiva ante el pensamiento de suicidio. Es decir, que unas veces acepta y otras rechaza dicha idea (17'1%) o bien que la acepta y asume (0'6%). Los alumnos de REM/FP son los que en un mayor porcentaje declara alguna de estas dos posturas (19'8%) en comparación con los alumnos de BUP (15'6%) (Ji cuadrado = 8'90054; p = .03064). Las chicas se muestran ambivalentes ante el deseo de suicidio o lo aceptan en mayor proporción

(21'5%) que los chicos (12'5%) (Ji cuadrado = 15'90300; p = .00119). El grupo de más edad, esto es de 17 o 18 años, parece ser menos tolerante con las ideas de suicidio propio (14'7%) en comparación con los adolescentes de 14 o 15, y 16 años (19'1% y 19'2% respectivamente), aunque no de una forma significativa (Ji cuadrado = 4'07730; p = .66622) (Tabla VIII.7).

Los alumnos con fracaso escolar, esto es, los que tuvieron algún suspenso en Junio del curso anterior, tienden a mostrar más frecuentemente actitudes ambivalentes o positivas ante deseo de suicidio propio (20'2% de los alumnos con 1 o 2 suspensos y 20'4% de los alumnos con 3 o más suspensos) que los alumnos sin suspensos (14'2%), aunque las diferencias no son estadísticamente importantes (Ji cuadrado = 9'93794; p = .12729). En la Tabla VIII.8 se recoge que los estudiantes que opinan que sus padres les valoran negativamente como estudiantes son los que con más frecuencia muestran más tolerancia hacia sus ideas de suicidio (24'8%) que los alumnos que declaran ser calificados por sus padres como "buenos estudiantes" (12%) (Ji cuadrado = 26'90120; p = .00015). Asimismo los alumnos con una consideración académica personal negativa se muestran con más frecuencia (27'9%) tolorantes hacia el propio deseo de suicidio que los sujetos que se valoran académicamente de forma positiva (11'7%) (Ji cuadrado = 31'91815; p = .00002).

En lo que se refiere a las razones que llevan a la posibilidad de

suicidio, el 32'1% de los entrevistados declara que se plantea el suicidio como un modo de escapar y resolver problemas y como un medio tanto de resolver los problemas como de llamar la atención. Tan solo un 7'3% de los adolescentes declara pensar en el suicidio sólo para llamar la atención. Diferenciando según los diferentes grupos formados (Tabla VIII.7), se constata que las adolescentes (38'6%) ofrecen estas razones para la posibilidad de suicidio con más frecuencia que los adolescentes (23'2%)(Ji cuadrado = 33'38607; p = .00000). En función de la edad, el grupo que con más frecuencia admite estas razones para plantearse el suicidio es el correspondiente a los 16 años (35'7%), seguido del grupo de 14 o 15 años (31'5%), aunque las diferencias no son significativas (Ji cuadrado = 9'50966; p = .14688) (Tabla VIII.7).

Los sujetos con asignaturas pendientes en Junio del curso pasado afirman que se plantean la posibilidad de suicidio como un modo de resolver los problemas o de escaparse de ellos o, como un modo de resolver las dificultades y llamar la atención conjuntamente, con más frecuencia (36'1% y 32% los alumnos con 1 o 2 suspensos y con 3 o más respectivamente) que los sujetos que no tuvieron asignaturas pendientes (30%), aunque estas diferencias no son importantes desde el punto de vista estadístico (Ji cuadrado = 7'51437; p = .27588). Por otro lado, aquellos alumnos que piensan que sus padres les consideran "malos estudiantes" aceptan estas razones para la posibilidad de suicidio con más frecuencia (35'6%) que los alumnos que

opinan que sus padres les valoran positivamente como estudiantes (26'2%) (Ji cuadrado = 13'04907; p = .04226). De la misma forma, aquellos estudiantes que se valoran negativamente a sí mismos en el terreno académico presentan estos motivos para la posibilidad de suicidio con más frecuencia (36'3%) que los alumnos que se consideran "buenos estudiantes" (27%), aunque no de una forma significativa (Ji cuadrado = 10'39541; p = .10896) (Tabla VIII.8).

Por ultimo, en lo que se refiere a la posibilidad futura de intentar suicidarse, el 8% de los individuos encuestados cree o está seguro de que lo haría. El 56'6% declara estar seguro de que no lo haría y un 35'3% cree que no lo haría. Especificando según los diferentes grupos, la Tabla VIII.7 refleja que son los alumnos de REM/FP los que afirman con mayor frecuencia la posibilidad de suicidio (9'3%) si se comparan con los alumnos de BUP (6'8%), aunque las diferencias no son reseñables desde el punto de vista estadístico ya que pueden deberse al azar (Ji cuadrado = 3'24956; p = .35473). Tampoco se dan diferencias en el porcentaje de respuestas en relación con el tipo de centro que sean estadísticamente significativas (Ji cuadrado = 5'57770; p = .47212). Es mayor el número de chicos que afirma la posibilidad futura de intento de suicidio (8'8%) si se compara con el porcentaje de las chicas (7'5%) (Ji cuadrado = 10'35628; p = .01577). En función de la edad, se observa que los alumnos de más edad (17 o 18 años) son los que afirman en menor proporción la posibilidad se intentar realmente el suicidio (7'8%), frente a los alumnos de 14 o 15 (8%) y 16 años (8'2%), aunque las diferencias pueden ser aleatorias

(Ji cuadrado = 1'62660; p = .95065).

Entre los alumnos con mayor número de suspensos en Junio del curso pasado, se da un mayor porcentaje de posibilidad futura de intento de suicidio declarada (el 8'1% de los alumnos con 3 suspensos o más, el 7'6% de los alumnos con 1 o 2 suspensos y el 7'3% de los alumnos sin suspensos) (Tabla VIII.8). El 10'3% de los alumnos que consideran que sus padres les califican como malos estudiantes cree o está seguro de que intentaría realmente el suicidio, en tanto que estas mismas respuestas las presenta tan solo un 5'4% de los alumnos que consideran que la valoración que los padres hacen de ellos como estudiantes es positiva. De la misma manera, el 11% de los alumnos que se consideran "malos estudiantes" cree posible la posibilidad de intento real de suicidio, mientras que solo un 5'3% de los que se valoran a sí mismos como "buenos estudiantes" ofrecen este tipo de respuesta [220].

En definitiva, se puede afirmar que hay un tanto por ciento considerable de adolescentes que piensan en el suicidio de una forma más o menos seria, frecuente y continuada. En función de los porcentajes de respuestas dados a las opciones "3" y "4" de cada uno de los items de la escala de pensamiento de suicidio, se podría hablar de alrededor de un 10% de

[220] En este item, las diferencias entre las frecuencias de respuestas entre los grupos en función del número de suspensos (Ji cuadrado = 3'24257; p = .77784), de la valoración académica paterna (Ji cuadrado = 9'68928; p = .13836) y de la valoración académica personal no son significativas, aunque en este último caso el valor de Ji cuadrado (12'52871) lleva asociada una probabilidad cercana a la significatividad (p = .05116).

adolescentes "ideadores" de suicidio con cierta intensidad [221]. Parece que la proporción de "suicidas" es mayor entre las chicas que entre los chicos, aunque un mayor número de éstos ve el suicidio como una posibilidad futura. El mayor porcentaje de personas con pensamiento de suicidio se da entre los adolescentes de 16 años. Parece, por tanto, una edad a tener en cuenta en el diseño de programas de prevención.

VIII.1.4.- CONCLUSIONES RESPECTO A LA PROBLEMATICA PSICOLOGICA ADOLESCENTE Y A LA INCIDENCIA DE PENSAMIENTO DE SUICIDIO

Los resultados presentados en los subapartados anteriores llevan a concluir que existe una clara relación entre el nivel de estrés y las variables académicas, lo que indica la importancia que la vida escolar adquiere en el bienestar/malestar del adolescentes, ya que, es de esperar que gran parte del estrés vivido por este grupo de población provenga del mundo académico y/o que el nivel de estrés repercuta en el éxito o fracaso escolar.

Por otra parte, parece que las estrategias maladaptativas de afrontamiento son utilizadas más frecuentemente por las personas con peor rendimiento y consideración académica tanto paterna como personal, en tanto

---

[221] Un 10'3% de la muestra ha respondido 5 o más veces las opciones "3" o "4", consideradas las respuestas "más suicidas" en cada uno de los 10 items que componen la escala de medición de Pensamiento de suicidio.

que el afrontamiento adaptativo es más usual entre los alumnos con una valoración académica positiva. No obstante, parece que, en general, las mujeres tienden a utilizar diferentes estrategias tanto adaptativas como inadaptativas de afrontamiento más frecuentemente que los hombres.

En resumen, la importancia que para los adolescentes adquiere el mundo escolar tanto por ser una posible fuente de estrés como por ser uno de los ámbitos donde las consecuencia de éste son más patentes, así como la relación negativa entre el nivel de estrés y el rendimiento y valoración académica obligan a reflexionar sobre el papel que debería tomarse desde la escuela para detectar, y aminorar en lo posible el nivel de estrés y sus consecuencias. Por otra parte, la relación que los diferentes estilos de afrontamiento parecen tener con el rendimiento y valoración académica, aboga por la necesidad de educar a los adolescentes en los distintos modos de enfrentarse a las situaciones difíciles de la forma más eficaz y adaptativa posible.

Antes de hacer un comentario del nivel general de las variables que forman el "estado mental suicida", hay que reseñar que, en principio, son variables más bien de tipo "clínico" y, por tanto, las diferencias entre la población "normal" se dan entre puntuaciones relativamente "bajas". Este es el caso de la soledad, la depresión y la desesperanza.

No obstante, parece patente que el nivel medio de estas variables y determinados aspectos académicos tales como la consideración personal y paterna y el rendimiento están, al igual que ocurre con el estrés y el afrontamiento, bastante relacionados. En concreto, parece que una situación académica negativa se asocia a mayores sentimientos de depresión, desesperanza y soledad. Este resultado habla en favor de la posibilidad de actuar sobre ellas desde el ámbito escolar.

El autoconcepto, tanto considerado como globalidad, como teniendo en cuenta sus dimensiones, tiene también una clara relación con variables académicas. Siendo así que en la adolescencia como período de transición, el autoconcepto adquiere gran importancia, la intervención en este aspecto desde el ámbito educativo favorecería no solo el desenvolvimiento del adolescente en el terreno académico sino en la vida social en general.

Los resultados expuestos indican que las mujeres tienen niveles más altos de depresión y un peor autoconcepto, excepto en el aspecto social [222]. En lo que se refiere al pensamiento de suicidio, son también las chicas las que tienen más ideación suicida que los chicos. Sin embargo, son ellas las que presentan más razones para vivir, que pueden actuar de forma disuasoria ante las ideas de suicidio. Ello puede explicar porqué las chicas se suicidan con

[222] En este sentido, es posible que las mujeres en este período evolutivo sean más vulnerables que los hombres y que precisen un seguimiento preventivo más cercano.

menos frecuencia que los chicos aunque lo intentan más.

Se puede afirmar que hay un porcentaje considerable de adolescentes que piensan en el suicidio de una forma seria (alrededor de 10%). Si tenemos en cuenta la división por grupos según las variables estructurales, aparecen diferencias en función del sexo. Entre el grupo de chicas, como se ha comentado, hay un mayor porcentaje de personas con pensamiento de suicidio que entre el grupo de chicos. Sin embargo, hay un mayor número de chicos que afirma la posibilidad futura de intentar suicidarse. Estos datos son coherentes con los resultados de otros estudios que señalan que las mujeres expresan un mayor pensamiento de suicidio que los hombres, en tanto que son estos últimos los que realizan actos más letales.

También en torno al pensamiento de suicidio las variables académicas marcan claras diferencias. El bajo rendimiento escolar, y, sobre todo la valoración académica personal y paterna negativas, se asocian a un mayor pensamiento de suicidio, a la vez que una valoración académica positiva se relaciona con una mayor presencia de razones importantes para vivir. Estos resultados corroboran la importancia que el ámbito educativo tiene no solo en el malestar/bienestar psicológico general, sino más específicamente en el pensamiento de suicidio y en las razones para no realizarlo.

En la prevención del suicidio sería conveniente considerar las

diferencias en la prevalencia de pensamiento de suicidio entre las chicas y los chicos. Los datos comentados en este apartado confirman la importancia que la vida escolar tiene en los adolescentes y la incidencia que ciertos aspectos del ámbito académico pueden tener en sus sentimientos e, incluso en el nivel de pensamiento de suicidio.

VIII.2.- DIFERENCIAS EN EL "ESTADO MENTAL SUICIDA" EN FUNCION DEL NIVEL DE ESTRES Y DE LA UTILIZACION DE AFRONTAMIENTO (HIPOTESIS I)

En este apartado se comentan los resultados de los análisis llevados a efecto para comprobar las hipótesis y subhipótesis planteadas no sin antes comentar el procedimiento de preparación de los datos realizado específicamente para el estudio de esta hipótesis.

La hipótesis I se descompone en dos subhipótesis, una referida al afrontamiento general y otra referida a los dos tipos específicos de afrontamiento, adaptativo y maladaptativo. Los resultados se presentan en subapartados diferentes.

VIII.2.1.- PREPARACION Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS

La técnica estadística elegida para averiguar si las variables que componen el "estado mental suicida" (soledad, depresión, desesperanza, autoconcepto y razones para vivir) muestran valores diferenciados en función del nivel de estrés y del nivel de utilización de afrontamiento es el Análisis Multivariado de Varianza Factorial (MANOVA), técnica en la que se incluyen un conjunto de variables dependientes continuas ("estado mental suicida") y otro conjunto de variables independientes nominales (estrés y utilización del afrontamiento).

Las dos variables independientes, el estrés (INFMPT) y el afrontamiento (COPPTB) se han dicotomizado en función de la mediana o percentil 50, de tal modo que se han formado dos grupos, uno con bajo y otro con alto nivel de estrés, y dos grupos, uno con alta y otro con baja utilización de afrontamiento respectivamente. De este modo, las variables independientes dicotómicas que se van a utilizar para comprobar la subhipótesis I.1. referida al nivel de "estado mental suicida" en función del estrés y a la utilización de afrontamiento general, son ESTRESIN (Nivel de estrés), COPPTBB (Utilización de afrontamiento general). Las variables ESTRESIN, COPAB (Utilización de afrontamiento adaptativo) Y COPMAB (Utilización de afrontamiento maladaptativo) se incluyen en el MANOVA llevado a cabo para comprobar la

subhipótesis I.2. que relaciona el nivel de "estado mental suicida" con el grado de estrés y con la utilización de afrontamiento adaptativo e inadaptativo [223].

Las variables dependientes implicadas en el análisis son aquellas que componen el teórico "estado mental suicida". A saber la soledad (SOLPTB1), la depresión (DEPPTB1), el autoconcepto (AUTPTBX2), la desesperanza (DESPTBL), y las razones para vivir (RFLPTB). Las transformaciones experimentadas por estas variables son las mismas que las detalladas anteriormente (apartado VIII.1.1).

Los dos MANOVAS realizados satisfacen las exigencias del "Test de Esfericidad de Bartlett" (interrelación efectiva entre las variables dependientes) y del "Test Multivariado Box-M de Homogeneidad de Varianzas" (igualdad de las matrices de varianzas-covarianzas en los grupos formados por las variables independientes). El cumplimiento de estos dos supuestos confiere una gran fiabilidad a los resultados obtenidos.

---

[223] El proceso de transformación de las variables en cuestión puede comprobarse en el apartado correspondiente a la "Creación y modificación de variables" del capítulo referido a la metodología.

VIII.2.2.- DIFERENCIAS EN EL "ESTADO MENTAL SUICIDA" SEGUN EL NIVEL DE ESTRES Y LA UTILIZACION DE AFRONTAMIENTO GENERAL (SUBHIPOTESIS I.1)

La presentación de los resultados se realiza en dos apartados [224]. El primero de ellos referido a las variables independientes consideradas conjuntamente, esto es, en interacción. El segundo referido a los resultados de las variables consideradas independientemente una de la otra.

VIII.2.2.1.- EFECTO DE LA INTERACCION DEL ESTRES Y EL AFRONTAMIENTO GENERAL

Los resultados de los análisis estadísticos realizados indican que no hay diferencias significativas en el nivel de "estado mental suicida" en función de la interacción del nivel de estrés con la utilización de afrontamiento general. Este resultado es así tanto para el "estado mental suicida" considerado como un todo (SUBHIPOTESIS 1.1), como para cada una de las variables incluidas dentro del mencionado estado mental (SUBHIPOTESIS I.1.1. a SUBHIPOTESIS I.1.5). Se puede afirmar, entonces, que los niveles del "estado mental suicida" no son significativamente diferentes en función de la

---

[224] Tal y como sucedía en la visión descriptiva de los datos, y a efectos de claridad interpretativa, en todas las tablas se recogen los valores de las variables en su escala original, a pesar de que los análisis estadísticos de algunas de ellas hayan sido realizadas en las escalas transformadas anteriormente comentadas.

interacción del nivel de estrés y de la utilización de afrontamiento (Lambda de Wilks = .99427; p = .316). Tampoco hay diferencias significativas en los niveles de soledad (F = .29605; p = .586), en los niveles de depresión (F = 2'44286; p = .118), en la puntuación de autoconcepto (F = .06288; p = 802), en el grado de desesperanza (F = .90449; p = .342) ni en la importancia de razones para vivir (F = .00103; p = .974).

VIII.2.2.2.- EFECTO INDEPENDIENTE DEL ESTRES Y EL AFRONTAMIENTO GENERAL

En cambio, considerando el nivel de estrés separadamente, se puede afirmar que existen diferencias altamente significativas tanto en el nivel de "estado mental suicida" considerado como un todo (Wilks = .90813; p = .000) como en el nivel de cada una de las variables que lo componen, excepto en las razones para vivir (F = 2'18091; p = .140): así es en soledad (F = 6'52894; p = .011), depresión (F = 97'58039; p = .000), autoconcepto (F = 21'89817; p = .000), y desesperanza (F = 25'62446; p = .000).

En la Tabla VIII.9 se puede comprobar cómo el grupo con mayor nivel de estrés presenta niveles significativamente más altos en soledad, depresión y desesperanza y un menor autoconcepto que el grupo con menor nivel de estrés. La depresión es la variable donde las diferencias entre ambos grupos son mayores seguida del autoconcepto.

	TOTAL DE ESTRES		Total
	Bajo	Alto	
TOTAL DE SOLEDAD.....	15.0	15.7	15.4
TOTAL DE DEPRESION.....	15.5	18.2	16.9
TOTAL DE DESESPERANZA.....	17.5	19.2	18.4
TOTAL DE AUTOCONCEPTO.....	52.4	50.1	51.3

TABLA VIII.9. Puntuación media de varios aspectos del "Estado Mental Suicida" según nivel de Estrés

La división de la utilización de afrontamiento general en dos grupos, en función de si dicha utilización es alta o baja supone, asimismo, diferencias significativas en el grado de "estado mental suicida" considerado como un conjunto, con un 99% de nivel de confianza (Wilks = .90991; p = .000), así como en las características que lo componen consideradas separadamente, excepto en la desesperanza (F = .10339; p = 748). Puede observarse en la Tabla VIII.10 que el nivel medio de soledad es significativamente más bajo en el grupo que presenta un nivel alto de utilización de afrontamiento general (F = 9'02644; p = .003) y que el autoconcepto (F = 8'90745; p = .003), la depresión (F = 6'38530; p = .012) y las razones para vivir (F = 64'24862; p = .000) son mayores en el grupo con mayor utilización de afrontamiento. En esta última variable es donde las diferencias entre las medias de ambos grupos son más pronunciadas.

	TOTAL DE AFRONTAMIENTO		Total
	Bajo	Alto	
TOTAL DE SOLEDAD.....	15.7	15.0	15.4
TOTAL DE DEPRESION.....	16.4	17.3	16.9
TOTAL DE AUTOCONCEPTO.....	50.7	51.9	51.3
TOTAL DE RAZONES PARA VIVIR.....	88.7	97.1	92.7

TABLA VIII.10. Puntuación media de varios aspectos del "Estado Mental Suicida" según utilización de Afrontamiento general

Las dirección de las diferencias entre los grupos en la variable depresión es contraria a la esperada, ya que se presuponía que una mayor utilización de afrontamiento se asociaría a un nivel menor de depresión. Sin embargo, el hecho de que el afrontamiento general incluya estilos que pueden considerarse "poco adaptados" puede explicar este resultado. Por otra parte, la falta de significación en el nivel de desesperanza entre los grupos con mucha y los grupos con poca utilización de afrontamiento, puede tener sentido desde la mencionada inclusión en el coping general de estilos adaptativos e inadaptativos.

VIII.2.3.-DIFERENCIAS EN EL "ESTADO MENTAL SUICIDA" EN FUNCION DEL NIVEL DE ESTRES Y DE LA UTILIZACION DE AFRONTAMIENTO ADAPTATIVO Y MALADAPTATIVO (SUBHIPOTESIS I.2.)

Al igual que en la subhipótesis anterior, la presentación de los resultados se realiza en dos apartados, el primero de ellos referido a los efectos

de la interacción de las variables independientes y el segundo referido a los efectos de las variables consideradas independientemente unas de las otras.

VIII.2.3.1.- EFECTO DE LA INTERACCION DEL ESTRES Y EL AFRONTAMIENTO ADAPTATIVO Y MALADAPTATIVO

Los grupos formados por la interacción del nivel de estrés y la puntuación en afrontamiento adaptativo e inadaptativo no muestran diferencias significativas en el nivel de estado mental suicida considerado como totalidad (Wilks = .99495; p = .395) (SUBHIPOTESIS I.2) ni en la puntuación media de la mayoría de las variables que lo componen. Este es el caso de la soledad (F = .08218; p = .774) (SUBHIPOTESIS I.2.1), depresión (F = .91496; p = .339) (SUBHIPOTESIS I.2.2), la desesperanza (F = .08322; p = 773) (SUBHIPOTESIS I.2.3) y las razones para vivir (F = .01390; p = .906) (SUBHIPOTESIS I.2.4). Sin embargo, la interacción de estas tres variables marcan diferencias significativas al 95% de nivel de confianza en la puntuación media de autoconcepto, una de las variables incluidas en el "estado mental suicida" (F = 4'36985; p = .037) (SUBHIPOTESIS I.2.5.).

Como aparece reflejado en la Tabla VIII.11, el grupo que presenta un mayor autoconcepto es el formado por los sujetos con bajo nivel de estrés, baja puntuación en afrontamiento maladaptativo y alta en afrontamiento adaptativo, seguido por el grupo con idéntica puntuación en cada uno de los afrontamientos pero con alto nivel de estrés. El tercer grupo en puntuación de

autoconcepto corresponde a los sujetos con bajo nivel de estrés y alta capacidad de afrontamiento adaptativo e inadaptativo. El grupo con menor autoconcepto es el formado por los sujetos con mucho estrés, baja puntuación en afrontamiento adaptativo y alta en afrontamiento inadaptativo.

	TOTAL DE ESTRES								Total
	Bajo				Alto				
	TOTAL DE AFRONTAMIENTO MALADAPTATIVO				TOTAL DE AFRONTAMIENTO MALADAPTATIVO				
	Bajo		Alto		Bajo		Alto		
	TOTAL DE AFRON-TAMIENTO ADAPTATIVO		TOTAL DE AFRON-TAMIENTO ADAPTATIVO		TOTAL DE AFRON-TAMIENTO ADAPTATIVO		TOTAL DE AFRON-TAMIENTO ADAPTATIVO		
	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	
TOTAL DE AUTOCONCEPTO	52.3	54.8	49.6	53.2	48.8	54.7	46.6	49.6	51.3

TABLA VIII.11. Puntuación media de Autoconcepto según nivel de Estrés y utilización de Afrontamiento adaptativo y maladaptativo

Se puede afirmar que el nivel de estrés, la utilización de afrontamiento adaptativo y de afrontamiento inadaptativo interactúan de tal forma que marcan diferencias en el nivel de autoconcepto. El grupo más favorecido es el que utiliza poco afrontamiento inadaptativo, mucho afrontamiento adaptativo y no sufre de un nivel alto de estrés, en tanto que el más desfavorecido es el grupo caracterizado por alto nivel de estrés, afrontado frecuentemente por estrategias ineficaces o maladaptadas y pocas veces a través de un coping adaptativo.

La interacción de los dos tipos de afrontamiento adaptativo e inadaptativo no da lugar diferencias significativas en el "estado mental suicida" como conjunto (Wilks = .99383; p = .276) ni en ninguna de las variables que lo

componen. Esto significa que no aparecen diferencias reseñables en las medias de los grupos surgidos de la conjunción de estas dos variables dicotómicas en torno a variables tales como la soledad (F = 1'14245; p = .285), la depresión (F = 1'12972; p = .288), el autoconcepto (1'57138; p = .210), la desesperanza (F = 1'73616; p = .188), las razones para vivir (F = .02665; p = .870).

Los grupos formados por la interacción del estrés y el afrontamiento adaptativo no muestran tampoco diferencias significativas (Wilks = .99521; p = .427) en el nivel medio del "estado mental suicida" ni en las variables que lo componen; esto es, la soledad (F = .00821; p = .928), la depresión (F = .68531; p = .408), el autoconcepto (F = 1'67685; p = .196), la desesperanza (F = 1'94312; p = .164) y las razones para vivir (F = .33387; p = .564).

Existe una interacción significativa entre nivel de estrés y la utilización de afrontamiento maladaptativo en cuanto a las diferencias en el "estado mental suicida" como conjunto (Wilks = .98863, P = .039). Sin embargo, esta interacción sólo marca diferencias significativas en las medias de los distintos grupos en torno la soledad (F = 5'71918; p = .017) y no en el resto de variables que componen el estado mental suicida: la depresión (F = .36134; p = .548), el autoconcepto (F = 1'75772; p = .185), la desesperanza (F = .14163; p = .707), y las razones para vivir (F = 1.62413;

p = .203) [225].

	TOTAL DE ESTRES				Total
	Bajo		Alto		
	TOTAL DE AFRONTAMIENTO MAL-ADAPTATIVO		TOTAL DE AFRONTAMIENTO MAL-ADAPTATIVO		
	Bajo	Alto	Bajo	Alto	
TOTAL DE SOLEDAD.....	14.4	15.7	15.5	15.9	15.4
TOTAL DE DEPRESION.....	14.9	16.1	17.3	19.1	16.9
TOTAL DE DESESPERANZA.....	16.7	18.4	18.0	20.3	18.4
TOTAL DE AUTOCONCEPTO.....	53.5	51.2	52.2	48.3	51.3
TOTAL DE RAZONES PARA VIVIR.....	91.0	95.3	91.7	93.2	92.7

TABLA VIII.12. Puntuación media de varios aspectos del "Estado Mental Suicida" según nivel de Estrés y utilización de Afrontamiento maladaptativo

La Tabla VIII.12 incluye las medias de los grupos formados por la interacción del estrés y del afrontamiento maladaptativo en torno a las variables que componen el "estado mental suicida". En general, los resultados parecen indicar que un alto nivel de estrés y una alta puntuación en afrontamiento inadaptativo van unido a un mayor nivel de soledad, desesperanza, y depresión y a un nivel menor de autoconcepto. En cambio, las razones para vivir parecen ser más importantes para el grupo con bajo nivel de estrés y alta puntuación en afrontamiento, aunque éste sea inadaptativo, y menos importantes para el grupo con mucho estrés y bajo afrontamiento. Estos resultados, excepto el que se refiere a la soledad, hay que entenderlos como una tendencia general, ya que no entran dentro del nivel de confianza

[225] Como puede observarse, la interacción es significativa en un nivel de confianza del 95%. Si se hubiera partido de un 99% de nivel de confianza, no se habría considerado significativa. Este hecho puede explicar que solo aparezcan diferencias reseñables en una de las variables que componen el "estado mental suicida"; a saber, la soledad.

estadística aceptable en este estudio (95%).

En resumen, el nivel de estrés, el afrontamiento adaptativo e inadaptativo interactúan para dar cuenta de la puntuación en el autoconcepto, una de las variables del "estado mental suicida", de forma que un alto nivel de estrés, alta utilización de afrontamiento inadaptativo y baja utilización de afrontamiento adaptativo se asocia a un menor autoconcepto. Por otra parte, el estrés y el afrontamiento maladaptativo interactúan y dan lugar a diferencias en el nivel de "estado mental suicida", especialmente en la soledad. Excepto en lo que se refiere a las razones para vivir, se puede afirmar que un mayor nivel de estrés y un alto afrontamiento inadaptativo favorece un mayor grado en el "estado mental suicida". Parece que las razones para vivir se ven menos afectadas por el nivel de estrés y más por el afrontamiento, el cual favorece la importancia concedida a las razones para vivir, aún tratándose de un coping maladaptativo.

VIII.2.3.2.- EFECTO INDEPENDIENTE DEL ESTRES Y EL AFRONTAMIENTO ADAPTATIVO Y MALADAPTATIVO

La influencia del nivel de estrés sobre el "estado mental suicida" y sobre las variables que lo componen se ha presentado en un subapartado anterior. Conviene recordar que las diferencias en los dos grupos de alto y bajo estrés en torno a las medias de las variables que componen el "estado mental suicida" son estadísticamente significativas (99% de nivel de confianza),

excepto en las razones para vivir. Los sujetos que han experimentado un alto nivel de estrés presentan mayor soledad, más depresión, más desesperanza y un menor autoconcepto (Tabla VIII.9).

Considerando el afrontamiento adaptativo independientemente del estrés y del afrontamiento inadaptativo, los resultados indican que existen diferencias altamente significativas en el "estado mental suicida" (Wilks = .86669; p = .000) y en las variables que lo componen, excepto en la depresión (F = .11713; p = .732). La Tabla VIII.13 indica que los sujetos con un alto afrontamiento adaptativo presentan menos soledad (F = 56'78287; p = .000), más autoconcepto (F = 60'28242; p = .000), menos desesperanza (F = 25'84748; p = .000) y más razones para vivir (F = 48.61999; p = .000). La diferencia mayor entre las medias de los grupos (alto afrontamiento y bajo afrontamiento adaptativo) aparece en esta última variable, seguida del autoconcepto.

	TOTAL DE AFRONTAMIENTO ADAPTATIVO		Total
	Bajo	Alto	
TOTAL DE SOLEDAD.....	16.2	14.6	15.4
TOTAL DE DESESPERANZA.....	19.0	17.7	18.4
TOTAL DE AUTOCONCEPTO.....	49.5	53.0	51.3
TOTAL DE RAZONES PARA VIVIR.....	89.0	96.3	92.7

TABLA VIII.13. Puntuación media de varios aspectos del "Estado Mental Suicida" según utilización de Afrontamiento adaptativo

El afrontamiento maladaptativo considerado separadamente, marca diferencias significativas en las medias de los grupos en torno al "estado mental suicida" (Wilks = .92401; p = .000) y en torno a las variables que lo componen. Así por ejemplo, el grupo con alto afrontamiento inadaptativo, presenta un mayor nivel de soledad (F = 10'53845; p = .001), de depresión (F = 28'39942; p = .000), y de desesperanza (F = 43'65139; p = .000), así como de razones para vivir (F = 8.17093, P = .004) y un menor autoconcepto (F = 35.54108; p = .000) (Ver Tabla VIII.14)

	TOTAL DE AFRONTAMIENTO MAL-ADAPTATIVO		Total
	Bajo	Alto	
TOTAL DE SOLEDAD.....	14.9	15.8	15.4
TOTAL DE DEPRESION.....	16.1	17.7	16.9
TOTAL DE DESESPERANZA.....	17.3	19.4	18.4
TOTAL DE AUTOCONCEPTO.....	52.9	49.6	51.3
TOTAL DE RAZONES PARA VIVIR.....	91.3	94.2	92.7

TABLA VIII.14. Puntuación media de varios aspectos del "Estado Mental Suicida" según utilización de Afrontamiento maladaptativo

En resumen, al considerar el estrés y el afrontamiento adaptativo e inadaptativo separadamente, se observa que el estrés y el afrontamiento inadaptativo favorecen el desarrollo del "estado mental suicida", en tanto que el afrontamiento adaptativo, ayuda a disminuir el nivel de "estado mental suicida" de una forma muy significativa [226]. La excepción viene, por un lado, de la mano de las razones para vivir, las cuales no se ven afectadas por el estrés y sí aumentadas por ambos tipos de afrontamiento y, por otro, de la depresión, que aumenta con el estrés y el afrontamiento inadaptativo pero no se ve afectada o mejorada por un estilo de coping adaptativo.

VIII.2.4.- CONCLUSIONES EN TORNO AL NIVEL DE "ESTADO MENTAL SUICIDA" EN FUNCION DEL ESTRES Y DEL AFRONTAMIENTO

El estudio de esta primera hipótesis se ha hecho desglosando la misma en dos subhipótesis, una referida a la utilización de afrontamiento general (subhipótesis I.1) y otra referida a dos estilos de afrontamiento diferentes: el adaptativo y el inadaptativo (subhipótesis I.2).

Los resultados de la subhipótesis I.1 indican que no hay

---

[226] Aunque la técnica estadística empleada no permite hablar de "causalidad" de las variables independientes sobre las dependientes, sino de asociación y de diferencias significativas entre las medias de las variables dependientes, la dirección "esperada" de las relaciones de las variables independientes y dependientes aparece en la interpretación de los resultados con el fin de hacer más clara la exposición, aún reconociendo los "riesgos" que esto puede implicar.

diferencias en el nivel de "estado mental suicida" ni de las variables que lo componen en función de la interacción del nivel de estrés y de la utilización de afrontamiento general. En cambio, la consideración por separado del nivel de estrés y la utilización de afrontamiento lleva a la conclusión de que cada una de ellas marca diferencias significativas en el nivel de "estado mental suicida" como un todo y en la mayoría de las variables que lo componen, a excepción hecha de las razones para vivir. Así, por ejemplo, un alto nivel de estrés está asociado a un mayor nivel de soledad, de depresión y de desesperanza y a un menor nivel de autoestima. Por su parte, una alta utilización de afrontamiento general se asocia a un nivel menor de soledad, un mayor autoconcepto y más razones para vivir, así como a una mayor depresión. No afecta a la desesperanza.

La interpretación que se puede hacer de estos resultados en relación al modelo socioindividual propuesto es que tanto el estrés como la utilización de afrontamiento considerados separadamente pueden dar razón de los diferentes niveles en el "estado mental suicida". Sin embargo, la interacción de estas dos variables no marca diferencias significativas. Más que de "vulnerabilidad al estrés" en función de la utilización de afrontamiento podría hablarse de predisposición al "estado mental suicida" y de factores precipitantes, según el efecto de los acontecimientos estresantes vividos en el transcurrir diario del sujeto.

Pormenorizando un poco más se puede afirmar que el nivel de estrés no afecta a una de las variables que componen el "estado mental suicida", esta es, las razones para vivir. Por otra parte, la consideración del afrontamiento como generalidad, esto es, sin distinguir los estilos de afrontamiento adaptativo e inadaptativo puede implicar el que no aparezcan diferencias en la desesperanza en función de esta variable y que las diferencias aparecidas en depresión sean contrarias a las esperadas, es decir, que un mayor afrontamiento se asocie a una mayor depresión. Estos resultados hablan en favor de la consideración del afrontamiento no como generalidad, sino dividido en afrontamiento adaptativo e inadaptativo.

Respecto a los resultados de la segunda subhipótesis (I.2) hay que decir que la interacción del estrés con el afrontamiento adaptativo e inadaptativo no parece incidir en el nivel de "estado mental suicida" como conjunto, ni en la soledad, depresión, desesperanza y en las razones para vivir, en particular. Sin embargo, esta interacción parece dar razón de diferencias significativas en torno al autoconcepto, variable que junto con las demás compone el hipotético "estado mental suicida". El grupo con un mayor autoconcepto es el formado por los sujetos con bajo nivel de estrés, poco afrontamiento inadaptativo y alto afrontamiento adaptativo, en tanto que el grupo más perjudicado es el constituido por individuos con alto nivel de estrés, poco afrontamiento adaptativo y alto afrontamiento inadaptativo.

Este resultado habla en favor de cierta vulnerabilidad ante el estrés en el sentido de que un afrontamiento ineficaz a las situaciones estresantes puede dar lugar a un autoconcepto bajo. En tanto que el afrontamiento adaptativo favorece un autoconcepto mayor, "moderando" los efectos negativos del estrés en esta variable.

Así como la interacción del estrés con el afrontamiento adaptativo no marca diferencias significativas en el "estado mental suicida" ni en las variables que lo forman, la interacción del estrés con el afrontamiento inadaptativo es significativa en relación al "estado mental suicida" como totalidad y a la soledad en particular, resultado que confirmaría cierta vulnerabilidad a desarrollar un "estado mental suicida" bajo un alto nivel de estrés en individuos que afrontan las situaciones problemáticas de forma ineficaz. En general parece que un nivel alto de estrés unido a un afrontamiento ineficaz produce unos niveles mayores en las variables que componen el "estado mental suicida", excepto en las razones para vivir, las cuales parecen verse beneficiadas por cualquier tipo de afrontamiento.

El afrontamiento adaptativo por sí mismo parece incidir en el "estado mental suicida" de forma positiva, esto es, disminuyendo el nivel de las variables "negativas" y aumentando el nivel de las variables "positivas". Esta variable no parece afectar de forma significativa a la depresión.

Por su parte, el afrontamiento negativo o maladaptativo afecta significativamente al "estado mental suicida" de forma negativa en el sentido de que un alto nivel de afrontamiento negativo va asociado a un aumento en el nivel de las variables "negativas" del estado mental suicida, como la depresión, la desesperanza y la soledad y a una disminución del nivel del autoconcepto. Las razones para vivir se ven beneficiadas de un alto nivel de afrontamiento, aunque sea "maladaptativo".

En resumen, estos resultados indican que existe cierta vulnerabilidad ante el estrés en relación con el autoconcepto. Cuando un sujeto está viviendo un alto nivel de estrés y no utiliza estrategias eficaces para enfrentarse a él sino que emplea métodos de escapar de la situación poco adaptativos, el autoconcepto disminuye. Por contra, el afrontamiento eficaz parece "moderar" en cierta medida los efectos del estrés en el autoconcepto, lo que confirma de algún modo el papel moderador del coping propuesto en el modelo teórico, al menos con respecto al autoconcepto.

La interacción del nivel de estrés con el afrontamiento maladaptativo habla, asimismo, en favor de la teoría de la vulnerabilidad. Parece que el efecto del estrés sobre el "estado mental suicida", sobre todo sobre la soledad, es mayor si el estilo de afrontamiento del sujeto no es adecuado.

El efecto del afrontamiento adaptativo por sí mismo, del estrés y del afrontamiento inadaptativo considerados independientemente indica que cada uno de ellos independientemente de la interacción con las demás variables incide en el grado de "estado mental suicida". El afrontamiento adaptativo afecta positivamente a este estado mental, esto es, disminuye su nivel, y las otras dos variables, el estrés y el afrontamiento inadaptativo, influyen, por lo general, negativamente, es decir, aumentando el nivel del "estado mental suicida". Estadísticamente, las diferencias en el "estado mental suicida" en función del estrés, el afrontamiento adaptativo y el afrontamiento maladaptativo son altamente significativas.

Casi todas las variables del "estado mental suicida" se comportan de forma que son afectadas negativamente por el estrés y por el afrontamiento inadaptativo y positivamente por el afrontamiento adaptativo, a excepción de las razones para vivir que no se ven afectadas por el estrés y sí por los dos tipos de afrontamiento, en los dos casos de forma positiva, y de la depresión que no se ve afectada positivamente por el afrontamiento adaptativo, aunque sí negativamente por el afrontamiento inadaptativo.

A través de los resultados de los análisis para la comprobación de estas dos subhipótesis se puede concluir, en primer lugar, que tiene sentido y se debe hablar de un estilo de afrontamiento adaptativo y un estilo maladaptativo, más que de la utilización de afrontamiento general. Se ha visto

que tanto cada uno de ellos por separado como en interacción con el estrés tienen un efecto diferente en el conjunto del "estado mental suicida" o en alguna de las variables que lo componen, como por ejemplo, el autoconcepto.

En segundo lugar, se puede afirmar que tanto el estrés, como el afrontamiento y sus diferentes estilos inciden significativamente en el "estado mental suicida" y en todas o la mayor parte de las variables que lo componen. Esto significa que se confirma su inclusión en el modelo como variables que afectan al "estado mental suicida".

En tercer lugar, parece confirmarse en cierto modo la teoría de la vulnerabilidad propuesta en el modelo. Se ha comprobado con cierto nivel de confianza aceptable que la interacción de los dos estilos de afrontamiento y el estrés afecta al autoconcepto, una de las variables que componen el "estado mental suicida" y que el alto nivel de estrés junto con un estilo de afrontamiento maladaptativo afecta al "estado mental suicida" en general y a la soledad en particular.

En cuarto lugar, el papel "moderador" del afrontamiento como amortiguador del estrés queda probado solamente para el estilo de afrontamiento adaptativo y únicamente en el caso del autoconcepto. Es decir, no se comprueba la interacción del estrés con el estilo de afrontamiento adaptativo ni con la utilización de afrontamiento general en la disminución del

nivel del "estado mental suicida" [227]. Con estos resultados, se puede afirmar que si bien no queda probado el efecto del afrontamiento adaptativo en situaciones de alto estrés para aminorar el "estado mental suicida" que se podría producir por influencia del estrés en sí mismo, sí que se puede afirmar con cierta confianza que el afrontamiento adaptativo tiene un papel "moderador" en el efecto que el estrés tiene en el autoconcepto.

No parece correcto pensar que lo importante es afrontar los problemas, independientemente de la estrategia utilizada. Un estilo de coping ineficaz tiene efectos negativos sobre el "estado mental suicida". Por tanto, se concluye, primero, que existe un estilo de coping adaptativo e inadaptativo y, segundo, que el estilo inadaptativo, no solo no aminora el efecto de estrés en el malestar psicológico, sino que lo puede empeorar.

En resumen, se confirma la inclusión del estrés y del afrontamiento en el modelo explicativo del "estado mental suicida". Se comprueba que la vulnerabilidad al estrés provocada por la utilización de estrategias de afrontamiento inadaptativas puede afectar al "estado mental suicida" en general y a la soledad en particular. Unicamente se prueba el efecto de amortiguación que se presuponía para el afrontamiento adaptativo en relación a los efectos del estrés en el "estado mental suicida", en una de las

---

[227] Los resultados en relación a la vulnerabilidad considerando la utilización de afrontamiento general no son de extrañar, debido a la inclusión en esta variable de los dos estilos de coping, adaptativo e inadaptativo, con efectos contrarios sobre el "estado mental suicida".

variables que lo componen: el autoconcepto. Se confirma, sin embargo, el papel positivo que tiene, en sí mismo, el afrontamiento adaptativo sobre el bienestar/malestar psicológico de los adolescentes.

VIII.3.- DIFERENCIAS EN EL PENSAMIENTO DE SUICIDIO EN FUNCION DE NIVEL DE ESTRES Y DE LA UTILIZACION DE AFRONTAMIENTO (HIPOTESIS II)

Una vez estudiada la relación del estrés y el afrontamiento en el "estado mental suicida", en esta hipótesis se pretende probar si el estrés y el afrontamiento interactúan y se relacionan con el nivel de pensamiento de suicidio. Asimismo, se intenta conocer si el efecto de estas variables en la ideación suicida es independiente del "estado mental suicida".

Los resultados se presentan separadamente para cada una de las dos subhipótesis, una referida al afrontamiento general y otra referida al afrontamiento adaptativo e inadaptativo. Antes de comentar los resultados, se procede a la explicación del procedimiento concreto de aplicación de los análisis estadísticos.

VIII.3.1.- PREPARACION Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS

La comprobación de esta hipótesis y de las dos subhipótesis que la componen se ha realizado a través de análisis de varianza factorial sin y con covarianzas (ANOVA y ANCOVA FACTORIAL, respectivamente). Las variables independientes, es decir las que forman los grupos sobre los que comprobar las diferencias en las medias de pensamiento de suicidio son las mismas que las utilizadas en el análisis de la hipótesis anterior. Estas variables son ESTRESIN (Nivel de estrés) y COPTBB (Utilización de afrontamiento general) para la primera subhipótesis y ESTRESIN, COPAB (Utilización de afrontamiento adaptativo) y COPMAB (Utilización de afrontamiento maladaptativo) para la segunda subhipótesis.

La variable dependiente es en todos los casos el total de ideación suicida (SUPTB2). Las variables que se van a neutralizar, es decir "covariantes" son las que componen el "estado mental suicida" consideradas como totalidad: soledad (SOLPTB1), depresión (DEPPTBL), desesperanza (DESPTBL), razones para vivir (RFLPTB) y autoconcepto (AUTPTBX2). Las transformaciones experimentadas por estas variables continuas son las comentadas. Al igual que en los análisis anteriores, se cumple el supuesto paramétrico más importante (en este caso el "Test Univariado de Homogeneidad de Varianzas de Bartlett-Box") para asegurar la fiabilidad de los resultados conseguidos.

VIII.3.2.- DIFERENCIAS EN EL PENSAMIENTO DE SUICIDIO SEGUN EL NIVEL DE ESTRES Y DE UTILIZACION DE AFRONTAMIENTO GENERAL (SUBHIPOTESIS II.1.)

Parece esperable que un nivel alto de estrés y la baja utilización de cualquier estrategia de afrontamiento se asocie con un mayor nivel de pensamiento suicidio. Se ha planteado la hipótesis de que este resultado es así, incluso después de neutralizar las variables del "estado mental suicida". La neutralización o no estos aspectos definen los subapartados siguientes.

VIII.3.2.1.- SIN NEUTRALIZAR EL "ESTADO MENTAL SUICIDA"

Los resultados del análisis de varianza llevado a cabo para conocer el efecto del estrés y del afrontamiento general en el pensamiento de suicidio indican, en primer lugar, que no hay interacción entre el nivel de estrés y la utilización de afrontamiento general para dar cuenta del pensamiento de suicidio ($F = 1'86$; $p = .173$). Muestran, sin embargo, que el estrés tiene efectos negativos sobre el pensamiento de suicidio, ya que los grupos con un mayor nivel de estrés presentan significativamente un mayor nivel de ideación suicida ($F = 63'37$; $p = .000$) (Ver Tabla VIII.15.) [228].

[228] Esta y las siguientes tablas se han realizado de acuerdo a las escalas originales de todas las variables, al igual que en la hipótesis anterior.

	TOTAL DE ESTRES		Total
	Bajo	Alto	
PUNTUACION TOTAL DE PENSAMIENTO DE SUICIDIO.....	13.9	16.5	15.2

TABLA VIII.15. Puntuación media de Pensamiento de suicido según nivel de Estrés

Por su parte, el nivel de utilización del afrontamiento general no parece tener efectos en el pensamiento de suicidio (F = .34; p = .560).

En definitiva, se puede afirmar que el estrés incide negativamente en el pensamiento de suicidio, que el nivel de utilización de afrontamiento general no afecta a la ideación suicida, y que no se da interacción entre el nivel de estrés y el grado de utilización de afrontamiento general.

VIII.3.2.2.- NEUTRALIZANDO EL "ESTADO MENTAL SUICIDA"

Se han realizado diversos análisis de covarianza para comprobar el efecto del estrés y del afrontamiento general en la ideación suicida neutralizando el "estado mental suicida". En un primer momento se ha "covariado" cada una de las variables del "estado mental suicida" por separado. Después se han neutralizado todas las posibles combinaciones de dos variables del "estado mental suicida". Seguidamente se ha realizado el mismo proceso con grupos de tres, de cuatro, hasta que se han llegado a neutralizar a la vez todas las variables del "estado mental suicida".

Los análisis realizados neutralizando por separado cada una de las variables del "estado mental suicida" ofrecen, en general, los mismos resultados que el análisis de varianza. Esto es, incidencia del estrés en el pensamiento de suicidio y no del afrontamiento general ni de la interacción de ambas variables. La excepción viene dada por la covariación de la variable "razones para vivir".

Cuando se neutraliza el efecto de las razones para vivir, la utilización del afrontamiento general incide significativamente en el pensamiento de suicidio ($F = 7'90$; $p = .005$). El efecto del afrontamiento general en la ideación suicida es contrario al esperado. Se suponía que una mayor utilización de afrontamiento general se asociaría con un menor pensamiento de suicidio; sin embargo los resultados indican lo contrario, es decir, que una alta utilización de afrontamiento se asocia a una mayor ideación suicida (Ver Tabla VIII.16.).

	TOTAL DE AFRONTAMIENTO		Total
	Bajo	Alto	
PUNTUACION TOTAL DE PENSAMIENTO DE SUICIDIO.....	14.9	15.6	15.2

TABLA VIII.16. Puntuación media de Pensamiento de suicido según utilización de Afrontamiento general

Siempre que se neutralizan dos variables del "estado mental suicida" se mantiene la incidencia del estrés en el pensamiento de suicidio y la

falta de interacción entre el estrés y el afrontamiento general. Con relación al efecto de la utilización de afrontamiento general en el pensamiento de suicidio hay diferentes resultados. La neutralización de las razones para vivir junto con la soledad ($F = 11'98$; $p = .001$), el autoconcepto ($F = 12'78$; $p = .000$) y la desesperanza ($F = 5'68$; $p = .017$) implica que el nivel de pensamiento de suicidio es diferente en función de la utilización de afrontamiento general. El mismo resultado se obtiene tras neutralizar simultáneamente la soledad y el autoconcepto ($F = 4'80$; $p = .029$) (Tabla VIII.16).

Al neutralizar en el mismo análisis tres variables del "estado mental suicida" los resultados no cambian al respecto de la incidencia del estrés en el pensamiento de suicidio ni respecto a la falta de interacción entre el estrés y la utilización de afrontamiento general. Los resultados con respecto a la utilización de afrontamiento general son menos unánimes. A excepción de un caso, en todos los análisis realizados neutralizando la variable "razones para vivir" con dos de las restantes variables del "estado mental suicida", los resultados indican que la alta utilización de afrontamiento general se asocia a un mayor nivel de pensamiento de suicidio [229]. Las demás posibles combinaciones de covariantes simultáneas no afectan al resultado del análisis de varianza original, en el que no se confirma la incidencia de la utilización

[229] Estas combinaciones de variables covariantes son: soledad, depresión y razones para vivir ($F = 3'90$; $p = .049$); soledad, autoestima y razones para vivir ($F = 15'80$; $p = .000$); soledad, desesperanza y razones para vivir ($F = 8'63$; $p = .003$); depresión, autoestima y razones para vivir ($F = 4'96$; $p = .026$); y autoestima, desesperanza y razones para vivir ($F = 9'22$; $p = .002$).

general de afrontamiento en el pensamiento de suicidio [230].

La neutralización simultánea de cuatro variables del "estado mental suicida" no implica diferencia alguna en cuanto a la incidencia del estrés en el pensamiento de suicidio ni en lo referente a la ausencia de interacción entre el nivel de estrés y de la utilización de afrontamiento en relación a la ideación de suicidio. Como ocurre en algunos casos de las covarianzas anteriores, dos de las cinco posibles combinaciones de variables "covariantes" suponen que la utilización de afrontamiento general incida significativamente en el pensamiento de suicidio, de forma que los sujetos que más utilizan todo tipo de estrategias de afrontamiento tienen un mayor pensamiento de suicidio (Tabla VIII.16). Estas combinaciones son las siguientes: por un lado, la soledad, depresión, autoconcepto y razones para vivir ($F = 6'34$; $p = .012$) y, por otro, la soledad, la autoestima, la desesperanza y las razones para vivir ($F = 11'80$; $p = .001$) [231].

Por último, la neutralización simultánea de las cinco variables que

---

[230] Estas combinaciones son: soledad, depresión y autoconcepto ($F = .55$; $p = .460$); soledad, depresión y desesperanza ($F = .00$; $p = .974$); soledad, autoconcepto y desesperanza ($F = 3'06$; $p = .081$); depresión, autoconcepto y desesperanza ($F = .03$; $p = .860$); y, por último, depresión, desesperanza y razones para vivir ($F = 1'97$; $p = .161$).

[231] Las combinaciones de covarianzas en las que las diferencias en pensamiento de suicidio según utilización de afrontamiento general se mantienen no significativas son: soledad, depresión, autoestima y desesperanza ($F = .25$; $p = .619$); soledad, depresión, desesperanza y razones para vivir ($F = 3'10$; $p = .079$); depresión, autoestima, desesperanza y razones para vivir ($F = 3'73$; $p = .054$).

componen el "estado mental suicida" no afecta a los resultados originales referentes a la incidencia del estrés en el pensamiento de suicidio y a la falta de interacción del estrés con la utilización de afrontamiento general en relación con la ideación suicida. Si se quita el efecto de las variables que componen el "estado mental suicida" la utilización del afrontamiento general incide significativamente en el pensamiento de suicidio ($F = 4'85$; $p = .028$).

Los resultados presentados en este apartado indican que el estrés por sí mismo afecta al nivel de ideación suicida, de forma que un nivel alto de estrés se asocia de forma muy significativa a un mayor pensamiento de suicidio. El efecto del estrés sobre el la ideación suicida es tal que la neutralización de las variables del "estado mental suicida" no afecta a esta asociación.

El grado de utilización de afrontamiento general no parece incidir en el pensamiento de suicidio. Sin embargo, si se mantienen constantes o "neutrales" algunas de las variables del "estado mental suicida", los resultados indican que mucha utilización de afrontamiento general se asocia a un mayor nivel de ideación suicida [232]. El signo de la relación es contrario al

---

[232] Conviene observar que la variable que tiene más "peso" como "covariante" en el hecho de que el afrontamiento general aparezca como significativo en relación con el pensamiento de suicidio es "razones para vivir". Si se tienen en cuenta los resultados de los diversos análisis realizados neutralizandn las diferentes combinaciones de "covariantes" queda patente que la neutralización de la variable mencionada, sola o con otras variables, supone que las diferencias en el pensamiento de suicidio en función de la utilización de afrontamiento general sean altamente significativas o cercanas al nivel de significación aceptado en este estudio (95%).

esperado. Se suponía que una mayor utilización de afrontamiento se asociaría a un menor pensamiento de suicidio. Sin embargo, los resultados indican que el afrontamiento general de por sí no solo no tiene efectos positivos en el bienestar/malestar psicológico, sino que puede tenerlos negativos. Por tanto, no se trata simplemente de afrontar los problemas, sino de hacerlo de un modo eficaz.

El nivel de estrés no interactúa con el grado de utilización de afrontamiento general para dar cuenta del nivel del pensamiento de suicidio.

VIII.3.3.- DIFERENCIAS EN EL NIVEL DE PENSAMIENTO DE SUICIDIO EN FUNCION DEL ESTRES Y DEL AFRONTAMIENTO ADAPTATIVO Y MALADAPTATIVO (SUBHIPOTESIS II.2.)

En este apartado se van a comentar los resultados referentes al nivel de ideación suicida en función del estrés, del afrontamiento adaptativo y maladaptativo. Se han realizado dos fases en el análisis. La primera sin neutralizar el "estado mental suicida" y la segunda manteniendo constantes las variables que componen dicho estado mental.

VIII.3.3.1.- SIN NEUTRALIZAR EL "ESTADO MENTAL SUICIDA"

Los resultados del análisis de varianza indican que no se da ninguna interacción significativa entre el nivel de estrés y cualquiera de los estilos de afrontamiento ni entre los estilos de afrontamiento entre sí. Es decir, el nivel de estrés no interactúa ni con el afrontamiento adaptativo ($F = .97; p = .324$) ni con el afrontamiento maladaptativo ($F = .06; p = .812$) para dar razón del nivel de pensamiento de suicidio. Esto es así tanto con cada uno de ellos por separado como con los dos estilos de afrontamiento a la vez ($F = 1'22: p = .270$) Tampoco se da interacción significativa entre los dos modos de afrontamiento ($F = .59; p = .442$).

Si se considera cada una de las variables por separado, el estrés, como se ha comentado, incide por sí mismo muy significativamente en el pensamiento de suicidio, de forma que un alto nivel de estrés 3
se asocia con un mayor nivel de ideación suicida ($F = 68'29; p = .000$)(Ver Tabla (VIII.15).

El grado de utilización del afrontamiento adaptativo también se asocia con el pensamiento de suicidio, de forma que una mayor puntuación en afrontamiento adaptativo implica un nivel significativamente menor de ideación suicida ($F = 16'27; p = .000$). La Tabla VIII.17 presenta las medias de puntuación de pensamiento de suicidio para cada uno de los grupos.

	TOTAL DE AFRONTAMIENTO ADAPTATIVO		Total
	Bajo	Alto	
PUNTUACION TOTAL DE PENSAMIENTO DE SUICIDIO.....	15.6	14.9	15.2

TABLA VIII.17. Puntuación media de Pensamiento de suicido según utilización de Afrontamiento adaptativo

La incidencia del afrontamiento maladaptativo es igualmente significativa pero de signo contrario; esto es, una mayor utilización de este tipo de afrontamiento supone un nivel más alto de pensamiento de suicidio ($F = 29'52$; $p = .000$) (Ver Tabla VIII.18).

	TOTAL DE AFRONTAMIENTO MAL ADAPTATIVO		Total
	Bajo	Alto	
PUNTUACION TOTAL DE PENSAMIENTO DE SUICIDIO.....	14.2	16.3	15.2

TABLA VIII.18. Puntuación media de Pensamiento de suicido según utilización de Afrontamiento maladaptativo

En definitiva, los resultados indican que el estrés y el afrontamiento maladaptativo por sí mismo tienden a aumentar el nivel del pensamiento de suicidio, en tanto que el afrontamiento adaptativo tiende a disminuirlo. No tienen lugar interacciones entre estas variables que den razones del nivel de pensamiento de suicidio.

VIII.3.3.2.- NEUTRALIZANDO EL "ESTADO MENTAL SUICIDA"

Al igual que para la comprobación de la subhipótesis anterior, se ha estudiado la incidencia del estrés y los dos estilos de afrontaminento una vez neutralizado el "estado mental suicida". La neutralización se ha realizado de forma progresiva, esto es, "covariando" primero cada una de las variables por separado, después cada pareja posible, y así hasta llegar a neutralizar a la vez todas las variables que componen el "estado mental suicida".

La neutralización de cada una de las variables no afecta a los resultados referidos a la incidencia del estrés y del coping maladaptativo en el pensamiento de suicidio ni a ninguna de las interacciones. Es decir, se confirma que el estrés y el afrontamiento afectan, por sí mismos al pensamiento de suicidio y que no se da ninguna interacción entre ellos ni con el afrontamiento adaptativo. Sin embargo, la neutralización del autoconcepto supone la pérdida de significación de las diferencias en el nivel de pensamiento de suicidio en función de la utilización de afrontamiento adaptativo ($F = 3'00$; $p = .083$). En cambio cuando se covarían cualquiera de las demás variables las diferencias entre los grupos con alta y baja utilización de afrontamiento adaptativo en el nivel de ideación suicida siguen siendo significativas, aunque, excepto en el caso de la depresión ($F = 21'26$; $p = .000$), el nivel de confianza disminuye de

un 99% a un 95% [233].

La neutralización de dos variables a la vez no afecta a la incidencia del estrés ni del afrontamiento maladaptativo en el pensamiento de suicidio. Se confirma que ambas variables por sí mismas, pero no sus interacciones, afectan a la ideación suicida. Los resultados referidos a la incidencia de la utilización del coping adaptativo en dicho pensamiento autodestructivo son diversos en función de la combinación de variables que se mantengan constantes. En seis de las diez posibles parejas de "covariantes", la utilización de afrontamiento adaptativo pierde significación estadística [234].

Cuando se neutralizan tres variables del "estado mental suicida" conjuntamente no varían los resultados comentados al respecto de la incidencia del estrés y del afrontamiento maladaptativo en el pensamiento de suicidio. Nuevamente, aparecen resultados diversos en lo que se refiere a la significación

---

[233] Así ocurre cuando se neutraliza la soledad ($F = 5'39$; $p = .020$), la desesperanza ($F = 6'38$; $p = .012$), y las razones para vivir ($F = 4'91$; $p = .027$).

[234] Las combinaciones de "covariantes" en las que las diferencias en el pensamiento de suicidio entre los grupos con alta y baja utilización de afrontamiento adaptativo pierden significación son las siguientes: soledad y autoconcepto ($F = .49$; $p = .485$); soledad y desesperanza ($F = 1'8$; $p = 180$); soledad y razones para vivir ($F = .57$; $p = .449$); autoconcepto y desesperanza ($F = 1'79$; $p = .181$) autoconcepto y razones para vivir ($F = .12$; $p = .726$); y desesperanza y razones para vivir ($F = 1'28$; $p = .258$). En cambio, se mantiene significativo cuando se covarían conjuntamente las siguientes parejas: soledad y depresión ($F = 13'7$; $p = .000$); depresión y autoconcepto ($F = 8'54$; $p = .004$); depresión y desesperanza ($F = 5'52$; $p = .019$); y depresión y razones para vivir ($F = 8'53$; $p = .004$).

de la utilización del coping adaptativo en la ideación suicida. Cuando se neutraliza la depresión con la soledad y el autoconcepto ($F = 5'45$; $p = .020$), o con la soledad y la desesperanza ($F = 7'8$; $p = .005$), con el autoconcepto y la desesperanza ($F = 6'47$; $p = .011$), y con la desesperanza y las razones para vivir ($F = 4'36$; $p = .037$), se mantienen las diferencias significativas en el nivel de pensamiento de suicidio entre los grupos formados según la utilización de afrontamiento adaptativo. Sin embargo, cuando se neutralizan el resto de los tríos de variables posibles, las diferencias dejan de ser significativas [235].

La neutralización simultánea de cuatro variables del "estado mental suicida" no afecta a los resultados referentes a la incidencia del estrés en el pensamiento de suicidio. Al igual que ocurre cuando no se mantiene constante ninguna variable, no aparecen interacciones significativas entre esta variable y los estilos de afrontamiento adaptativo y maladaptativo. Cuando se covarían simultáneamente la soledad, la depresión, el autoconcepto y la desesperanza las diferencias en el nivel de pensamiento de suicidio entre el grupo con mucha utilización de afrontamiento maladaptativo y los grupos con poca utilización de este estilo de coping pierden algo su nivel de significación, aunque se mantienen cercanas al nivel de confianza establecido en este estudio ($F = 3'77$; $p = .053$). El resto de posibles combinaciones en los cuartetos de

---

[235] Las combinaciones de tres "covariantes" que suponen una pérdida de la significación estadística en la incidencia de la utilización del coping adaptativo en el pensamiento de suicidio son las siguientes: soledad, autoconcepto y desesperanza ($F = .21$; $p = 648$); soledad, autoconcepto y razones para vivir ($F = .32$; $p = 570$); soledad, desesperanza y razones para vivir ($F = 2'6$; $p = .107$); y autoconcepto, desesperanza y razones para vivir ($F = .01$; $p = 915$).

covariantes, no afecta a la significación de esta variable.

El afrontamiento adaptativo no incide significativamente en el pensamiento de suicidio si se neutralizan simultáneamente cuatro variables del "estado mental suicida", excepto en el caso de que se mantengan constantes a la vez la soledad, la depresión, el autoconcepto y la desesperanza ($F = 4'15$; $p = .042$) [236].

Por último, la neutralización del "estado mental suicida", esto es, de las cinco variables que lo componen, no afecta los resultados referidos a la incidencia del estrés y del afrontamiento maladaptativo en el pensamiento de suicidio. El afrontamiento adaptativo pierde su significación ($F = .78$; $p = .377$), al tiempo que no aparece, tampoco en este caso, ninguna interacción entre el estrés y los estilos de coping dignas de mención.

En resumen, la neutralización de las variables que componen el "estado mental suicida" no afecta a la significatividad del estrés y del afrontamiento maladaptativo en su incidencia en el pensamiento de suicidio, tanto por separado como en interacción. En cambio, la neutralización de ciertas variables implica que las diferencias en el nivel de ideación suicida entre los

---

[236] Las combinaciones de "covariantes" que suponen una pérdida de significación son los siguientes:soledad, depresión, autoconcepto y razones para vivir ($F = 1'15$; $p = .283$); soledad, depresión, desesperanza y razones para vivir ($F = 2'33$; $p = .128$); soledad, autoconcepto, desesperanza y razones para vivir ($F = .48$; $p = 489$); y depresión, autoconcepto, desesperanza y razones para vivir ($F = 1'73$; $p = .188$).

grupos formados en función de la mucha o poca utilización de afrontamiento adaptativo pierda significación estadística. En función del nivel de significación asociado a la F en los analisis realizados neutralizando las distintas combinaciones de las variables que componen el "estado mental suicida", parece que la "covariación" del autoconcepto solo o en combinación con otras variables supone una pérdida de significación mayor que la neutralización de otras variables. Por contra, la "covariación" de la depresión, sola o con otras variables es la que afecta menos al nivel de significación de las diferencias en el pensamiento de suicidio en función del grado de utilización de afrontamiento adaptativo.

VIII.3.4.- CONCLUSIONES RESPECTO A LA INCIDENCIA DEL ESTRES Y EL AFRONTAMIENTO EN EL PENSAMIENTO DE SUICIDIO

Los resultados de todos los análisis realizados son unánimes en lo que se refiere a la incidencia del estrés en el pensamiento de suicidio; un alto nivel de estrés se asocia a un nivel alto de ideación suicida independientemente del papel del "estado mental suicida".

En función de los datos recogidos en torno al afrontamiento considerado como generalidad se puede afirmar que el coping por sí mismo no incide en el pensamiento de suicidio y, si lo hace una vez neutralizadas algunas

variables del "estado mental suicida", principalmente las razones para vivir, afecta negativamente, esto es, aumentando la ideación suicida.

Este, a primera vista, sorprendente dato es comprensible si se tiene en cuenta que en el afrontamiento considerado de un modo general se incluyen tanto estilos de afrontamiento adaptativos como inadaptativos. La implicación principal de este resultado es que para lograr el bienestar psicológico, no vale simplemente afrontar los problemas, sino hacerlo de un modo eficaz.

La comprobación de esta importante conclusión viene de la mano de la subhipótesis II.2, en la que el afrontamiento se considera de forma separada según sea adaptativo o inadaptativo. Como se esperaba, el afrontamiento inadaptativo incide por sí mismo en el pensamiento de suicidio, de forma que el nivel de ideación suicida es mayor cuando el grado de utilización del afrontamiento maladaptativo es alto. Este resultado explica el porqué la consideración del afrontamiento como totalidad, esto es incluyendo coping adaptativo y maladaptativo, ofrece los resultados ya comentados.

En un primer nivel de análisis, el afrontamiento adaptativo parece influir en el pensamiento de suicidio disminuyendo el nivel de ideación suicida. Ahora bien, el efecto de este estilo de afrontamiento en el pensamiento de suicidio no parece tan "puro" como en el caso del estrés y del afrontamiento

maladaptativo. De hecho, la neutralización de ciertas variables del "estado mental suicida", sobre todo del autoconcepto, supone una pérdida de la significación en las diferencias en el pensamiento de suicidio en función del grado de utilización de afrontamiento adaptativo.

Las variables implicadas en el análisis, esto es, el estrés y el afrontamiento general, adaptativo e inadaptativo, no interactúan para dar cuenta del nivel de pensamiento de suicidio. Es decir, las variables tienen efecto en la ideación por sí mismas pero no en interacción.

En relación al modelo propuesto, los resultados indican que el estrés y el afrontamiento maladaptativo inciden y aumentan el pensamiento de suicidio de forma directa y por sí mismos, en tanto que la influencia del afrontamiento adaptativo en el pensamiento de suicidio parece deberse más al autoconcepto que al afrontamiento por sí mismo. Se confirma, pues, la inclusión del estrés y del afrontamiento maladaptativo en el modelo socioindividual de la conducta suicida; no así la del afrontamiento general. La inclusión del afrontamiento adaptativo queda justificada por su incidencia directa en el "estado mental suicida" (subhipótesis I.2) aunque no en el pensamiento de suicidio.

El modelo socioindividual propuesto presupone el papel moderador del afrontamiento adaptativo en la incidencia del estrés en el nivel

de pensamiento de suicidio y la vulnerabilidad al estrés de los sujetos con un afrontamiento ineficaz. Sin embargo, por un lado, la ausencia de interacción entre el estrés y el afrontamiento adaptativo impide hablar del papel moderador del afrontamiento adaptativo como amortiguador de los efectos directos del estrés en el pensamiento de suicidio. Por otro, la ausencia de interacción entre el estrés y el afrontamiento maladaptativo no permite confirmar la teoría de la vulnerabilidad a desarrollar ideación suicida en los sujetos que utilizan estrategias de afrontamiento ineficaces cuando se encuentran en situaciones estresantes. Se confirma que el afrontamiento maladaptativo incide en la ideación suicida independientemente de que se dé o no un nivel alto de estrés, en tanto que la incidencia del afrontamiento adaptativo no queda estadísticamente probada, ya que su influencia parece confundirse con la incidencia que, de hecho, tienen otras variables del "estado mental suicida", por ejemplo, el autoconcepto.

VIII.4.- EXPLICACION Y PREDICCION DEL PENSAMIENTO DE SUICIDIO A TRAVES DE ASPECTOS PSICOSOCIALES (III)

Se pretende comprobar a través de esta hipótesis si las variables psicosociales incluidas en el modelo socioindividual y presentes en este estudio empírico pueden predecir y explicar el pensamiento de suicidio. Por una parte,

se considera la ideación suicida como una dicotomía (suicida-no suicida) (SUPTB4) para explorar la posibilidad de clasificar correctamente a los sujetos en función los aspectos considerados. Por otra, se entiende el pensamiento de suicidio como un continuo (SUPTB), cuya variabilidad puede explicarse a través de determinados factores psicosociales.

Los resultados de ambos análisis se presentan a continuación, una vez comentada la aplicación concreta de las técnicas estadísticas.

VIII.4.1.- PREPARACION Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS

En esta tercera y última hipótesis son dos las técnicas estadísticas utilizadas: el Análisis Discriminante Múltiple y el Análisis de Regresión Múltiple, destinadas la primera a conocer el porcentaje de predicción correcta que las variables explicativas estudiadas hasta ahora aportan respecto a la ideación suicida, y la segunda a averiguar el porcentaje de varianza de la variable ideación suicida explicada por el resto de variables incluidas en el análisis.

El Análisis Discriminante Múltiple se ha realizado sin "probabilidades a priori", con el criterio de selección de variables de "Lambda de Wilks" y el método "Stepwise", así como con los valores de "Tolerancia",

"F de entrada" y "F de salida" de .001, 1 y 1, respectivamente (sobre las diferentes aplicaciones de esta técnica estadística, véase FERNANDEZ SANTANA, 1992: 332-352).

El pensamiento de suicidio es una variable continua con un rango de valores de "10" a "40" que se dicotomiza en este caso para formar dos grupos según el grado de ideación suicida. Para ello se crea una nueva variable que contenga el número de "3"s o "4"s respondidos en el total de la escala de ideación suicida (SUPTB4). El primero de ellos lo constituye el grupo de "no suicidas", entendiendo por ellos los sujetos con un nivel bajo de pensamiento de suicidio, formado por los individuos que han respondido en menos de 5 preguntas las opciones "3"s o "4"s, cuyo significado implica una mayor tendencia al suicidio (89'7% de la muestra). El segundo grupo, el de "suicidas", está formado por los sujetos que han respondido cinco o más "3"s o "4"s (10'3% de la muestra).

Las transformaciones de las variables predictivas son las señaladas en hipótesis anteriores. No obstante, y a pesar de que el cumplimiento de los supuestos implícitos en esta técnica (homogeneidad de las matrices de varianza-covarianza -"Test de Box-M"-, y normalidad multivariable) mejora al utilizar las variables transformadas, los supuestos no llegan a cumplirse, al menos con un nivel de confianza suficientemente significativo. En todo caso, esta circunstancia no constituye una barrera infranqueable a la

realización e interpretación de un análisis discriminante:

> *"... varios autores han demostrado que el análisis discriminante es una técnica bastante robusta que puede tolerar alguna desviación de tales supuestos" (KLECKA, 1980: 61)*

Por otra parte la mayor o menor preocupación ante la "relajación" en su cumplimiento varía en función de cuál es el objetivo principal del analista:

> *"... además, no todos los aspectos del análisis discriminante requieren estos supuestos (...) para el investigador cuyo interés fundamental se halla en el logro de un modelo matemático que pueda predecir adecuadamente o servir como una descripción razonable del mundo real, la mejor guia es el porcentaje de individuos clasificados correctamente. Si este porcentaje es alto, la violación de los supuestos no resultará muy perjudicial" (KLECKA, 1980: 62).*

Por otra parte, el Análisis de Regresión Múltiple se ha llevado a cabo mediante el procedimiento "Stepwise". De acuerdo a las indicaciones de NORUSIS (1986: B-215) las transformaciones de las variables en juego han consistido solamente en logaritmos y exponenciaciones al cuadrado [237].

---

[237] Las variables transformadas cuya simetría y normalidad ha mejorado respecto a las originales y que, además, difieren de las transformaciones empleadas hasta ahora, han sido las siguientes:

- "Total de ideación suicida": SUPTBL = logaritmo de (SUPTB + .05).
- "Total de Estrés": INFMPTL = logaritmo de (INFMPT + .05).
- "Factor 3 de afrontamiento": COPF3L = logaritmo de (COPF3 + .05).
- "Factor 4 de afrontamiento": COPF4L = logaritmo de (COPF4 + .05).
- "Factor 5 de afrontamiento": COPF5L = logaritmo de (COPF5 + .05).
- "Factor 6 de afrontamiento": COPF6L = logaritmo de (COPF6 + .05).
- "Total de soledad": SOLPTBL = logaritmo de (SOLPTB + .05).
- "Total de depresión": DEPPTBL = logaritmo de (DEPPTB + .05).
- "Factor 1 de razones para vivir": RFLF1X2 = exponenciación al cuadrado de (RFLF1 + .05).

Los supuestos paramétricos correspondientes a esta técnica (normalidad, homocedasticidad, independencia entre variables y linealidad en la relación) se comprueban tanto por los valores concretos de los tests respectivos como por el análisis de los diversos gráficos de los valores "residuales".

VIII.4.2.- PREDICCION DEL GRADO DE PENSAMIENTO DE SUICIDIO A TRAVES DE ASPECTOS PSICOSOCIALES

Se realizan dos análisis discriminantes con el fin de comprobar el poder predictivo de las variables incluidas en la "aplicación práctica" del modelo socioindividual. En uno de ellos se incluyen las variables consideradas como totalidad; esto es, sin distinguir las diferentes dimensiones obtenidas a través del análisis factorial en aspectos tales como el afrontamiento, las razones para vivir y el autoconcepto. En el otro, se incluyen, las dimensiones factoriales de las variables multifactoriales en vez de los totales; el resto de los aspectos unidimensionales se siguen incluyendo como totalidad [238].

[238] En el primer discriminante se incluyen dos totales de afrontamiento, el adaptativo y el maladaptativo para evitar incluir en "afrontamiento general" estrategias que pueden ser perjudiciales para el sujeto junto con estrategias eficaces y, producir, así, un solapamiento. El segundo análisis discriminante se realiza con cada una de las seis dimensiones del análisis factorial, en lugar de con los totales de afrontamiento adaptativo y maladaptativo.

VIII.4.2.1.- ANALISIS DISCRIMINANTE CON PUNTUACIONES TOTALES

El objetivo del análisis es conocer el poder discriminante o predictivo de las variables psicosociales recogidas en el presente estudio empírico, el cual debe entenderse como una forma de "operativizar" el modelo socioindividual en el que se articulan un "contexto social general" e "inmediato", un "entramado individual" y un "estado mental suicida" como ámbitos explicativos de la conducta suicida, en este caso concretada en el pensamiento de suicidio.

Los aspectos que se incluyen como discriminantes del grado de pensamiento de suicidio son el estrés, el rendimiento académico y la consideración académica paterna, por parte del "contexto social inmediato"; el afrontamiento adaptativo, el afrontamiento maladaptativo y la consideración académica personal, por parte del "entramado individual"; y, la soledad, la depresión, las razones para vivir, la desesperanza y el autoconcepto, como componentes del "estado mental suicida".

Las variables elegidas por el análisis para entrar a formar parte de la ecuación discriminante son, como puede observarse en la Tabla VIII.19, y por orden de importancia, la depresión, las razones para vivir, la desesperanza, el estrés, el autoconcepto, el afrontamiento maladaptativo y el rendimiento. En cambio, quedan excluidos de la ecuación la soledad, el

afrontamiento adaptativo, la consideración académica paterna y la consideración académica personal.

VARIABLE	TOLERANCIA	F DE SALIDA	LAMBDA DE WILKS	ETIQUETA
DEPPTB1	.8285675	84.033	.79577	Depresión
RFLPTB	.9412819	46.665	.76896	Razones para vivir
DESPTBL	.7774490	19.460	.74944	Desesperanza
INFMPTS	.8950897	7.9346	.74117	Estrés
AUTPTBX2	.7647662	6.5182	.74015	Autoconcepto
COPMA	.8916934	3.8357	.73823	Afront. maladaptivo
SUSPBL	.9255179	1.3037	.73641	N. suspensos

TABLA VIII.19. Variables elegidas después del paso 7 (ordenadas según la "F de salida") en el discriminante con puntuaciones totales

La predicción del grupo "suicida" y "no suicida" se realiza en base a una función [239] creada a partir de las variables elegidas por el análisis y cuyos coeficientes estandarizados y estructurales se recogen en la Tabla VIII.20. Puede observarse en dichos coeficientes estructurales que la función discriminante del nivel de pensamiento de suicidio correlaciona positivamente con depresión, desesperanza y estrés, y negativamente con autoconcepto y razones para vivir. La soledad tiene una correlación positiva moderada con la función discriminante, al igual que la utilización de afrontamiento maladaptativo. Los signos de los coeficientes de correlación confirman lo preconizado por el modelo socioindividual respecto a las variables incluidas en el análisis.

---

[239] Los valores asociados a la función discriminante son:

Fun	Autovalor	Pct de Varianza	Pct Acum	Correl Cano	Desp Fcn	Lambda Wilks	Ji cuadrado	GL	Sig
					0	.7355	315.688	7	.0000
1*	.3597	100.00	100.00	.5143					

COEFICIENTES ESTANDARIZADOS

Variable	Func 1	Etiqueta
DEPPTB1	.58797	Depresión
RFLPTB	-.41819	Razones para vivir
DESPTBL	.30100	Desesperanza
INFHPTS	.18012	Estrés
AUTPTBX2	-.17674	Autoconcepto
COPHA	.12572	Afront. maladaptativo
SUSPBL	-.07203	N. Suspensos

COEFICIENTES ESTRUCTURALES

Variable	Func 1	Etiqueta
DEPPTB1	.77325	Depresión
DESPTBL	.58946	Desesperanza
AUTPTBX2	-.51079	Autoconcepto
RFLPTB	-.42314	Razones para vivir
INFHPTS	.40894	Estrés
SOLPTB1	.33157	Soledad
COPHA	.26718	Afront. maladaptativo
ESTUB	-.23556	Consider. acad. personal
PESTUB	-.22977	Consider. acad. paterna
COPA	-.13019	Afront. adaptativo
SUSPBL	.09092	N. suspensos

TABLA VIII.20. Coeficientes estandarizados y estructurales de las variables explicativas en la función discriminante del análisis con puntuaciones totales

Los resultados globales de la clasificación aparecen en la Tabla VIII.21. En ella puede observarse que el porcentaje de casos agrupados correctamente es bastante alto (84'12%), sobre todo si se tiene en cuenta que son sólo siete las variables "predictoras". Sin embargo, un 15'7% de los sujetos del colectivo "no suicida" aparece incluido en el grupo "suicida", y forman así, el grupo de los denominados "positivos falsos". De igual manera, un 17% de los sujetos del grupo "suicida" aparece clasificado como "no suicida". Forman los calificados como "negativos falsos" que tanto preocupan a los investigadores y profesionales que trabajan en el área de la prevención del suicidio.

GRUPO REAL	NUM CASOS	GRUPO PREDICHO 1	2
Grupo "no suicida"	927	781 84.3%	146 15.7%
Grupo "suicida"	106	18 17.0%	88 83.0%

TABLA VIII.21. Resultados globales de la clasificación del análdiscriminante con puntuaciones totales

VIII.4.2.2.- ANALISIS DISCRIMINANTE CON FACTORES Y PUNTUACIONES TOTALES

Como se ha anunciado, para la realización del segundo discriminante se han incluido como variables predictoras los totales de las subescalas o factores de las variables multidimensionales. Es decir, se incluyen los cuatro factores del autoconcepto ("autoconcepto académico", "autovalía personal", "dimensión social del autoconcepto" y "dimensión física del autoconcepto") en lugar de la puntuación total de la escala de autoconcepto. Asimismo se introducen en el análisis los cinco factores de las razones para vivir ("visión optimista de la autoeficacia y de la vida", "miedo a la desaprobación social", "miedo al suicidio", "razones morales" y "responsabilidad con la familia") en lugar de la puntuación total de la escala completa. De igual manera, en lugar de considerar como predictores en el análisis los dos estilos de afrontamiento -adaptativo y maladaptativo- se incluyen las seis dimensiones factoriales de la escala total de afrontamiento ("búsqueda de apoyo social", "afrontamiento activo y planificación",

"negación", "desvinculación conductual", "desvinculación mental" y "consumo de alcohol o drogas").

El resto de variables permanecen exactamente igual que en el discriminante anterior: estrés, soledad, depresión, desesperanza, consideración académica personal, consideración académica paterna y rendimiento [240].

Diez son las variables elegidas por el análisis para entrar a formar parte de la ecuación discriminante: la depresión, la "autovalía personal" (Factor 2 de la escala de autoconcepto), la "visión optimista en la autoeficacia y en la vida" (Factor 1 de la escala de razones para vivir), la desesperanza, el "consumo de alcohol drogas" (Factor 6 de la escala de afrontamiento), el "miedo al suicidio" (Factor 3 de la escala de razones para vivir), las "razones morales" (Factor 4 de la escala de razones para vivir), la "dimensión social del autoconcepto" (Factor 3 de la escala de autoconcepto) y el "afrontamiento activo y la planificación" (Factor 2 de la escala de afrontamiento) (Tabla VIII.22).

[240] Se recuerda que la variable "rendimiento" consiste en el número de suspensos obtenidos en Junio del curso pasado.

VARIABLE	TOLERANCIA	F DE SALIDA	LAMBDA DE WILKS	ETIQUETA
DEPPTB1	.8249441	70.415	.76384	Depresión
AUTOF2X2	.7700845	30.215	.73573	Autovalía personal
RFLF1X3	.7324114	16.806	.72636	Optimismo autoefic. y vida
DESPTBL	.7813974	12.137	.72309	Desesperanza
COPF62	.9531000	6.4667	.71913	Consumo alcohol o drogas
INFHPTS	.8825751	4.6442	.71785	Estrés
RFLF3	.7666202	4.0563	.71744	Miedo al suicidio
RFLF4	.8068891	3.8438	.71730	Razones morales
AUTOF3X2	.8724823	2.9019	.71664	Dim. social autoconcepto
COPF2	.8461009	2.5244	.71637	Afront. activo y planifi.

TABLA VIII.22. Variables elegidas después del paso 10 (ordenadas según la "F de salida") en el discriminante con puntuaciones totales y factores

El resto de los factores de autoconcepto, de razones para vivir y de afrontamiento, la soledad, el número de suspensos, la consideración académica personal y la consideración académica paterna, son excluidos de la ecuación después del paso 10.

La predicción del pensamiento de suicidio se realiza a través de una función formada a partir de las variables que se mantienen en el análisis después del paso 10, que correlaciona positivamente con la depresión, la desesperanza, el estrés, el "consumo de alcohol o drogas" y negativamente con la "autovalía personal", la "visión optimista de la vida y de la propia eficacia" y las "razones morales" (Ver coeficientes estructurales en la Tabla VIII.23) [241].

[241] Los valores asociados a la función discriminante son:

Fun	Autovalor	Pct de Varianza	Pct Acum	Corr Cano	Desp Fun	Lambda Wilks	Ji cuadrado	GL	Sig
					0	.7146	344.759	10	.0000
1*	.3994	100.00	100.00	.5342					

COEFICIENTES ESTANDARIZADOS

Variable	Func 1	Etiqueta
DEPPTB1	.52324	Depresión
AUTOF2X2	-.36147	Autovalía personal
RFLF1X3	-.27821	Optimismo vida y autoef.
DESPTBL	.22940	Desesperanza
COPF62	.15204	Consumo alcohol o drogas
RFLF3	-.13442	Miedo al suicidio
INFHPTS	.13401	Estrés
RFLF4	-.12756	Razones morales
AUTOF3X2	.10664	Dim. social autoconcepto
COPF2	.10102	Afron. activo y planific.

COEFICIENTES ESTRUCTURALES

Variable	Func 1	Etiqueta
DEPPTB1	.73380	Depresión
AUTOF2X2	-.59507	Autovalía personal
DESPTBL	.55939	Desesperanza
RFLF1X3	-.47207	Optimismo vida y autoef.
INFHPTS	.38808	Estrés
AUTOF1	-.31358	Autoconcepto académico
RFLF4	-.29950	Razones morales
COPF62	.29662	Consumo alcohol o drogas
SOLPTB1	.28641	Soledad
PESTUB	-.20065	Cons. académica paterna
ESTUB	-.19567	Cons. académica personal
RFLF5X2	-.16824	Responsabilidad familia
RFLF3	-.16599	Miedo al suicidio
COPF3L	.15167	Negación
COPF4S	.14858	Desvinculación conductual
SUSPBL	.14017	N. suspensos
AUTOF3X2	-.10787	Dim. social autoconcepto
AUTOF4	-.09024	Dim. física autoconcepto
RFLF2L	-.05491	Miedo desaprobac. social
COPF2	-.04787	Afront. activo y planif.
COPF5S	.02579	Desvinculación mental
COPF1X2	-.01318	Búsqueda apoyo social

TABLA VIII.23. Coeficientes estandarizados y estructurales de las variables explicativas en la función discriminante del análisis con puntuaciones totales y factores

Al igual que ocurre en el análisis discriminante anterior, los signos de la correlación confirman lo propuesto por el modelo. Así, cada uno de los factores del autoconcepto y de las razones para vivir tiene un coeficiente de correlación "negativo", igual que los factores del afrontamiento considerados "adaptativos", en tanto que los calificados como "maladaptativos" correlacionan positivamente con la función.

La clasificación realizada a partir de la función discriminante predice correctamente un total del 85%. Quiere esto decir que el restante 15% ha sido incluido en el grupo que no le corresponde. La distribución presenta un 15'1% de "positivos falsos" y un 14'2% de "falsos negativos" (Tabla VIII.24). De "106" sujetos que componen el grupo "suicida" "91" son clasificados correctamente y "15" erróneamente.

GRUPO REAL	NUM CASOS	GRUPO PREDICHO 1	2
Grupo "no suicida"	927	787 84.3%	140 15.7%
Grupo "suicida"	106	15 14'2%	91 85'8%

TABLA VIII.24. Resultados globales de la clasificación del análisis discriminante con puntuaciones totales y factores

VIII.4.2.3.- CONCLUSIONES EN TORNO AL PODER PREDICTIVO DE LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES PROPUESTOS

Los resultados globales de clasificación de los sujetos en un grupo según sean "suicidas" o "no suicidas" presentados por ambos análisis discriminantes permiten concluir que, a través de las variables propuestas, se puede predecir el pensamiento de suicidio en un porcentaje importante. Alrededor de un 85% de los sujetos se clasifica correctamente en ambos análisis en tanto que un 15% es incluido en el grupo que no le corresponde. Aunque este porcentaje es pequeño teniendo en cuenta las pocas variables predictoras, es importante si se considera que el aspecto evaluado es el

pensamiento de suicidio. Un error de clasificación en este punto podría traer consecuencias importantes, sobre todo si el fallo consiste en calificar como "no suicida" a un sujeto que sí lo es.

La variable "predictora" más importante es la depresión, ya que es la que cuenta en ambos discriminantes con un valor mayor de la "F de salida". Además de esta variable, las razones para vivir, la desesperanza, el autoconcepto, el estrés y el afrontamiento maladaptativo y, en menor medida, el rendimiento son, asimismo, "predictores" del pensamiento de suicidio. En relación al modelo socioindividual propuesto se comprueba, por tanto, que, excepto la soledad, las variables que forman el hipotético "estado mental suicida" (depresión, desesperanza, razones para vivir, autoconcepto), así como el estrés, dentro del "contexto social inmediato", y el afrontamiento ineficaz, dentro del entramado individual, predicen en buena medida el pensamiento de suicidio.

Pormenorizando un poco más en función de las dimensiones del autoconcepto, de las razones para vivir y del afrontamiento, se comprueba que la "autovalía personal" seguida de la "dimensión social del autoconcepto" son los factores más "predictores" del pensamiento de suicidio de toda la escala de autoconcepto. Por parte de las razones para vivir, la dimensión denominada "visión optimista de la vida y de la autoeficacia" es la que predice mejor el pensamiento de suicidio, seguida del "miedo al suicidio" y las "razones

morales". El "consumo de alcohol o drogas" es el factor del afrontamiento más "discriminante" , seguido del "afrontamiento activo y la planificación".

Las funciones discriminantes en ambos análisis correlacionan en la dirección esperada con las variables propuestas por el modelo. Esto es, correlacionan positivamente con depresión, desesperanza, estrés, soledad y afrontamiento maladaptativo, así como con todas las dimensiones que lo componen ("consumo de alcohol o drogas", "negación", "desvinculación conductual" y "desvinculación mental"), y con el número de suspensos en el curso pasado.

En cambio, las correlaciones con el autoconcepto y todas sus dimensiones ("autovalía personal", "autoconcepto académico", "dimensión social del autoconcepto", "dimensión física del autoconcepto"), con las razones para vivir y sus factores ("visión optimista de la autoeficacia y vida", "razones morales", "responsabilidad con la familia", "miedo al suicidio", "miedo a la desaprobación social") y con el afrontamiento adaptativo y los aspectos que los componen ("búsqueda de apoyo social", "afrontamiento activo y planificación") son negativas.

En resumen, puede afirmarse que las variables psicosociales propuestas por el modelo socioindividual e incluidas en este estudio predicen en buena medida el pensamiento de suicidio, siendo los predictores más

potentes la depresión, las razones para vivir, la desesperanza, el autoconcepto, el estrés y el afrontamiento maladaptativo. Dentro de las razones para vivir, el aspecto más importante en la predicción del suicidio es la "visión optimista de la vida y de la propia capacidad de afrontamiento", seguida del "miedo al suicidio" y de las "razones morales". La dimensiones del autoconcepto más "predictoras" son, por orden de importancia, la "autovalía personal", y la "dimensión social del autoconcepto". Los estilos de afrontamiento que mejor discriminan entre los "suicidas" y "no suicidas" son el "consumo de alcohol o drogas", por parte del afrontamiento maladaptativo y el "afrontamiento activo y la planificación", dentro del afrontamiento maladaptativo.

VIII.4.3.- EXPLICACION DEL PENSAMIENTO DE SUICIDIO A TRAVES DE ASPECTOS PSICOSOCIALES

De la misma forma que en el estudio de la predicción de la dicotomía "suicida-no suicida", se han realizado dos análisis discriminantes, uno con las puntuaciones totales y otro con las puntuaciones de las subescalas en las variables multidimensionales, el estudio de la posibilidad explicativa de las variables incluidas en el estudio se hace a través de dos análisis de regresión múltiple, uno para las puntuaciones totales y otro para las

puntuaciones de las subescalas en los aspectos multifactoriales [242].

VIII.4.3.1.- ANALISIS DE REGRESION MULTIPLE CON PUNTUACIONES TOTALES

En la Tabla VIII.25 se recogen los resultados globales del análisis de regresión múltiple realizado tomando como variables "explicativas" el estrés, el afrontamiento adaptativo y maladaptativo, la soledad, la depresión, la desesperanza, las razones para vivir, el rendimiento y la consideración académica paterna y personal.

PASO	R. MULT.	R^2	R^2 AJUST	F	SIF.F		VARIABLE	C.BETA	ETIQUETA
1	.5481	.3004	.29974	442.746	.000	In:	DEPPTBL	.5481	Depresión
2	.5940	.3529	.35161	280.816	.000	In:	RFLPTB	-.2303	Razones para vivir
3	.6228	.3878	.38606	217.314	.000	In:	DESPTBL	.2026	Desesperanza
4	.6317	.3991	.39672	170.663	.000	In:	AUTPTBX2	-.1237	Autoconcepto
5	.6389	.4083	.40537	141.709	.000	In:	INFMPTL	.0997	Estrés
6	.6443	.4151	.41164	121.340	.000	In:	COPMA	.0883	Afront. maladaptativo

TABLA VIII.25. Resultados globales del análisis de regresión múltiple realizado con puntuaciones totales

Las variables incluidas en la ecuación como variables explicativas son, por orden de entrada, la depresión, las razones para vivir, la desesperanza, el autoconcepto, el estrés y el afrontamiento maladaptativo. La proporción de variabilidad de pensamiento de suicidio explicada por este conjunto de variables es del 41% (R^2). La depresión por sí misma explica un 30% de la varianza del

[242] Se recuerda que los aspectos multidimensionales son el autoconcepto, las razones para vivir y el afrontamiento. Para el resto de variables unidimensionales se incluyen en los dos análisis de regresión las puntuaciones totales de la escala.

pensamiento de suicidio y, por tanto, es, con mucho, el aspecto más explicativo. La correlación múltiple de estos aspectos explicativos con el pensamiento de suicidio es .64 (R. Mult.).

VIII.4.3.2.- ANALISIS DE REGRESION MULTIPLE CON FACTORES Y PUNTUACIONES TOTALES

Como se ha explicado en el segundo análisis de regresión se incluyen las puntuaciones totales de las subescalas de las variables multidimensionales (razones para vivir, autoconcepto, afrontamiento) y las puntuaciones totales de las escalas unidimensionales. Los resultados del análisis aparecen en la Tabla VIII.26.

PASO	R. MULT.	R^2	R^2 AJUST	F	SIF.F		VARIABLE	C.BETA	ETIQUETA
1	.5481	.3004	.29974	442.746	.000	In:	DEPPTBL	.5481	Depresión
2	.6077	.3693	.36810	301.591	.000	In:	RFLF1X2	-.2679	Optimismo vida-autoef.
3	.6388	.4080	.40630	236.420	.000	In:	AUTOF2X2	-.2188	Autovalía personal
4	.6512	.4241	.42183	189.232	.000	In:	COPF6L	.1291	Consumo alcohol-drogas
5	.6587	.4338	.43107	157.384	.000	In:	INFMPTL	.1027	Estrés
6	.6647	.4418	.43854	135.345	.000	In:	RFLF4	-.0958	Razones morales
7	.6686	.4470	.44326	118.377	.000	In:	DESPTBL	.0855	Desesperanza

TABLA VIII.26. Resultados globales del análisis de regresión múltiple realizado con puntuaciones totales y factores

Como puede observarse, las variables seleccionadas como "explicativas" del pensamiento de suicidio son, por orden de inclusión en la ecuación, la depresión, la "visión optimista de la vida y de la autoeficacia", la "autovalía personal", el "consumo de alcohol o drogas", el estrés, las "razones morales" y la desesperanza. El conjunto de estos aspectos psicosociales explica

prácticamente el 45% de la variabilidad del pensamiento de suicidio, siendo la depresión la variable con mayor poder "explicativo" (30%) (R^2). La correlación múltiple con la ideación suicida es de .67 (R. Mult.)

VIII.4.3.3.- CONCLUSIONES EN RELACION AL PODER EXPLICATIVO DE FACTORES PSICOSOCIALES

Los dos análisis de regresión llevados a efecto para medir el poder "explicativo" de los aspectos incluidos en este estudio indican que un total de 6 o 7 variables psicosociales explican entre un 40 y un 45% de la variabilidad en el pensamiento de suicidio, proporción bastante aceptable si se tiene en cuenta que el fenómeno psicológico estudiado es multideterminado y que son muy pocas las variables incluidas en la ecuación.

La depresión es, con mucha diferencia respecto a las demás, la variable que más explica la varianza en la ideación suicida. De lejos, le siguen en poder explicativo las razones para vivir, entre las que destaca la dimensión denominada "visión optimista de la vida y de la propia capacidad de afrontamiento" y las "razones morales", el autoconcepto, especialmente el factor de "autovalía personal", el estrés, la desesperanza y el afrontamiento maladaptativo, donde toma especial importancia el "consumo de alcohol o drogas".

A pesar del poder explicativo de las variables mencionadas,

queda, aproximadamente, un 55% de varianza de pensamiento de suicidio sin explicar, cuya comprensión debe ser objetivo prioritario de los estudiosos del tema.

VIII.4.4.- CONCLUSIONES EN TORNO A LA POSIBILIDAD DE EXPLICAR Y PREDECIR EL PENSAMIENTO DE SUICIDIO A TRAVES DE ASPECTOS PSICOSOCIALES

En la comprobación de la hipótesis se ha entendido el pensamiento de suicidio de dos formas, como variable dicotómica y como variable continua. La predicción del grado de suicidio y la clasificación de los sujetos según su pertenencia al "grupo suicida" o "no suicida" se realiza a través de análisis discriminante. Para comprender la variabilidad del grado de pensamiento de suicidio, entendiendo éste como un continuo, se ha utilizado el análisis de regresión múltiple.

Los resultados de ambos analisis indican que el aspecto que más explica y predice el pensamiento de suicidio es la depresión, la cual explica un 30% de la variabilidad de la ideación suicida. Además de la depresión, las razones para vivir, la desesperanza, el autoconcepto, el estrés y el afrontamiento maladaptativo tienen poder predictivo-explicativo del pensamiento autodestructivo. Especificando más, dentro de las razones para vivir, la dimensión más importante en relación a la comprensión del

pensamiento de suicidio es la "visión optimista de la vida" y de la propia capacidad de afrontamiento", seguida de las "razones morales", del "miedo al suicidio". De los factores del autoconcepto, la "autovalía personal" es la que predice mejor el suicidio, seguida de la "dimensión social del autoconcepto". El "consumo de alcohol o drogas" es el modo de afrontar ineficazmente los problemas que explica mejor la ideación suicida.

Estos datos indican que, para la prevención de la conducta suicida, en este caso de la ideación, es importante detectar la sintomatología depresiva y la desesperanza y fomentar las razones para vivir, sobre todo la "visión optimista de la vida y de la propia capacidad de afrontamiento". Asimismo, se considera necesario favorecer el desarrollo del autoconcepto en nuestros adolescentes, haciendo hincapié en el sentimiento de "autovalía personal" y en la "dimensión social del autoconcepto". Por otra parte, la formación en estrategias adecuadas de afrontamiento que sustituyan conductas tales como el "consumo de alcohol o drogas" supone otro de los objetivos de la prevención.

En relación con el modelo socioindividual propuesto, se confirma el poder explicativo del estrés, como variable del "contexto social inmediato" de la conducta suicida y del afrontamiento maladaptativo, como integrante del "entramado individual" de dicho comportamiento. Asimismo, se comprueba la existencia de un "estado mental suicida" compuesto por un nivel alto de

depresión y desesperanza, pocas razones para vivir y un bajo autoconcepto. Entre las variables que no confirman su poder predictivo están el afrontamiento adaptativo, integrante del "entramado individual" de la conducta suicida y, la soledad, uno de los aspectos incluidos en el mencionado "estado mental suicida".

Los resultados arrojados tanto por los análisis discriminantes como por los análisis de regresión múltiple indican que la predicción y la explicación del pensamiento de suicidio distan mucho de ser completas. Un 15% de sujetos queda incluido en el grupo que no le corresponde en función de su grado de ideación suicida y un, aproximadamente, 55% de la variabilidad de pensamiento de suicidio queda sin explicación. De estos datos se puede deducir que la comprensión de la ideación suicida no puede hacerse solamente a través de las variables psicosociales incluidas en este estudio empírico. Es preciso un acercamiento multidisciplinar para estudiar la conducta autodestructiva.

IX- CONCLUSIONES

El objetivo primordial de esta investigación ha sido conocer las variables que se relacionan y pueden explicar el pensamiento de suicidio en una muestra de adolescentes del territorio histórico de Bizkaia. Las variables que hipotéticamente se han planteado como explicativas del pensamiento de suicidio aparecen articuladas en un modelo teórico, cuya validez -al menos de una parte del mismo- se ha intentado confrontar en este trabajo.

La imposibilidad tanto por parte de la orientación sociológica como de la orientación meramente individual de dar razón de un comportamiento tan complejo como el suicidio conduce a los teóricos de la autodestrucción a plantearse la posibilidad de conjuntar ambas perspectivas y a considerar el suicidio desde la multidimensionalidad. La mayoría de las interpretaciones interdisciplinares del suicidio entienden este fenómeno como resultado de la vulnerabilidad al estrés.

Los modelos de vulnerabilidad psicosocial y biopsicosocial son el pilar desde el que comprender la propuesta teórica presentada en este trabajo. El modelo socioindividual integrado de la conducta suicida constituye un intento más de aunar la perspectiva social y la perspectiva individual en la comprensión de la conducta suicida. Se propone un modelo que se pretende socioindividual, integrado, explicativo, circular, multidireccional, compensatorio, combinatorio, abierto, predictivo y preventivo.

La perspectiva socioindividual defiende que existe un contexto-socioindividual donde situar la conducta suicida, compuesto por el contexto social general, el contexto social inmediato y el entramado individual. El sujeto se desarrolla en una sociedad, en un contexto social general, en el que se incluyen factores tales como las normas sociales y la regulación social, la valoración del suicidio y las actitudes sociales hacia la autodestrucción, el papel de los medios de comunicación, etc. Pero además, el sujeto está situado en un entorno específico, que constituye el contexto social inmediato, donde aspectos como los acontecimientos estresantes, el apoyo social, las características sociodemográficas, etc. deben tenerse en cuenta al tratar de comprender la conducta suicida. Por otra parte, las características biológicas del sujeto, las posibles enfermedades psiquiátricas, las características de su personalidad, el modo de afrontar los problemas y la tolerancia al estrés son algunos de los factores a tener en cuenta al considerar el posible riesgo de conducta suicida en un sujeto.

Además de un contexto socioindividual de la conducta suicida, el modelo propuesto defiende la existencia del denominado por RICH Y BONNER (1991) "estado mental suicida" compuesto por una serie de variables psicológicas que acompañan a la conducta suicida; éstas son, la depresión, la desesperanza, el sentimiento de soledad, la ausencia de razones para vivir y el bajo autoconcepto y las expectativas de eficacia del suicidio.

El modelo socioindividual integrado de la conducta suicida defiende una relación dinámica y transaccional entre las variables incluidas en la propuesta y entre éstas y el suicidio. La multiplicidad de variables, la diferente naturaleza de las mismas y las posibles relaciones circulares entre ellas, hacen casi imposible, en el estado actual del conocimiento, la comprobación empírica de esta proposición teórica. La "aplicación práctica" del modelo socioindividual supone una simplificación de dicho modelo en aras de conseguir la posibilidad de probar con la experiencia el modelo, o mejor, parte del modelo teórico.

La simplificación de la proposición a través de la denominada "aplicación práctica" del modelo supone fundamentalmente la limitación a algunos de los aspectos psicosociales incluidos en la propuesta global. Así, el estrés sufrido por el sujeto y sus estilos de afrontamiento suponen las dos variables que forman parte del contexto socioindividual de la conducta suicida, del contexto social inmediato, la primera y del entramado individual, la segunda. Las mayoría de las variables psicológicas incluidas en el "estado mental suicida" se mantienen en la "aplicación práctica", así, se consideran la soledad, la depresión, la desesperanza, el autoconcepto y las razones para vivir. Por último, el tipo de conducta suicida en la que se centra este estudio es el pensamiento de suicidio, ya que, considerando la conducta suicida como un continuo, el estudio de la ideación supone un primer paso para la predicción y la prevención.

Además de las limitaciones de la "aplicación práctica" del modelo socioindividual en lo que se refiere al número de variables incluidas en el estudio, hay que añadir las restricciones en lo que se refiere a la "multidireccionalidad" en las relaciones entre las variables. Aún admitiendo desde la reflexión abstracta cierta circularidad, las asociaciones entre los factores incluidos se plantean en una única dirección que va desde el contexto socioindividual hasta el pensamiento de suicidio, pasando por el "estado mental suicida".

La comprobación de la "aplicación práctica" del modelo socioindividual se realiza a través de la formulación de tres hipótesis fundamentales. La primera propone la diferencia en el nivel de "estado mental suicida" en función del nivel de estrés y del nivel de utilización de afrontamiento. El objetivo de esta hipótesis es probar si determinadas variables del contexto socioindividual de la conducta suicida (el estrés y el afrontamiento) pueden explicar el grado de "estado mental suicida". Se propone que la interacción del estrés con la capacidad de afrontamiento puede dar lugar a diferencias en el grado de "estado mental suicida".

La segunda hipótesis plantea que diferentes niveles de estrés y afrontamiento y su interacción pueden dar lugar a distintos niveles del pensamiento de suicidio, incluso independientemente del efecto del "estado mental suicida". Ambas hipótesis se desglosan en dos subhipótesis con el

objetivo de comprobar empíricamente la existencia de un estilo de afrontamiento adaptativo y un tipo de afrontamiento disfuncional.

Por último, la tercera hipótesis plantea que las variables incluidas en el contexto socioindividual del suicidio y en el "estado mental suicida" y presentes en este estudio pueden predecir el pensamiento de suicidio.

Para la comprobación de estas hipótesis se ha seleccionado al azar una muestra proporcional por comarca y tipo de estudios de 1033 adolescentes de Bizkaia, a quienes se les ha aplicado de forma colectiva un cuestionario de aproximadamente 45 minutos de duración. La operacionalización de las variables incluidas en la investigación se ha realizado a través de formas abreviadas, traducidas y adaptadas de instrumentos originales diseñados para la medición de los aspectos en cuestión, cuya fiabilidad y validez está sobradamente comprobada. Las formas adaptadas utilizadas en esta investigación mantienen una estructura dimensional similar a las escalas originales y han mostrado, como éstas, ser fiables y válidas.

Los análisis estadísticos llevados a cabo para la comprobación de las hipótesis han sido los siguientes: Análisis Multivariado de la Varianza Factorial (Hipótesis I); Análisis de la Varianza Factorial y Análisis de Varianza Factorial con covarianzas (Hipótesis ,II); y Análisis Discriminante Múltiple y Análisis de Regresión Múltiple (Hipótesis III). Asimismo, para la exploración

descriptiva de los datos se han realizado Análisis de Varianza Unidireccionales y tests "Ji cuadrado". Todas estas técnicas han sido aplicadas con rigurosidad, tras un proceso minucioso de depuración de datos.

Con anterioridad a la comprobación de cada una de las hipótesis se ha realizado un estudio descriptivo de los aspectos incluidos en la investigación, con el objetivo principal de conocer el grado medio de bienestar/malestar psicológico y de ideación suicida entre los adolescentes de la muestra, así como la diferenciación en función de los distintos grupos formados en base a características estructurales (tipo de estudios, tipo de centro, sexo, edad) y a aspectos académicos (rendimiento, consideración académica paterna y consideración académica personal).

A continuación se van a presentar las conclusiones generales tanto del análisis exploratorio de los datos como de la comprobación de las hipótesis de trabajo.

De los resultados ofrecidos por los datos exploratorios se puede concluir que:

1. Existe relación entre la mayoría de los aspectos incluidos y los aspectos académicos. Así parece ocurrir con el estrés, con el afrontamiento y con el

denominado "estado mental suicida" [243].

2. El sexo es la variable estructural que implica mayores diferencias en los aspectos estudiados. En este sentido, se puede comprobar que las mujeres tienen niveles más altos de depresión y un menor autoconcepto, excepto en el aspecto social, así como un nivel mayor de ideación suicida que los hombres. Sin embargo, presentan más razones importantes para vivir que éstos últimos [244].

3. A nivel general, se puede afirmar que hay un porcentaje considerable de adolescentes que piensan en el suicidio de una forma más o menos seria y continuada, que se situaría alrededor del 10%. Afortunadamente, la relación entre el nivel de pensamiento de suicidio y la realización de actos autodestructivos no es directa ni total. Sin embargo, se deberían tomar

---

[243] Por ejemplo, las estrategias "maladaptativas" para afrontar los problemas son utilizadas más frecuentemente por las personas con peor rendimiento escolar y consideración académica personal y paterna, en tanto que el afrontamiento "adaptativo" es más usual entre los alumnos con una valoración académica positiva. Por otra parte, la situación académica negativa se asocia a mayores sentimientos de depresión, de desesperanza y de soledad, a un menor autoconcepto y a un mayor grado de pensamiento de suicidio.

[244] Este resultado puede explicar porqué los varones afirman en mayor número la posibilidad futura de suicidarse, lo que concuerda con los estudios que afirman que las mujeres tienen más ideación suicida que los hombres, intentan suicidarse en mayor proporción que los hombres y, sin embargo, se suicidan menos que ellos ya que realizan actos menos letales (HAWTON, OSBORN et al.1982; DOOLEY, 1990; PLATT, BILLE-BRAHE et al. 1992; SIMONS Y MURPHY, 1985; KIENHORST, DE WILDE et al. 1990, entre otros).

precauciones y realizar un seguimiento de este "grupo de riesgo" [245].

La comprobación de la relación entre el estrés y el afrontamiento y el "estado mental suicida" formulada en la Hipótesis I. lleva a las siguientes conclusiones:

4. El estrés por sí mismo se relaciona con dicho estado mental, resultando que un mayor nivel de estrés se asocia a un mayor nivel en variables "negativas" tales como la depresión, la desesperanza y la soledad y a un menor grado en las variables "positivas" como el autoconcepto y las razones para vivir (Subhipótesis I.1 y Subhipótesis I.2).

5. El afrontamiento general se relaciona con el "estado mental suicida", como conjunto y con la mayoría de las variables que lo componen. Una mayor utilización de afrontamiento general se asocia a un nivel menor de soledad, más razones para vivir, más autoconcepto y más depresión. No aparecen diferencias importantes en el grado de desesperanza (Subhipótesis I.1).

6. El afrontamiento adaptativo y maladaptativo tienen un comportamiento diferente en relación al "estado mental suicida". El afrontamiento adaptativo se asocia a un nivel menor de "estado mental suicida" en tanto que el

---

[245] Hay que tener en cuenta que este porcentaje se ha obtenido en una muestra "escolarizada" y, presumiblemente "adaptada". Es de esperar que el nivel de ideación suicida sea mayor entre los colectivos "marginales".

afrontamiento maladaptativo se relaciona con un nivel mayor de "estado mental suicida" [246] (Subhipótesis I.2).

7. Se confirma en cierta medida la teoría de la vulnerabilidad propuesta por el modelo, en el sentido de que la interacción del estrés con una alta utilización de afrontamiento maladaptativo se relaciona con un nivel más alto de "estado mental suicida" [247], sobre todo de soledad (Subhipótesis I.2).

8. La interacción de los dos estilos de afrontamiento con el estrés solo se ve confirmada en el caso del autoconcepto, una de las variables que forman el "estado mental suicida". Este es el único caso en que queda probado el hipotético papel del afrontamiento adaptativo como "amortiguador" de los efectos del estrés (Subhipótesis I.2).

Con respecto a la relación entre el estrés y el afrontamiento con el pensamiento de suicidio, estudiada en la Hipótesis II, los resultados indican que:

9. Un alto nivel de estrés se asocia con un mayor grado de pensamiento de

---

[246] En este sentido se confirma la teoría de CARVER et al. (1989) que afirma la existencia de estilos de afrontamiento transituacionales que son, en general, "eficaces" y de estilos que pueden considerarse "ineficaces" o maladaptativos por su efecto en la mayoría de los casos.

[247] La excepción viene dada por las razones para vivir, las cuales se benefician de la utilización de todo tipo de afrontamiento, sea ésta considerado o no "adaptativo".

suicidio, aún neutralizando las variables del "estado mental suicida" (Subhipótesis II.1 y Subhipótesis II.2).

10. El afrontamiento general no se relaciona con el pensamiento de suicidio y, si lo hace una vez neutralizadas algunas variables del "estado mental suicida", principalmente las razones para vivir, afecta negativamente, esto es, aumentando el grado de ideación suicida (Subhipótesis II.1).

11. No se da ninguna interacción entre el estrés y la utilización de afrontamiento general (Subhipótesis II.1).

12. El comportamiento del afrontamiento adaptativo y el maladaptativo en relación con el pensamiento de suicidio es diferente. Una mayor utilización de afrontamiento maladaptativo se asocia a un mayor nivel de pensamiento de suicidio, en tanto que una mayor utilización de afrontamiento adaptativo se relaciona, en principio, con menos pensamiento de suicidio (Subhipótesis II.2).

13. La relación del afrontamiento adaptativo con el pensamiento de suicidio parece deberse a la relación que, de hecho, tienen algunas variables del "estado mental suicida" con la ideación suicida, por ejemplo, el autoconcepto.

14. No se confirma ninguna interacción del estrés con los estilos de afrontamiento en relación al pensamiento de suicidio. Es decir, no se comprueba la hipotética vulnerabilidad al estrés en sujetos que no afrontan eficazmente los problemas ni el papel amortiguador del afrontamiento adaptativo propuesto por el modelo socioindividual [248].

A través de la Hipótesis III se pretende conocer la posibilidad predictiva/explicativa de los aspectos psicosociales incluidos en este estudio. Los resultados indican que:

15. La depresión es el aspecto que mejor explica la variabilidad de la ideación suicida.

16. Además de este aspecto, las razones para vivir, la desesperanza, el autoconcepto, el estrés y el afrontamiento maladaptativo contribuyen a la explicación del pensamiento de suicidio.

17. Especificando más, la "visión optimista de la vida y de la propia capacidad de afrontamiento" es la dimensión de las razones para vivir que mejor predice el pensamiento de suicidio, seguida de las "razones morales" y del "miedo al suicidio". Dentro del autoconcepto, el aspecto que más explica

[248] Estos resultados son coincidentes con los obtenidos por BONNER Y RICH (1988a), los cuales indican que el estrés no interactúa con los factores de "vulnerabilidad" propuestos para dar razón de las diferencias en pensamiento de suicidio, sino que tanto el estrés como el resto de los factores tienen efectos directos en la ideación suicida.

la ideación suicida es la "autovalía personal", seguida de la "dimensión social del autoconcepto". De los estilos de afrontamiento maladaptativos, el más importante en relación a la conducta suicida aquí estudiada es el "consumo de alcohol o drogas".

18. Se confirma el poder explicativo del estrés, como variable del "contexto social inmediato", y del afrontamiento maladaptativo, como variable del "entramado individual".

19. No se comprueba el poder predictivo del "afrontamiento adaptativo", componente, asimismo, del "entramado individual".

20. Se confirma la existencia de un "estado mental suicida" caracterizado por niveles altos de depresión y desesperanza, pocas razones para vivir y un bajo autoconcepto. La soledad, uno de los componentes del hipotético "estado mental suicida", no confirma su poder predictivo [249].

Las implicaciones que tienen estos resultados en relación al modelo socioindividual en general y a la "aplicación práctica" en particular son

---

[249] La exclusión de la soledad como aspecto explicativo de la ideación suicida no es coincidente con los resultados del estudio realizado por BONNER Y RICH (1987), aunque la causa de esta diferencia podría estar en la utilización de instrumentos distintos para la medición de la ideación suicida. De hecho, otro estudio realizado por RICH, KIRKPATRICK-SMITH et al. (in press) indica que la depresión, la desesperanza, el abuso de sustancias y las pocas razones para vivir explican el pensamiento de suicidio en adolescentes, en tanto que la soledad queda excluido como predictor.

las siguientes:

21. Se confirma la inclusión del estrés y del afrontamiento maladaptativo, tanto por las relaciones que tienen cada uno de ellos con el "estado mental suicida" como por sus relaciones directas con el "pensamiento de suicidio".

22. El afrontamiento adaptativo incide en el "estado mental suicida" pero no en el "pensamiento de suicidio", donde su efecto parece confundirse con el efecto del autoconcepto.

23. Los resultados aparentemente "sorprendentes" en relación a la utilización del afrontamiento general llevan a concluir que lo importante no es afrontar los problemas sino hacerlo de un modo eficaz. Más que de afrontamiento general debe hablarse de afrontamiento adaptativo y afrontamiento maladaptativo.

24. La vulnerabilidad al estrés, a través de la interacción del estrés con el estilo de afrontamiento maladaptativo parece confirmarse en cierta medida para el "estado mental suicida" en su conjunto y para la soledad, en concreto, aspecto que, como se comentado, parece no formar parte del mencionado "estado mental suicida", aunque correlacione con él.

25. El papel amortiguador del afrontamiento adaptativo en relación a los efectos del estrés en el "estado mental suicida" solo se comprueba para el autoconcepto.

26. Queda confirmada, como se ha dicho, la existencia de un "estado mental suicida" caracterizado por un nivel alto de depresión y desesperanza, bajo autoconcepto y pocas razones para vivir que, junto con el estrés y el afrontamiento maladaptativo, explican en buena medida el pensamiento de suicidio. La depresión es el aspecto que mejor predice el proceso de ideación autodestructiva.

27. Tras la consideración conjunta de todos los aspectos explicativos todavía una importante proporción (55%) de variabilidad en el pensamiento de suicidio queda sin explicación, lo cual indica la necesidad de considerar otros aspectos además de los ya incluidos en la "aplicación práctica" del modelo que pueden relacionarse con este tipo de comportamiento autodestructivo.

En definitiva, se comprueba que el modelo socioindividual propuesto es integrado, ya que relaciona una serie de variables en un conjunto; es explicativo y predictivo, porque incluso las pocas variables consideradas en la "aplicación práctica" explican una proporción importante de la variabilidad del pensamiento de suicidio; es compensatorio, ya que se confirma que no es

necesaria la presencia de todas las variables para que se dé la conducta suicida; y es combinatorio, porque la combinación de varios factores aumenta la predisposición a la ideación suicida.

Los resultados obtenidos en esta investigación tienen, asimismo, importantes implicaciones para la prevención de la conducta suicida. La detección precoz de síntomas depresivos y de desesperanza, el fortalecimiento de razones para vivir, especialmente de la "visión optimista de la vida y autoeficacia" y el desarrollo del autoconcepto, especialmente de la "autovalía personal", así como la corrección de conductas de afrontamiento "maladaptativas", tales como el consumo de alcohol o drogas son objetivos prioritarios en la prevención de la ideación suicida en adolescentes y, por tanto, de conductas suicidas más letales.

Como indican los datos exploratorios, todos estos aspectos explicativos de la conducta suicida están relacionados con factores académicos. Dado que gran parte de la vida del adolescente gira en torno al ámbito educativo, la responsabilidad y posibilidades de los profesionales de la educación en la detección precoz y prevención de la conducta suicida son una consecuencia directa. La formación de dichos profesionales en este área lograría un aprovechamiento más "eficaz" de este recurso.

Hay que ser conscientes de las limitaciones de esta investigación,

cuyo conocimiento permite hacer ciertas sugerencias para posibles desarrollos posteriores de este estudio. En primer lugar, se ha realizado una "simplificación" del modelo socioindividual propuesto, con una reducción de variables y de relaciones. En este sentido, el estudio se ha encaminado a la comprobación de una parte de dicho modelo.

Esta primera limitación enlaza con la segunda; a saber, que a través de los aspectos psicosociales propuestos se explica cierta variabilidad de la conducta suicida pero queda una importante parte sin explicar. Quizás la consideración de todos o la mayoría de los factores incluidos en el modelo lograra ampliar de forma importante la proporción de variabilidad explicada.

La tercera limitación viene de la mano de las técnicas estadísticas empleadas, de las cuales no puede inferirse relación de causa-efecto. Sin embargo, la calidad "exploratoria" de este trabajo justifica los análisis realizados, que ayudan a comprender las relaciones entre los aspectos estudiados y el pensamiento de suicidio, así como a suponer la dirección de tales asociaciones.

La cuarta limitación es que el análisis y la comprensión del pensamiento de suicidio se ha llevado a cabo en población "normal" de adolescentes, y, por tanto, no puede asegurarse que las relaciones comprobadas entre las variables puedan generalizarse a la población "clínica"

o a otro grupo de edad. Sería conveniente la realización de investigaciones que refutaran estos resultados entre pacientes psiquiátricos y entre otros grupos de edad.

La comprobación del modelo socioindividual de conducta suicida se ha realizado sobre el pensamiento de suicidio, una de las múltiples formas de conducta autodestructiva existentes. El estudio de las relaciones de las variables propuestas con otro tipo de comportamientos suicidas es un camino abierto que conduce a la comprobación y perfeccionamiento del modelo propuesto.

Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, el estudio en cuestión ha supuesto, en primer lugar, un acercamiento a la problemática psicológica del adolescente de nuestro entorno, a sus sentimientos y problemas e, incluso a la incidencia de pensamiento de suicidio, aspecto del que no se tenía prácticamente ningún conocimiento comprobado, científico y serio. En segundo lugar, ha permitido comprender, en una medida importante, la conducta suicida, especialmente la ideación suicida y explicar una proporción importante de su variabilidad a través de muy pocas variables psicosociales. En tercer lugar, es la primera investigación prospectiva de la conducta suicida realizada desde una perspectiva psicosocial que se conoce en nuestro país. La importancia de los estudios prospectivos radica en la posibilidad de prevención y seguimiento. Por último, este trabajo supone una revisión completa y

sintetizada no sólo de las investigaciones realizadas hasta el momento en lo que se refiere a la conducta suicida, sino de todas las variables incluidas en la comprobación empírica del modelo (el estrés, el afrontamiento, la soledad y el apoyo social, el autoconcepto, la depresión, la desesperanza y las razones para vivir) y de las relaciones entre éstas y el suicidio.

Esta investigación ha demostrado que el suicidio es un tema del que puede y debe tratarse con seriedad y cientificidad dado que el conocimiento profundo sobre el problema es el primer paso para una prevención e intervención eficaces. Este trabajo ha contribuido, a través del cumplimiento de sus objetivos, a este propósito.

Este estudio deja una puerta abierta no solo a diversas investigaciones destinadas a comprobar, enriquecer y perfeccionar el modelo socioindividual propuesto, sino también al diseño de programas de intervención y prevención de la conducta suicida.

BIBLIOGRAFIA

ABRAHAM, K. (1911). "Notes on the psychoanalytic Investigation and Treatment of Mani-depressive Insanity and Alliel Conditions". *Selected Papers on Psichoanalysis* (1960), 137-156. Nueva York: Basic Books. Citado por MENDELS, J. (1982). *La Depresión*. Barcelona: Herder.

ABRAMSON, L. Y., GARBER, J. Y SELIGMAN, M. E. P. (1980). "Learned Helplessness in Humans: An Attributional Analysis". En J. GARBER Y M. E: P. SELIGMAN (Eds.). *Human Helplessness*. New York: Academic Press.

ABRUZZI, W. A. (1985). "Suicide in Adolescents and Young Adults". Paper Presented at the American Association of Suicidologist in Toronto.

ACHILLE-DELMAS, I. (1932). *Psycho-pathologie du suicide*. Paris: Alcau. Citado por ESTRUCH, J; CARDUS, S.(1982). *Los suicidios*. Barcelona: Herder.

ADAM, K. S., LOHRENX, J. G., HARPER, D. Y STREINER, D. (1982). "Early Parental Loss and Suicidal Ideation In University Students". *Canadian Journal of Psychiatry, 27*, 275-281.

ADORNO, T. W. FRENKEL-BRUNSWICK, E.,LEVINSON, D. J. Y SANFORD, R. N. (1950). *The Autoritharian Personality*. New York: Harper. Citado por NEURINGER, C. (1964). "Rigid Thinking in Suicidal Individuals". *Journal of Consulting Psychology, 28*, 1, 54-58.

ALLBERG, W. R. Y CHU, L. (1990). "Understanding Adolescent Suicide: Correlates in a Developmental Perspective". *The School Counselor, 37*, 343-350.

ALLEN, N. (1977). "History and Background of Suicidology". En C. L. HAWTON; S. M. VALENTE Y A. RINK (Eds.). *Suicide. Assessment and Intervention*. Nueva York: Appleton-Century Crofts.

ALLEN, B. P. (1987). "Youth Suicide". *Adolescence, 22*, 86, 271-290.

ALLEN, J. G., COLSON, D. B. Y COYNE, L. (1988). "Organic Brain Dysfunction and Behavioral Dyscontrol in Difficult-to-treat Psychiatric Hospital Patients". *Integrative Psychiatry, 6*, 2, 120-125.

ALLOY, L. B Y ABRAMSON, L. Y. (1980). "The Cognitibve Component of Human Helplessness and Depression: A Critical Analysis". En J. GARBER Y M. E. P. SELIGMAN (Eds.). *Human Helplessness*. New York: Academic Press.

ALLOY, L. B. Y ABRAMSON, L. Y. (1988). "Depressive Realism: Four Theoretical Perspectives". En L. B. ALLOY (Ed.). *Cognitive Processes in Depression*. New York, London: The Guildford Press.

ALLOY, L. B., ABRAMSON, L. Y., METALSKY, G. I. Y HARTLADGE, S. (1988). "The Hopelessness Theory of Depression: Attributional Aspects". *The British Psychological Society, 27*, 5-21.

ALONSO-FERNANDEZ, F. (1988). *La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico*. Barcelona: Editorial Labor S.A.

AMARAL, M. (1989). "Suicidio, depressao e actividade neurohumoral". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 38*, 1, 31-35.

ANDERSON, D. R. (1981). "Diagnosis and Prediction of Suicidal Risk among Adolescent". En C. F. WELLS Y I. R. STUART (Eds.). *Self-Destructive Behavior in Children and Adolescent*. New York: Van Nostrand Meinhold Company.

ANDREASEN, N.C. (1985). "Conceptos, Diagnóstico y Clasificación". En E. S. PAYKEL (Ed.). *Psicopatologia de los trastornos afectivos*. Madrid: Pirámide.

A.P.A. (1988). *DSM III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Traducido al castellano por P. PICHOT. Barcelona: Masson.

APPLEY, M. H. Y TRUMBULL, R. (1986) "Dynamics of Stress and Its Control". En M. H. APPLEY Y R. TRUMBULL (Ed.). *Dynamics of Stress*. New York: Plenum Publishing Corporation.

APTER, A., BLEICH, A., PLUTCHIK, R., MENDELSOHN, S. Y TYANO, S. (1988). "Suicidal Behavior, Depression, and Conduct Disorder in Hospitalized Adolescents". *Journal of American Academy of Child and Adolescent Pychiatry, 27*, 6, 696-699.

ARANA, G. W. Y HYMAN, S. (1989). "Biological Contributions to Suicide". En D. JACOBS Y H. N. BROWN (1989). *Suicide. Understanding and Responding*. Madison, Connecticut: International Universities Press.

ARCEL, L. T., MANTONAKIS, J., PETERSON, B., JEMOS, J. Y KALITERAKI, E. (1991). "Suicide Attempts among Greek and Danish Women and the Quality of their Relationships with Husbands or Boyfriends". *Acta Psychiatr. Scand. 85*, 189-195.

ARIETY, S Y BEMPORAD, J. (1981). *Psicoterapia de la depresión*. Barcelona: Paidos.

ASARNOW, J. R. Y WEINTRAUB, J. (1985). "Boys with Peer Adjustment Problems: Social Cognitive Processes". *Journal of Cosulting and Clinical Psychology, 53*, 1, 80-87.

ASARNOW, J. R. Y CARLSON. G. (1988). "Suicide Attempts in Preadolescent

Child Psychiatry Inpatients". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 18*, 2, 129-136.

ASARNOW, J. R. Y GUTHRIE, D. (1989). "Suicidal Behavior, Depression, and Hopelessness in Child Psychiatric Inpatients: A Replication and Extension". *Journal of Clinical Psychology, 18*, 2, 129-136.

ASARNOW, J. R., CARLSON, G. A., GUTHRIE, D. (1987). "Coping Strategies, Self-Perceptions, Hopelesness, and Perceived Family Environments in Depressed and Suicidal Children". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 3, 361-366.

ATKINSON, J.M. (1968). "Suicide Statistics". En A. GIDDENS (Ed.) (1983). *The Sociology of Suicide*. Londres: Frank Cass and Company Limited.

AYUSO, J.L. Y SAIZ, J. (1981). *Las depresiones. Nuevas perspectivas clínicas, etiopatogénicas y terapeúticas*. Madrid: Editora Importecnica, s.a.

BANDURA, A. (1984). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid: Espasa Calpe. 2ª Edición.

BANKSTON, W.B., ALLEN, H.D Y CUNNINGHAM, D.S. (1983). "Religión and suicide: A research note on Sociology's "One Law". *Social Forces, 62*, 2, 521-528.

BAR-JOSEPH, H. Y TZURIEL, D. (1990). "Suicidal Tendencies and Ego Identity in Adolescence". *Adolescence, XXV*, 97, 215-223.

BARKER, M. (1986). "Essai sur la Dynamique de la Tentative de Suicide durant l'Adolescence". *Revue Quebecoise de Psychologie, 7*, 3, 82-85.

BARON, R. M. Y KENNY, D. A. (1986). "The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations". *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 6, 1173-1182.

BARRERA, M. (1986). "Distinctions betwen Social Support Concepts, Measures, and Models". *American Journal of Community Psychology, 14*, 4, 413-445.

BARRERA, M. (1988). "Models of Social Support and Life Stress". En L. H. COHEN (Ed.). *Life Events and Psychological Funtioning. Theoretical and Methodological Issues*. Newsury Park, California: Sage Publications.

BARRERA, M. Y AINLAY, S. L. (1983). "The Structure of Social Support: A Conceptual and Empirical Analysis". *Journal of Community Psychology, 11*,

133-143.

BARRY, B. (1989). "Suicide: The Ultimate Escape". *Death Studies, 13*, 185-190.

BAUMEISTER, R. F. (1990). "Suicide as Escape From Self". *Psychological Review, 197*, 1, 90-113.

BAUMEISTER, R. F. Y SCHER, S. J. (1988). "Self-Defeating Behavior Pattern Among Normal Individuals: Review and Analysis of Common Self-Destructive Tendencies". *Psychological Bulletin, 104*, 1, 3-22.

BEAUMONT, G. (1989). "Suicide and Antidepressant Overdosage in General Practice". *British Journal of Psychiatry, 155*, (suppl. 6), 27-31.

BECHTOLD, D. W. (1988). "Cluster Suicide in American Indian Adolescents". *American Indian and Alaska Native Mental Health Research, 1*, 3, 26-35.

BECK, A. T. (1973). *The Diagnosis and Management of Depression.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

BECK, A. T., KOVACS, M. Y WEISSMAN, A. (1979). "Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 2, 343-352.

BECK, A. T., WEISSMAN, A., LESTER, D., Y TREXLER, L. (1974). "The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 861-865.

BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F. Y EMERY, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer s.a. Original en 1979.

BECK, A. T., STEER, R. A., KOVACS, M. Y GARRISON, B. (1985). "Hopelessness and Eventual Suicide: A 10-Year Prospective Study of Patients Hospitalized with Sucididal Ideation". *American Journal of Psychiatry, 142*, 559-563.

BENEDEK, T. (1956). "Toward the biology of the depressive constellation". *Journal of Abnormal Social Psychology, 60*, 334-339.

BERMAN, A. (1987). "Adolescent Suicide: Clinical Consultation". *Clinical Psychologist, 40*, 4, 87-90.

BERMAN, A. Y CARROLL, T. (1984). "Adolescent Suicide: A Critical Review". *Death Studies, 8*, 53-63.

BERNARD, M. E. Y JOYCE, M. R. (1984). *Rational-Emotive Therapy with Children and Adolescents*. New York: John Wiley & Sons.

BERTRAND, L. (1857). *Traité du Suicide Consideré dans ses Rapports avec la Philosophie, la Théologie, la Médicine, et la Jurisprudence*. Paris: Baillière. Citado por BERRIOS, G.E. Y MOHANNA, M. (1990). " Durkheim and French Psychiatric Views on Suicide during the 19th Century. A Conceptual History". *British Journal of Psychiatry, 156*, 1-9.

BERRIOS, G.E. Y MOHANNA, M. (1990). " Durkheim and French Psychiatric Views on Suicide during the 19th Century. A Conceptual History". *British Journal of Psychiatry, 156*, 1-9.

BETTES, B. A. Y WALKER, E. (1986). "Symptoms Associated with Suicidal Behavior in Childhood and Adolescence". *Journal of Abnormal Child Psychology, 14*, 4, 591-604.

BEUHRING, T., CUDEK, R., MEDNIK, S. A., WALKER, E. F. Y SCHULSINGER, F. (1982). "Vulnerability to Environmental Stress: High-risk Research on the Development of Schizophrenia". En R. W. J. NEUFELD (1982). *Psychological Stress and Psychopatology*. New York: McGRAW-HILL Book Company.

BIBRING, E. (1953). "The mechanism of depresssion". En GREENACRE, P. *Affective Disorders*. Nueva York: International University Press. Citado por ALLOY, L. B., HARTLAGE, S. Y ABRAMSON, L. Y. (1988). "Testing the Cognitive Diathesis-Stress Theories of Depression: Issues of Research Design, Conceptualization, and Assessment". En L. B. ALLOY (1988). *Cognitive Processes in Depression*. New York, London: The Guilford Press.

BIRTCHNELL, J. (1981). "Some Familial and Clinical Characteristics of Female Suicidal Psychiatric Patients". *British Journal of Psychiatry 138*, 381-390.

BLAI, B. (1989). "Health Consequences of Loneliness: A Review of the Literature". *Journal of American College Health, 37*, 4, 162-167.

BLANEY, P. H. (1985). "Stress and Depresssion in Adults: A Critical Review". En T. M. FIELD, P. M. McCABE Y N. SCHNEIDERMAN (Eds.). *Stress and Coping*. Hillsdale, N.J. y London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

BLOCK, P. (1989). "A Test of the Hopelessness Model of Depression". Paper presented at APA, 1989.

BOLDT, M. (1989). "Defining Suicide. Implications for Suicidal Behavior and for Suicide Prevention". En R. F. W. DIEKSTRA, R. MARIS, S. PLATT, A. SCHMIDTKE Y G. SONNECK (Eds.). *Suicide and its Prevention. The Role of Attitude and Imitation*. Leiden, New York: Brill, pp 5-13.

BOLGER, N., DOWNEY, G., WALKER, E. Y STEININGER, P. (1989). "The Onset of Suicidal Ideation in Childhood and Adolescence". *Journal of Youth and Adolescence, 18*, 2, 175-190.

BOLLEN, K. Y PHILLIPS, D. (1982). "Imitative Suicides: A National Study of the Effects of Television News Stories". *American Sociological Review, 47*, 802-809.

BONNER, R. L. (1986). "A Prospective Investigation of Suicidal Ideation in College Students: A Test of a Model". Doctoral Dissertation. Indiana University of Pennsylvania.

BONNER, R. L. (1990). "A "M.A.P." to the Clinical Assessment of Suicide Risk". *Journal of Mental Health Counseling, 12*, 2, 232-236.

BONNER, R. L. Y RICH, A. R. (1987). "Toward a Predictive Model of Suicidal Ideation and Behavior: Some Preliminary Data in College Students". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 17*, 1, 50-63.

BONNER, R. L. Y RICH, A. R. (1988a). "A Prospective Investigation of Suicidal Ideation in College Students: A Test of a Model". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 18*, 3, 245-258.

BONNER, R. L. Y RICH, A. R. (1988b). "Negative Life Stress, Social Problem-Solving Self-Appraisal, and Hopelessness: Implications for Suicide Research". *Cognitive Therapy and Research, 12*, 6, 549-556.

BONNER, R. L. Y RICH, A. R. (1989). "Risk Factors of Suicide Ideation in a Jail Population". Paper presented at the Annual Meeting of the American Association of Suicidology, San Diego.

BONNER, R. L. Y RICH, A. R. (1991a) "Predicting Vulnerability to Hopelessness: A Longitudinal Analysis". Paper no publicado.

BONNER, R. A. Y RICH, A. R. (1991b). "Cognitive Vulnerability and Hopelessness among Correlational Inmates". Paper no publicado.

BOSTMAN, O. M. (1987). "Suicidal Attempts by Jumping from Heights". *Scand. Journal of Soc. Med., 15*, 199-203.

BOTBOL, M., ANGEL, P., FACY, F. Y ISSERLIS, C. (1988). "Adolescent et Inhalation Volontaire de Solvants Volatils". *Neuropsychiatrie de L'Enfance, 36*, 2-3, 87-96.

BOURDIN, C.E. (1845). "Du suicide consideré comme Maladie, Paris: Batiguolles, Hennuyer et Turpin". Citado por BERRIOS, G.E. Y MOHANNA, M.

(1990). " Durkheim and French Psychiatric Views on Suicide during the 19th Century. A Conceptual History". *British Journal of Psychiatry, 156*, 1-9.

BRAUGHT, G. N. Y WILSON, L. T. (1970). "Predictive Utility of the Revised Suicide Potential Scale". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 35*, 3, 426.

BREAULT, K.D. (1986). "Suicide in America: A Test of Durkheim's Theory of Religious and Family Integration (1933-1980)". *American Journal of Sociology, 92*,3, 628-656.

BRENNAN, T. (1982). "Loneliness at Adolescence". En L. A. PEPLAU Y D. PERLMAN (Ed.). *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: John Wiley and Sons.

BRENNAN, T. (1986). "Adolescent Loneliness: Linking Epidemiology and Theory to Prevention". En G. L. KLERMAN (Ed.). *Suicide and Depression among Adolescents and Young Adults*. Washington D. C.: American Psychiatric Press Inc.

BRENT, D. A. (1987). "Correlates of the Medical Lethality of Suicide Attempts in Children and Adolescents". *Journal of American Academic of Child and Adolescents Psychiatry, 26*, 1, 87-89.

BRENT, D. A. (1989). "The Psychological Auptopsy: Methodological Considerations for the Study of Adolescent Suicide". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 19*, 1, 43-57.

BRENT, D. A. (1990). "Affective Illness and Suicide". En M. GREEN Y R. J HAGGERTY (Eds.). *Ambulatory Pediatrics, IV*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.

BRENT, D. A. Y KOLKO, D. J. (1990a). "The Assessment and Treatment of Children and Adolescents at Risk for Suicide". En S. J. BLUMENTHAL Y D. J. KUPFER (Eds.). *Suicide Over the Life Cycle*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

BRENT, D. A. Y KOLKO, D.J. (1990b). "Suicide and Suicidal Behavior in Children and Adolescents". En B. D. GARFINKEL, G. A. CARLSON Y E. B. WELLER (Coord) (1990). *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.

BRENT, D. A., PERPER, J. A. Y ALLMAN, C. J. (1987). "Alcohol, Firearms, and Suicide among Youth". *JAMA, 257*, 24, 3369-3373.

BRENT, D. A., KOLKO, D. J., ALLAN, M. J. Y BROWN, R. V. (1990).

"Suicidality in Affectively Disordered Adolescent Inpatients". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatric, 29*, 4, 587-592.

BRENT, D. A., KALAS, R., EDELBROCK, C., COSTELLO, A. J., DULCAN, M. K. Y CONOVER, N. (1986). "Psychopathology and Its Relationship to Suicidal Ideation in Childhood and Adolescence". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 25*, 5, 666-673.

BRENT, D. A., PERPER, J. A., GOLDSTEIN, C. E., KOLKO, D. J., ALLAN, M. J., ALLLMAN, C. J. Y ZELENAK, J. P. (1988). "Risk Factors for Adolescent Suicide. A Comparison of Adolescent Suicide Victims with Suicidal Inpatients". *Archives of General Psychiatry, 45*, 581-588.

BRIERRE DE BOISMONT, A. (1856). "Du suicide et de la Folie. Suicide considerés dans leur Rapports avex la Statistique, La Medicine et la Philosophie".Paris: Baillière. Citado por BERRIOS, G.E. Y MOHANNA, M. (1990). "Durkheim and French Psychiatric Views on
Suicide during the 19th Century. A Conceptual History". *British Journal of Psyquatry, 156*, 1-9.

BROOKSBANK, D. J. (1985). "Suicide and Parasuicide in Chilhood and Early Adolescence". *British Journal of Psychiatry, 146*, 459-463.

BROWN, S. L. (1985). "Adolescents and Family Systems". En M. L. PECK, N. L. FARBEROW Y R. E. LITMAN (Eds.). *Youth Suicide*. New York: Springer Publishing Company.

BROWN, T. R. Y SHERAN, T. S. (1972). "Suicide Prediction: A Review". *Life-Threatening Behavior, 2*, 2, 67-98.

BROWN G. W Y HARRIS, T. (1978). *Social Origins of Depression. A Study of Psychiatric Disorder in Women*. New York: The Free Press.

BROWN, G. W. Y ANDREWS, B.(1986). "Social Support and Depresion". En M. H. APPLEY Y R. TRUMBULL (Ed.). *Dynamics of Stress*. New York: Plenum Press.

BROWN, L. K., OVERHOLSER, J., SPIRITO, A. Y FRITZ, G. K. (1991). "The Correlates of Planning in Adolescent Suicide Attempts2. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 1, 95-99.

BUGENTAL, J. F. T. (1949). "An Investigation of the Relationship of the Conceptual Matrix to the Self-Concept". Abstract Doctoral Dissertation, 57, 27-33. Ohio State University.

BUGENTAL, J. F. T. (1964). "Investigations into the Self-Concept, III:

Instruccios for the W-A-Y method". *Psychological Reports, 15*, 643-50. Citado por L'ECUYER, R. (1985). *El concepto de sí mismo*. Barcelorna: Oikos-Tau.

BUIE, D. H. Y MALTSBERGER, J. T. (1989). "The Psychological Vulnerability to Suicide". En D. JACOBS Y H. N. BROWN (1989). *Suicide. Understanding and Responding*. Madison, Connecticut: International Universities Press.

BURNS, R. B. (1979). *The Self-Concept. Theory, Measurement, Development and Behaviour*. London: Longman. Existe versión en castellano traducida por PANTOJA, L. (1990). *El Autoconcepto. Teoría, Medición, Desarrollo y Comportamiento*. Bilbao: Ed. Ega.

BÜRK, F., KURK, A. Y MÖLLER, H. (1985). "Suicide Risk Scales: Do They Help to Predict Suicidal Behaviour?" *Eur. Arch. Psychiatr. Neurol. Sci., 235*, 153-157.

BYRNE, B. M. (1984). "The General/Academic Self Concept Nomological Network: A Review of Construct Validation Research". *Review of Educational Research, 54*, 427-456. Citado por ELEXPURU, I. Y GARMA, A. (1992b). "Panorámica Actual en la Investigación sobre Autoconcepto". En A. VILLA (Coord) (1992). *Autoconcepto y Educación. Teoría, medida y práctica pedagógica*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

CALVETE, E. (1989). "Componentes cardiovasculares y subjetivos del Proceso de Estrés: Factores Psicosociales. Tesis Doctoral. Universidad de Deusto, Bilbao".

CANTOR, P. C. (1976). "Personality Characteristic found among Youthful Female Suicide Attempters". *Journal of Abnormal Psychology, 85*, 324-329.

CANTOR, C. H., HILL, M. A. Y McLACHLAN, E. K. (1989). "Suicide and Related Behaviour form River Bridges. A Clinical Perspective". *British Journal of Psychiatry, 155*, 829-835.

CANTOR, C. H., BURNETT, P. C., QUINN, J., NIZETTE, D. Y BROOK, C. (1992). "Suicide and Community Psychiatric Care -a Preliminary Report". *Acta Psychiatr. Scan., 85*, 229-233.

CARLSON, G. A. Y CANTWELL, D. P. (1982). "Suicidal Behavior and Depression in Children and Adolescents". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21*, 4, 361-368.

CARVER, C. S., SCHEIER, M. F. Y WEINTRAUB, J. K. (1989). "Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach". *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 2, 267-283.

CAUCE, A. M., FELNER, R. D. Y PRIMAVERA, J. (1982). "Social Support in High-Risk Adolescents: Structural Components and Adaptative Impact". *American Journal of Community Psychology, 10*, 4, 417-428.

CAZAUVIEILH, J.B. (1840). *Du Suicide et l'Aliénation Mentale et des Crimes contra les Personnes, Comparés dans leurs Rapports Reciproques. Recherches sur ce premier penchant chez les habitants des campagnes*. Paris: Bailliére. Citado por BERRIOS, G.E. and MOHANNA, M. (1990). " Durkheim and French Psychiatric Views on Suicide during the 19th Century. A Conceptual History". *British Journal of Psychiatry, 156*, 1-9.

CHABROL, H. Y MORON, P. (1988). "Depresive Disorders in 100 Adolescents who Attempted Suicide". *American Journal of Psychiatry, 145*, 3, 379.

CHABROL, H., GUELL, A., SABLAYROLLES, B., FURET, A. et al. (1987). "Aspects Biologiques des Tentatives de Suicide de l'Adolescent". *Psychologie Medicale, 19*, 5, 723-724.

CHENG, K. K., LEUNG, C. M., VO, W. H. Y LAM, T. H. (1989). "Suicide among Chinese Schizophrenics in Hong Kong". *British Journal of Psychiatry, 154*, 243-246.

CHEIFETZ, P. N., POSENER, J. A., LA HAYE, A., ZAJDMAN, M. et al. (1987). "An Epidemiological Study of Adolescent Suicide". *Canadian Journal of Psychiatry, 32*, 8, 656-659.

CHOQUET, M. Y MENKE, H. (1989). "Suicidal Thoughts during Early Adolescence: Prevalence, Associated Troubles and Help-Seeking Behavior". *Acta Psychiatr. Scan., 81*, 170-177.

CLARK, D. C., GIBBONS, R. D., FAWCETT, J., Y SCHEFTNER, W. A. (1989). "What is the Mechanism by wich Suicide Attempts Predispose to Later Suicide Attempts? A Mathematical Model". *Journal of Abnormal Psychology, 98*, 1, 42-49.

CLARK, D. C., SOMMERFELDT, L., SCHWARZ, M., HEDEKER, D. Y WATEL, L. (1990). "Physical Recklessness in Adolescence. Trait or Byproduct of Depressive/Suicidal States?" *The Journal of Nervous and Mental Disease, 178*, 7, 423-433.

CLAUSEN, J. S. (1991). "Adolescent Competence and the Shaping of the Life Course". *American Journal of Sociology, 96*, 4, 805-842.

CODER, T. L., NELSON, R. E. Y AYLWARD, L. K. (1991). "Suicide among Secondary Students". *School Counselor, 38*, 5, 358-361.

COHEN, F. (1987). "Measurement of Coping". En S. V. KASL Y C. L. COOPER (1987). *Stress and Health: Issues in Research Methodology*. Chichester: John Wiley and Sons.

COHEN, D. R. (1988). "Adolescent Parasuicide: A Multidimensional View". Paper presented at the 21st Annual Conference of the American Association of Suicidology, Washington, D. C. April, 13-17.

COHEN, S. Y HOBERMAN, H. M. (1983). "Positive Events and Social Support as Buffers of Life Change Stress". *Journal of Applied Psychology, 13*, 2, 99-125.

COHEN, S. Y WILLS, T. A. (1985). "Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis". *Psychological Bulletin, 98*, 2, 310-357.

COHEN, S., MERMELSTEIN, R., KAMARK, T., HOBERMAN, H. M. (1985). "Measuring the Functional Components of Social Support". En I. G. SARASON, Y B. R. SARASON (Eds.). *Social Support: Theory, Research and Applications*. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.

COHEN-SANDLER, R., BERMAN, A. Y KING, R. A. (1982). "Life Stress and Symptomatology: Determinants of Suicidal Behavior in Children". *American Academy of Child Psychiatry, 21*, 2, 178-186.

COLE, D. A. (1988). "Hopelessness, Social Desirability, Depression, and Parasuicide in two College Students Samples". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 1, 131-136.

COLE, D. A. (1989a). "Psychopathology of Adolescent Suicide: Hopelessness, Coping Beliefs, and Depression". *Journal of Abnormal Psychology, 98*, 3, 248-255.

COLE, D. A. (1989b). "Validation of the Reasosn for Living Inventory in General and Delinquent Adolescent Samples". *Journal of Abnormal Psychology, 17*, 1, 13-27.

CONNELL, H.M. (1972). "Attempted Suicide in Schoolchildren". *The Medical Journal of Australia, 1*, 686-690.

COOB, S. (1976). "Social Support as a Moderator of Life Stress". *Psychosomatic Medicine, 3*, 300-314.

COOB, S. (1979). "Social Support and Health through the Life Course". En H. I. McCUBBIN; A. E. CAUBLE Y J. M. PATTERSON (Eds.) (1982). *Family Stress, Coping, and Social Support*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher.

COOLEY, C. H. (1902). "The Social Self: On the Meaning of I". En C. GORDON Y K. J. GERGEN (Eds.) (1968). *The self in Social Interaction*. Vol 1. 87-91. New York: Wiley. Citado por COONS, P. M., BOWMAN, E. S. Y MILSTEIN, V. (1988). "Multiple Personality Disorder: A Clinical Investigation of 50 Cases". *Journal of Nervous and Mental Disease, 176*, 9, 519-527.

CORYELL, W. Y WINOKUR, G. (1985). "Evolución y Desenlace". En E. S. PAYKEL (Coord.) (1985). *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid: Pirámide.

COSTELLO, C.G. (1982). "Loss as a Source of Stress in Psychopatology". En R. W. J. NEUFELD (1982). *Psychological Stress and Psychopatology*. McGRAW-HILL Book Company, New York.

COTTON, C. R. Y RANGE, L. (1989). "Hopelessness and Attitudes Toward Life and Death in Children". Paper no publicado. University of Southern Mississippi.

COX, T. Y MACKAY, C. J. (1976). "A Psychological Model of Occupational Stress". A Paper Presented to Medical Research Council meeting Mental Health in Industry. London, November. Citado por COX, T. (1988/1978). *Stress*. Macmillan Education, London.

COX, T. (1988). *Stress*. London: Macmillan Education. Original en 1978

CRESPI, T. D. (1990). "Approaching Adolescent Suicide: Queries and Signposts". *School Counselor, 37*, 4, 256-260.

CURRAN, D. (1984). "Peer Attitudes toward attempted suicide in mid-adolescents". Unpublished doctoral dissertation, Boston College, Chestnut Hill, Massachussets. Citado por CURRAN, D. (1987). *Adolescent Suicidal Behavior*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.

CURRAN, D. (1987). *Adolescent Suicidal Behavior*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.

DAVIS, P. (1983). *Suicidal Adolescent*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher.

DE CATANZARO, D. (1980). "Human Suicide: A Biological Perspective". *Behavioral and Brain Sciences, 3*, 265. Citado por RUBINSTEIN, D. H. (1986). "A Stress-Diathesis Theory of Suicide". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 16*, 2, 182-197.

DE CATANZARO, D. (1981). *Suicide and Self-Damaging Behavior: A Sociobiological Perspective*. New York: Academic Press.

DELISLE, J. R. (1986). "Death with Honors: Suicide among Gifted Adolescents". *Journal of Counseling and Development, 64*, May, 558-560.

DELUTY, R. H. (1988-89a). "Physical Illness, Psychiatric Illness, and the Acceptability of Suicide". *Omega, 19*, 1, 79-91.

DELUTY, R. H. (1988-89b). "Factors Affecting the Acceptability of Suicide". *Omega, 19*, 4, 315-325.

DERLENGA, V. Y MARGULIS, S. T. (1982). "Why Loneliness Occurs: The Interrelationship of Social-Psychological and Privacy Concepts". En L. A. PEPLAU Y D. PERLMAN (Ed.). Loneliness. *A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: John Wiley and Sons.

DEROGATIS, L. R. (1982). "Self-Report Measures of Stress". En L. GOLDBERGER Y S. BREZNITZ (Ed.). *Hadbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects*. The Free Press, New York.

DEVRIES, A. G. (1968). "Prediction of Suicide by Means of Psychological Tests". En N. L. FARBEROW (Ed.). *Proceeding of the Fourth International Conference for Suicide Prevention*. Los Angeles: Delmar Publishing, Co. Citado por BROWN, T. R. Y SHERAN, T. S. (1972). "Suicide Prediction: A Review". *Life-Threatening Behavior, 2*, 2, 67-98.

DEYKIN, E. Y., ALPERT, J. J. Y McNAMARA, J. (1985). "A Pilot Study of the Effect of Exposure to Child Abuse or Neglect on Adolescent Suicidal Behavior". *American Journal of Psyquiatry, 142*, 11, 1299-1303.

DIEKSTRA, R. F. W. (1985). "Suicide and Suicide Attempts in the European Economic Community: An Analysis of Trends, with Special Emphasis upon Trends among the Young". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 15*, 1, 27-42.

DIEKSTRA, R. F. W. (1989). "Suicidal Behavior in Adolescents and Young Adults: The International Pictures". *Crisis, 10*, 1, 16-35.

DIEKSTRA, R. F. W. Y HAWTON, K. (1987) (Eds.). *Suicide in Adolescence*. Boston: Martinus Nijhoff Publishers.

DIEKSTRA, R. F. W. Y MORITZ, B. J. M. (1987). "Suicidal Behaviour among Adolescents: An Overview". En R. F. W. DIEKSTRA Y K. HAWTON (Eds.). *Suicide in Adolescence*. Boston: Martinus Nijhoff Publishers, pp. 7-24.

DIEKSTRA, R. F. W. Y KERKHOF, A. J. F. M. (1989). "Attitudes towards Suicide: The Development of a Suicide Attitude Questionnaire (SUIATT)". En R. F. W. DIEKSTRA, R. MARIS, S. PLATT, A. SCHMIDTKE Y G. SONNECK

(Eds.). *Suicide and its Prevention. The Role of Attitude and Imitation.* Leiden, New York: Brill.

DIGGORY, J. C. (1986). "Predicting Suicide: Will-o-Wisp or Reasonable Challenge". En A. T. BECK, H. L. RESNIK Y D. J. LETTIERI (Eds.). *The Prediction of Suicide.* Philadelphia: The Charles Press.

DIXON, W. A., HEPPNER, P. P. Y ANDERSON, W. P. (1991). "Problem-Solving Appraisal, Stress, Hopelessness, and Suicide Ideation in a College Population". *Journal of Counseling Psychology, 38,* 1, 51-56.

DOAN, M. Y PETERSON, S. (1984). "As «cluster suicides» take toll of teenagers - U.S". *News and World Report, Nov,* 12. Citado por ALLEN, B.P. (1987). "Youth Suicide". *Adolescence, 22,* 86, 271-290.

DOHRENWEND, B. P. "Note on a Progran of Research on Alternative Social Psychological Models of Relationships betwen Life Stress and Psychopatology" (1986). En M. H. APPLEY Y R. TRUMBULL (Eds.). *Dynamics of Stress.* New York: Plenum Press.

DOMINO, G. (1988). "Attitudes toward Suicide among Highly Creative College Students". *Creativity Research Journal, 1,* 92-105.

DOMINO, G. (1990a). "Popular Misconceptions about Suicide: How Popular are They?" *Omega, 21,* 3, 167-175.

DOMINO, G. (1990b). "Attitudes of High School Students toward Suicide". En A. A. LEENARS Y S. WENCKSTERN (Eds.). *Suicide Prevention in Schools.* New York: Hemisphere.

DOMINO, G. Y LEENARS, A. A. (1989). "Attitudes toward Suicide: A Comparison of Canadian and U.S. College Students. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 19,* 2, 160-172.

DOMINO, G. Y MILLER, K. (1992). "Religiosity and Attitudes toward Suicide". *Omega, 25,* 4, 271-282.

DOMINO, G., DOMINO, V. Y BERRY, T. (1986-87). "Children Attitudes toward Suicide". *Omega, 17,* 4, 279-287.

DOMINO, G., McGREGOR, J. C. Y HANNAH, M. T. (1988-89). "Collegiate Attitudes Toward Suicide: New Zealand and United States". *Omega, 19,* 4, 351-364.

DOMINO, G., MOORE, D., WESTLAKE, L. Y GIBSON, L. (1982). "Attitudes toward Suicide: A Factor Analytic Approach". *Journal of Clinical Psychology,*

38, 257-262.

DOOLEY, E. (1990). "Prison Suicide in England and Gales, 1972-1987". *British Journal of Psychyiatry, 156*, 40-45.

DORPAT, T. L., JACKSON, J. Y RIPLEY, H. (1965). "Broken Homes and Attempted and Completed Suicide". *Archives of General Psychiatry, 12*, 2, 213-216.

DOUGLAS, J.D. (1966). "The Sociological Analysis of Social Meanings of Suicide". En A. GIDDENS (Ed.) (1983). *The Sociology of Suicide*. Londres: Frank Cass and Company Limited.

DOUGLAS, L. (1986). "Is Adolescent Suicide a Third Degree Game and Who is the Real Victim?". *Transactional Analysis Journal, 16*, 3, 165-169.

DOWNEY, A. M. (1990-1991). "The Impact of Drug Abuse upon Adolescent Suicide". *Omega, 22*, 4, 261-275.

DRAKE, R. E., GATES, C., WHITAKER, A. Y COTTON, P. G. (1989). "The Suicidal Schizophrenic". En D. JACOBS Y H. N. BROWN (Eds.). *Suicide. Understanding and Responding*. Madison, Connecticut: International Universities Press.

DROOGAS, A., SIITER, R. Y O'CONNELL, A. N. (1982-83). "Effects of Personal and Situational Factors on Attitudes toward Suicide". *Omega, 13*, 2, 127-143.

DUBOW, E. F., KENNETH, R. L. Y KAUSCH, D. F. (1990). "Demographic Differences in Adolescents'Health Concerns and Perceptions of Helping Agents". *Journal of Clinical Child Psychology, 19*, 1, 44-54.

DUBOW, E. F., KAUSCH, D. F., BLUM, M. C., REED, J. Y BUSH, E. (1989). "Correlates of Suicidal Ideation and Attempts in a Community Sample of Junior High and High School Students". *Journal of Clinical Child Psychology, 18*, 2, 158-166.

DUKES, R. L. Y LORCH, B. (1989). "The effects of School, Family, Self-Concept, and Deviant Behavior on Adolescent Suicide Ideation". *Journal of Adolescence, 12*, 3, 239-251.

DUNKEL-SCHETTER, C., FOLKMAN, S. Y LAZARUS, R. S. (1987). "Correlates of Social Support Receipt". *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 1, 71-80.

DURKHEIM, E. (1965). *El suicidio*. Madrid: Akal Editor. Original publicado en

1897.

DYER, J. A. T. Y KREITMAN, N. (1984). "Hopelessness, Depression and Suicidal Intent in Parasuicide". *British Journal of Psychiatry, 144,* 127-133.

D'ZURILLA, T. J. (1986). *Problem-Solving Therapy*. New York: Springer Publishing Company.

EARLS, F. (1989). "Studying Adolescent Suicidal Ideation and Behavior in Primary Care Setting". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 19,* 1, 99-107.

EARLS, F. Y JEMISON, A. (1986). "Suicidal Behavior in American Blacks". En G. L. KLERMAN (1986). *Suicide and Depresion among Adolescents and Young Adults*. Washington D. C.: American Psychiatric Press.

EL INDEPENDIENTE (1990). "El otoño y la vida en la gran ciudad elevan la cifra de suicidios". Madrid, 5-Nov., 23.

ELEXPURU, I. (1992). "Un programa de intervención para la mejora del autoconcepto de los alumnos entre los 8 y los 11 años de edad". En A. VILLA (Coord.). *Autoconcepto y Educación. Teoría, medida y práctica pedagógica.* Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

ELEXPURU, I. Y GARMA, A. (1992a). "El autoconcepto en la Psicología y en la Educación". En A. VILLA (Coord.). *Autoconcepto y Educación. Teoría, medida y práctica pedagógica*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

ELEXPURU, I Y GARMA, A. (1992b). "Panorámica actual en la Investigación sobre Autoconcepto". En A. VILLA (Coord.). *Autoconcepto y Educación. Teoría, medida y práctica pedagógica*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

ELLIS, A. (1980). *Razón y Emoción en Psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer s.a.

ELLIS, T. E. (1988). "Classification of Suicide Behavior: A Review and Step toward Integration". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 18,* 4, 358-371.

ELLIS, J. B. (1989). "Mood Influences on Older Adolescentes Reasons for Living". Doctoral Dissertation. University of Southern Mississippi, USA.

ELLIS, A. Y GRIEGER, R. (1981). *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer s.a.

ELLIS, T. E. Y RATLIFF, K. G. (1986). "Cognitive Characteristics of Suicidal

and Nonsuicidal Psychiatric Inpatients". *Cognitive Therapy and Research, 10*, 6, 625-634.

ELLIS, J. B. Y RANGE, L. M. (1987). "Differences Between Blacks and Whites, Women and Men in Reasons for Living". Paper enviado por autor. Admitido para publicación en Journal of Black Studies, en Noviembre de 1987.

ELLIS, J. B Y RANGE, L. M. (1988). "Feminity and Reasons for Living". *Educational and Psychological Research, 8*, 1, 1-4.

ELLIS, J. B., Y RANGE, L. M. (1989a). "Characteristics of Suicidal Individuals: A Review". *Death Studies, 13*, 485-500.

ELLIS, J. B. Y RANGE, L. M. (1989b). "Does Mood Affect Reasons for Living? Yes". *Journal of Cognitive Psychotherapy, 3*, 3, 223-231.

ENG GOHN, S., SALMONS, P. H. Y WHITTINGTON, R. M. (1989). "Hospital Suicides: Are There Preventable Factors? Profile of the Psychiatric Hospital Suicide". *British Journal of Psychiatry, 154*, 247-249.

ERIKSON, B. H. y NOSANCHUK, T. A. (1976). *Understanding data*. Toronto: McGraw Hill. Citado por SANCHEZ CARRION, J.J. (1993). "Curso de análisis de datos". Paper no publicado.

ESTRUCH, J., CARDUS, S.(1982). *Los suicidios*. Barcelona: Herder.

ESQUIROL, E. (1838). *Des Maladies Mentales Considerés sous les Rapports Médical, Hygiénique et Médico-legal* (2° vol). Paris: Bailliére. Citado por BERRIOS, G.E. and MOHANNA, M. (1990). " Durkheim and French Psychiatric Views on Suicide during the 19th Century. A Conceptual History". *British Journal of Psychiatry, 156*, 1-9

EVANS, G. Y FARBEROW, N.L. (1988).*The Encyclopedia of Suicide*, New York: Facts on File.

FARBEROW, N. L. (1989). "Attitudes toward Suicide". En R. F. W. DIEKSTRA, R. MARIS, S. PLATT, A. SCHMIDTKE Y G. SONNECK (Eds.). *Suicide and its Prevention. The Role of Attitude and Imitation*. Leiden, New York: Brill.

FARMER, R. (1987). "Hostility and Deliberate Self-Poisoning: The Role of Depression". *British Journal of Psychiatry, 150*, 609-614.

FARMER, R. (1988). "Assessing the Epidemiological of Suicide and Parasuicide". *British Journal of Psychiatry, 153*, 16-20.

FARMER, R. Y CREED, F. (1989). "Life Events and Hostility in Self-Poisoning".

British Journal of Psychiatry, 154, 390-395.

FERNANDEZ SANTANA, J. O. (1988). "Comprensión y manejo del análisis factorial". *Revista Internacional de Sociología, 46*, 1, 7-35.

FERNANDEZ SANTANA, J. O. (1992). "Funcionalidad científica e instrumentalidad técnica de las encuestas preelectorales". Tesis Doctoral. Edición microfilmada. Bilbao: Universidad de Deusto.

FIRESTONE, R. W. (1986). "The «Inner Voice» and Suicide". *Psychotherapy, 23*, 3, 439-447.

FIRESTONE, R. W. Y SEIDEN, R. H. (1987). "Microsuicide and Suicidal Threats of Everyday Life". *Psychotherapy, 24*, 1, 31-39.

FIRESTONE, R. W. Y SEIDEN, R. H. (1990). "Psychodynamics in Adolescent Suicide. Special Issue: College Studen Suicide". *Journal of College Student Psychotherapy, 4*, 3/4, 101-123.

FLANDERS, J.P. (1982). "A General Systems Approach to Loneliness". En L. A. PEPLAU Y D. PERLMAN (Eds.). *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: John Wiley and Sons.

FRANCES, R. J., FRANKLIN, J. Y FLAVIN, D. K. (1987). "Suicide and Alcoholism". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 13*, 3, 327-341.

FRANKENHAEUSER, M. (1986). "A Psychobiological Framework for Research on Human Stress and Coping".En M. H. APPLEY Y R. TRUMBULL (Eds.). *Dynamics of Stress*. New York: Plenum Press.

FRESE, M. (1986). "Coping as a Moderator and Mediator between Stress at Work and Psychosomatic Complaints". En M. H. APPLEY Y R. TRUMBULL (Eds.). *Dynamics of Stress*. New York: Plenum Press.

FREUD. S.(1917). "Duelo y melancolía". En S. FREUD (1976). *Obras completas*. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, Trabajo sobre metapsicología y otras obras. Vol XIV, 241-255. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

FREUD, S. (1920). "Más allá del principio de placer". En S. FREUD, S. (1976). *Obras completas*. Más allá del principio del placer y otras obras. Vol XVIII, 7-62. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

FUNABIKI, D Y CALHOUN, J.F. (1979). "Use of a Behavioral-Analytic Procedure in Evaluating two Models of Depression". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 183-185.

GABRIELSON, I. W., KLERMAN, L. V., CURRIE, J. B., TYLER, N.C. Y JEKEL, J.F. (1970). "Suicide Attempts in a population pregnant as teenagers". *American Journal of Public Heath, 60*, 2289-2301. Citado por HERJANIC, B. (1980). "Adolescente Suicide". *Advances in Behavioral Pediatrics, 1*, 195-223.

GANESVARAN, T. (1988). "Fatal Deliberate Self-Harm seen in a Sri Lankan Hospital". *British Journal of Psychiatry, 152*, 420-423.

GARFINKEL, B. D. (1986). "Major Affective Disorders in Children and Adolescents". En G. WINOKUR Y P. CLAYTON (Eds.). *The Medical Basis of Psyquiatry*. Philadelphia: W. B. SAUNDERS COMPANY.

GARFINKEL, B. D. Y GOLOMBEK, H. (1974). "Suicide and Depression in Childhood and Adolescence". *CMA Journal, 8*, 1278-1281.

GARFINKEL, B. D. Y GOLOMBEK, H. (1983). "Suicidal Behavior in Adolescence". En B. D. GARFINKEL,Y H. GOLOMBEK (Eds.). *The Adolescent and Mood Disturbance*. New York: International University Press.

GARFINKEL, B. D., FROESE, A. Y HOOD, J. (1982). "Suicide Attempts in Children and Adolescents". *American Journal of Psychiatry, 139*, 10, 1257-1261.

GARMA, A. M. (1992). "Un programa de Intervención en los alumnos de 11 a 14 años". En A. VILLA (Coord.). *Autoconcepto y Educación. Teoría, medida y práctica pedagógica*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

GIBBS, J.P Y MARTIN, W.T.(1964) "Status Integration and Suicide". En A. GIDDENS (Ed.) (1983). *The Sociology of Suicide*. Londres: Frank Cass and Company Limited.

GIBSON, J. A., RANGE, L. M. Y ANDERSON, H. N. (1985). "Adolescents' Attitudes toward Suicide: Does Knowledge that the Parents are Divorced make a Difference?". Paper presented at the Annual Meeting of the Southeastern Psychological Association, Atlanta.

GIDDENS, A. (1966). "A Typology of Suicide". En A. GIDDENS (Ed.) (1983). *The Sociology of Suicide*. Londres: Frank Cass and Company Limited.

GILEAD, M. P. Y MULAIK, J. S. (1983). "Adolescent Suicide: A Response to Developmental Crisis". *Perspectives in Psychiatric Care, 21*, 3, 94-101.

GINSBURG, G. P. (1971). "Public Conceptions and Attitudes about Suicide". *Journal of Health and Social Behavior, 12*, Sep., 200-207.

GIST, R. y WELCH, Q.B. (1989). "Certification Change versus Actual Behavior Change in Teenage Suicide Rates, 1955-1979". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 19*, 3, 277-287.

GODWING, D. W. (1986). "Adolescent Suicide". *Journal of Police Science and Administration, 14*, 1, 67-75.

GOLDBERG, E. L. (1981). "Depression and Suicide Ideation in the Young Adult". *American Journal of Psychiatry, 138*, 1, 35-40.

GOLDBERG, J. Y SAKINOFSKY, I. (1988). "Intropunitiveness and Parasuicide: Prediction of Interview Response". *British Journal of Psychiatry, 153*, 801-804.

GOLDNEY, R. D. (1981). "Attempted Suicide in Young Women: Correlates of Lethality". *British Journal of Psychiatry, 139*, 382-390.

GOLDNEY, R. D., KATSIKITIS, M. (1983). "Cohort Analysis of Suicide Rates in Australia". *Arch. Gen. Psychiatry, 40*, Enero, 71-74.

GOLOMBEK, H. Y MARTON, P. (1989). "Disturbed Affect and Suicidal Behavior During Adolescence: Personality Considerations". *Isr. J. Psychiatry Relat Sci, 26*, 1-2, 30-36.

GONZALEZ, T. (1983). "Attitudes of College Students toward Suicide". Doctoral Dissertation. University of Arizona, Tucson, USA.

GOODYER, I. M. (1988). "Stress in Childhood and Adolescence". En FISHER Y J. REASON (Eds.). *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. New York: John Wiley and Sons Ltd.

GOODYER, I. M. (1990). "Family Relationships, Life Events and Childhood Psychopatoloty". *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31*, 1, 161-192.

GORDON, C. (1968). "Self-Conceptions: Configurations of Content" . En C: GORDON Y K. J. GERGEN (Eds.). *The Self in Social Interaction, vol 1: Classic and Contemporary Perspectives*. New York: Wiley.

GOSALVEZ, C., CHABROL, H., Y MORON, P. (1984). "Assertion, Lieu of Controle et Dependance au Champ dans les Tentatives de Suicide de l'adolescence". *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 32*, 12, 583-589.

GOULD, M. S. Y SHAFFER, D.(1989). "The Impact of Suicide in Television Movies". En R. F. W. DIEKSTRA, R. MARIS, S. PLATT, A. SCHMIDTKE Y G. SONNECK (Eds.). *Suicide and its Prevention. The Role of Attitude and Imitation*. Leiden, New York: Brill.

GOULD, M. S., WALLENSTEIN, S. Y DAVIDSON, L. (1989). "Suicide Cluster: A Critical Review". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 19*, 1, 17-29.

GRACIA, E., MUSITU, G. Y GARCIA, F. (1990). "El Apoyo Social: Una Variable Moduladora en las Relaciones Padres-Hijos en Situaciones de Maltrato". Libro de Comunicaciones del III Congreso Nacional de Psicología Social celebrado en Santiago de Compostela, 19-21 Septiembre (Vol 1). Santiago: Tórculo Artes Gráficas.

GREEN, A., IKONEN, P., LAPLANCHE, J., RECHARDT, E., SEGAL, H., WIDLOCHER, D. Y YORKE, C. (1986). "La Pulsion de Mort". Premier Symposium de la Fédération Européenne de Psychoanalyse, Marseille, 1984. Paris: Pressess Universitaires de France.

GREENBERG, M. S. Y BECK, A. T. (1989). "Depression versus Anxiety: A Test of the Content-Specificity Hypothesis". *Journal of Abnormal Psychology, 98*, 1, 9-13.

GRIFFITHS, J. K., FARLEY, O. W. Y FRASER, M. W. (1986). "Indices of Adolescent Suicide". *Journal of Independent Social Work, 1*, 1, 49-63.

GUILLON, J. L., BRUNOD, R. Y GALLET, J. P. (1987). "Tentatives de Suicide d'Enfants et d'Adolescents". *Neuropsychiatrie de L'Enfance, 35*, 6, 227-238.

HAAN, N. (1985). "Conceptualizations of Ego: Processes, Functions, Regulations". En A. MONAT, R. S. LAZARUS (Eds.). *Stress and Coping. An Anthology*. New York: Columbia University Press.

HAFEN, B. Q. Y FRANDSEN, K. J. (1986). *Youth Suicide. Depression and Loneliness*. Evergreen, Colorado: Cordillera Press, Inc.

HAIM, A. (1970). *Adolescent Suicide*. New York: International Universities Press.

HALBWACHS, M. (1930). "The Causes of Suicide". En A. GIDDENS (Ed.). (1983). *The Sociology of Suicide*. Londres: Frank Cass and Co. LTD.

HAMBURG, D. (1989). "Preparing for Life: Critical Transition of Adolescence". *Crisis, 10*, 1, 4-15.

HAMILTON, M. (1985). "Síntomas y exploración de la depresión". En E. S. PAYKEL (Coord). *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid: Pirámide.

HAMILTON, E. W. Y ABRAMSON, L. Y. (1983). "Cognitive Patterns in Major Depressive Disorder: A Longitudinal Study in a Hospital Setting". *Journal of Abnormal Psychology, 91*, 96-101.

HAMMEN, C. Y COCHRAN, S. (1981). "Relationships between Depression and Causal Attributions about Stressful Life Events". *Cognitive Therapy and Research, 5*, 351-358.

HANKOFF, L. (1979). "Situational Categories". En L. HANKOFF Y B. EINSIDLER (Eds.). *Suicide: Theory and Clinical Aspects*. Littleton, Mass: PSG.

HANKOFF, L. D. (1985). "Suicidio e Intento de Suicidio". En E. S. PAYKEL (Coord) (1985). *Psicopatología de los Trastornos Afectivos*. Madrid: Pirámide.

HARKAVY, J. M. Y ASNIS, G. M. (in press). "Assessment of Suicidal Behavior: A New Instrument". *Psychiatric Annals*.

HARLOW, L. L., NEWCOMB, M. D. Y BENTLER, P. M. (1986). "Depression, Self-Derogation, Substance Use, and Suicide Ideation: Lack or Purpose in Life as a Mediational Factor". *Journal of Clinical Psychology, 42*, 1, Enero, 5-21.

HARTELIUS, H. (1967). "A Study of Suicides in Sweden 1951-1963. Including a Comparison with 1925-1950. *Acta Psychiat. Scand, 43*, 121. Citado por ROJAS, E. (1978). *Estudios sobre el suicidio*. Salvat, Barcelona.

HAWTON, K. (1987). "Assessment of Suicide Risk". *British Journal of Psychiatry, 150*, 145-153.

HAWTON, K. (1989). *Suicide and Attempted Suicide among Children and Adolescents*. Sage Publications, Newbury Park. Original publicado en 1986.

HAWTON, K. Y GOLDACRE, M. (1982). "Hospital Admissions for Adverse Effects of Medicinal Agents (Mainly Self-Poisoning) among Adolescents in the Oxford Region". *British Journal of Psychiatry, 141*, 166-170.

HAWTON, K. Y FAGG, J. (1988). "Suicide, and other Causes of Death, Following Attempted Suicide". *British Journal of Psychiatry, 152*, 359-366.

HAWTON, K., O'GRADY, J., OSBORN, M. Y COLE, D. (1982). "Adolescent who Take Overdoses: Their Characteristics, Problems and Contacts with Helping Agencies". *British Journal of Psychiatry, 140*, 118-123.

HAWTON, K., OSBORN, M., O'GRADY, J. Y COLE, DEBORAH. (1982). "Classification of Adolescents who take Overdoses". *British Journal of Psychiatry, 140*, 124-131.

HAWTON, K., COLE, D., O'GRADY, J. Y OSBORN, M. (1982). "Motivational Aspects of Deliberate Self-Poisoning in Adolescents". *British Journal of Psyquiatry, 141*, 286-291.

HENDIN, H. (1987). "Youth Suicide: A Psychosocial Perspective". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 17*, 2, 151-165.

HENDREN, R. L. Y BLUMENTAL, S. J. (1989). "Adolescent Suicide: Recognition an Management in the Forensic Setting". *Forensic Reports, 2*, 1, 47-63.

HENRY, A.F; SHORT, J. (1957). "Suicide an External Restraint". En A. GIDDENS (Ed.) (1983). *The Sociology of Suicide*. Londres: Frank Cass and Company Limited.

HERJANIC, B. Y WELNER, Z. (1980). "Adolescent Suicide". *Advances in Behavioral Pediatrics, 1*, 195-223.

HIRSCHFELD. R. M. A. y BLUMENTHAL, S. J. (1986). "Personality, Life Events, and Other Psychosocial Factors in Adolescent Depression and Suicide". En G. L. KLERMAN (Ed.). *Suicide and Depression among Adolescents and Young Adults*. Washington: American Psychiatric Press.

HOBERMAN, H. M. Y GARFINKEL, B. D. (1984). "Completed Suicide in Children and Adolescents". *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*, 6, 689-695.

HODGMAN, C. H. (1990). "Modern Psychiatric Views of Adolescent Depression and Suicidal Behavior". *Journal of Psychology and Christianity, 9*, 4, 15-24.

HODGMAN, C. H. Y ROBERTS, F. N. (1982). "Adolescent suicide and the Pediatrician". *The Journal of Pediatrics, 101*, 1, 118-123.

HOLAGAN, C. J Y MOOS, R. H. (1991). "Life Stressors, Personal and Social Resources, and Depression: A 4-Years Structural Model". *Journal of Abnormal Psychology, 100, 1*, 31-38.

HOLDEN, C. (1986). "Youth Suicide: New Research Focuses on a Growing Social Problem". *Science, 233*, 4766, 839-841.

HOLDEN, R. R. Y FEKKEN, C. G. (1988). "Test-Retest Reliability of the Hopelessness Scale and its Items in a University Population". *Journal of Clinical Psychology, 1*, 44, 40-43.

HOLDEN, R. R., MENDOCA, J. D. Y SERIN, R. C. (1989). "Suicide, Hopelessness, and Social Desirability: A test of an Interactive Model". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 4, 500-504.

HOLINGER, P.C Y OFFER, D. (1982). "Prediction of Adolescent Suicide: A

Population Model". *American Journal of Psychiatry, 139*, 302-307.

HOLINGER, P. C., OFFER, D. Y ZOLA, M. A. (1988). "A Prediction Model of Suicide among Youth". *Journal of Nervous and Mental Disease, 176*, 5, 275-279.

HOLMES, T. H. Y MASUDA, M. (1974). "Life Change and Illnes Susceptibility". En B. S. DOHRENWEND Y B. P. DOHRENWEND. (Eds.). *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*. John Wiley & Sons, New York.

HOPPE, J. Q. (1987). "The Effects of Personality Structure on Attitudes and Values in Adolescent Suicide Attemptes: A Correlational Research Study". Doctoral Dissertation. United States International University.

HOROWITZ, M., WILNER, N. Y ALVAREZ, W. (1979) "Impact of Event Scale: A measure of subjetive stress". *Psychosomatics Medicine, 41*, 209-218.

HOUSE, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading. Mass.: Addison-Wesley. Citado por TURNER, J. (1983). "Direct, Indirect and Moderating Effects of Social Support on Psychological Distress and Associated Conditions". En H. B. KAPLAN (Ed.). *Psychological Stress. Trends in Theory and Research*. New York: Academic Press.

HSU, L. R., HAILEY, B. J. Y RANGE, L. M. (1986). "Cultural and Emotional Components of Loneliness and Depression". *The Journal of Psychology, 12*, 1, 61-70.

HULL, J. S., RANGE, L. M. Y GOGGIN, W. C. (1990). "The Relationship of Suicidal Ideation to Personality Disorders on the MCMI". University of Southern Mississippi. Paper no publicado

HUMPHRY, D. (1991). *Final Exit*. Berryville, Virginia: Hemlock Society.

HUSAIN, S. A. (1990). "Current Perspective on the Role of Psychosocial Factors in Adolescent Suicide". *Psychiatric Annals, 20*, 3, 122-127.

ISHERWOOD, J., ADAM, K. S. Y HORNBLOW, A. R. (1982). "Life Events Stress, Psychosocial Factors, Suicide Attempt and Auto-Accident Proclivity". *Journal of Psychosomatica Research, 26*, 3, 371-383.

IVANOFF, A. Y JANG, S. J. (1991). "The Role of Hopelessness and Social Desirability in Predicting Suicidal Behavior: A Study of Prison Inmates". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 3, 394-399.

JACOBS, J. (1980). *Adolescent Suicide*. New York: Irvingthon Publisher Inc. Original publicado en 1971.

JACQ, J., QUENARD, O., HANAUER, M. T. Y VEDRINNE, J. (1981). "Etude du vécu des Relations Individuelles chez les Jeunes Suicidants". *Journal of Médecine de Lyon, 62*, Dic., 581-584.

JANOFF-BULMAN, R. Y HECKER, B. (1988). "Depression, Vulnerability, and World Assumptions". En L. B. ALLOY (Ed.). *Cognitive Processes in Depression*. New York, London: The Guildford Press.

JOHNSON, J. H. (1986). *Life Events as Stressors in Childhood and Adolescence*. Newbury Park: Sage Publications.

JOHNSON, J. H. Y MCCUTCHEON, S. (1980). "Assessing Life Stress in Older Children and Adolescents: Preliminary Findings with the Life Events Checklist". En I. G. SARASON Y C. D. SPIELBERG (Eds.). *Stress and anxiety*. Vol VII, 111-125. Washington D. C.: Hemisphere.

JONES, W. H. (1985). "The Psychology of Loneliness: Some Personality Issues in the Study of Social Support". En I. G. SARASON Y B. R. SARASON (Eds.). *Social Support: Theory, Research and Applications*. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.

JUSTICE, B. (1988). "Stress, Coping and Health Outcomes". En M. L. RUSSELL (Ed.). *Stress Management for Chronic Disease*. New York: Pergamon Press.

KACHUR, E. K. (1989). "Obstacles to Effective Suicide Evaluations". En R. F. W. DIEKSTRA, R. MARIS, S. PLATT, A. SCHMIDTKE Y G. SONNECK (Eds.). *Suicide and its Prevention. The Role of Attitude and Imitation*. Leiden, New York: Brill.

KALLMAN, F. DE PORTE, J., DE PORTE, E. Y FEINGOLD, L. (1949). "Suicide in Twuins and Only Children". *American Journal of Human Genetics, 1* 113-126. Citado por DAVIS, P. (1983). *Suicidal Adolescent*. Charles C. Thomas Publisher, Springfield.

KAPLAN, H. B. Y POKORNY, A. D. (1976). "Self-Attitudes and Suicidal Behavior". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 6*, 1, 23-35.

KASHANI, J. H., GODDARD, P. Y REID, J. C. (1989). "Correlates of Suicidal Ideation in a Community Sample of Children and Adolescent". *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psyquiatry, 28*, 6, 912-917.

KAZDIN, A. E. (1990). "Childhood Depression". *Journal of Psychol. Psychiat., 31*, 1, 121-160.

KAZDIN, A. E., FRENCH, N. H., UNIS, A. S., ESVELDT-DAWSON, K. Y

SHERICK, R. B. (1983). "Hopelessness, Depression, and Suicidal Intent among Psychiatrically Disturbed Inpatient Children". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 4, 504-510.

KEIR, N. (1986). *I can't face tomorrow*. Wellinborough, England: Thorsons Publishig Group.

KEITNER, G. I., MILLER, I. W., FRUZZETTI, A. E., EPSTEIN, N. B., BISHOP, D. S. Y NORMAN, W. H. (1987). "Family Funtioning and Suicidal Behavior in Psychiatric Inpatients with Major Depression". *Psychiatry, 50*, 242-255.

KEITNER, G. I., RYAN, C. E., MILLER, A. E., EPSTEIN, N. B., BISHOP, D. S. Y NORMAN, W. H. (1990). "Family Funtioning, Social Adjusment, and Recurrence of Suicidality". *Psychiatry, 53*, 17-30.

KELLY, G. A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Norton. Citado por NEIMEYER, R. A. (1983). "Toward a Personal Construct Conceptualization of Depression and Suicide". *Death Studies, 7*, n. 2-3, 127-173.

KERFOOT, M. (1979). "Self-Poisoning by children and adolescents". *Social Work Today, 10*, 9-11.

KERFOOT, M. (1987). *Suicidal Behavior in Adolescents*. London: Academic Press Inc.

KERFOOT, M. (1988). "Deliberate Self-Poisoning in Childhood and Early Adolescence". *Journal Child. Psychol. Psychiat., 29*, 3, 335-343.

KESSLER, R. C. (1984). "The Impact of Fictional Television Suicide Stories on U.S. Fatalities: A Replication". *American Journal of Sociology, 90*, 1, 151-167.

KIENHORST, C. W. M., WOLTER, W. H.G., DIEKSTRA, R. F. W. Y OTTE, E. (1987). "A Study of the Frequency of Suicidal Behaviour in Children aged 5 to 14". *Journal of Child Psychol. Psychiat. 28*, 1, 155-165.

KIENHORST, C. W. M., WILDE, E. J. DE; DIEKSTRA, R. F. W., WOLTERS, W. H. G. (1992). "Differences between Adolescent Suicide Attempters and Depressed Adolescents". *Acta Psychiatr. Scan. 85*, 222-228.

KIENHORST, C. W. M., WILDE, E. J. DE; VAN DEN BOUT, J., VAN GROENOU, B., DIEKSTRA, R. F. W. Y WOLTERS, W. H. G. (1990a). "Self-Reports Suicidal Behavior in Dutch Secondary Education Student". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 20*, 2, 101-112.

KIENHORST, C. W. M., DE WILDE, E. J., VAN DEN BOUT, J., DIEKSTRA, R.

F. W. Y WOLTERS, W. H. G. (1990b). "Characteristics of Suicide Attempters in a Population-Based Sample of Dutch Adolescents". *British Journal of Psychiatry, 156*, 243-248.

KING, C. A., RASKIN, A., GDOWSKI, C. L., BUTKUS, M. Y OPIPARI. (1990). "Psychosocial Factors Associated with Urban Adolescent Female Suicide Attempts". *Journal of American Academy and Child and Adolescent Psychiatry, 29*, 2, 289-294.

KINKEL, R., BAILEY, C. Y JOSEF, N. C. (1989). "Correlates of Adolescent Suicide Attempts: Alienation, Drugs and Social Background". *Journal of Alcohol and Drug Education, 34*, 3, 85-96.

KIRKPATRICK-SMITH, J., RICH, A., BONNER, R. Y JANS, F. (in press). "Psychological Vulnerability and Substance Abuse as Predictors of Suicide Ideation among Adolescents". *Omega*.

KLECKA, W. R. (1980). *Discriminant analysis*. Beverly Hills: Sage.

KLEIN, M.(1948). *Contributions to the psycho-genesis of the Manic-depressive states. Contributions to Psychoanalysis, 1921-1945*. Londres: Hogarth Press. Citado por MENDELS, J. (1982). *La depresión*. Barcelona: Herder.

KOBASA, S. C. (1985). "Stressful Life Events, Personality, and Health: An Inquiry into Hardiness". En A. MONAT, R. S. LAZARUS (Eds.). *Stress and Coping. An Anthology*. New York: Columbia University Press.

KONOPKA, G. (1983) "Adolescent Suicide". *Exceptional Children, 49*, 5, 390-394.

KOSKY, R. (1983). "Childhood Suicidal Behavior". *J. Child Psychol. Psychiat. 24*, 3, 457-468.

KOTILA, L. Y LONNQVIST, J. (1987). "Adolescent Suicide Attempts 1973-1982 in the Helsinki area". *Acta Psychiatrica Scandinavica, 76*, 4, 346-354.

KOVACS, M. (1982). "Prediction of Suicidal Behaviors". *Bibliotheca Psychiatrica, 162*, 61-76.

KOVACS, M., BECK, A. T. Y WEISSMAN, A. (1975). "Hopelessness: An Indicator of Suicidal Risk". *Suicide, 5*, 2, 98-103.

KREITMAN, N. (1988). "The Two Traditions in Suicide Research (The Dublin Lecture)". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 18*, 1, 66-72.

KROHNE, H. W. (1986). "Coping with Stress". En M. H. APPLEY Y R.

TRUMBULL (Ed.). *Dynamics of Stress*. New York: Plenum Press.

KROHNE, H. W. Y ROGNER, J. (1982). "Repression-Sensitization as a Central Construct in Coping Research". En H. W. KHRONE Y L. LAUX. *Achievement, Stress and Anxiety*. Washington: Hemisphere Publishing Corporation.

KUDA, M. (1990). "Values, Economic Estimations, and Suicide Intent". *Crisis, 11*, 1, 20-31.

L'ECUYER, R. (1975). *La Genèse du Concept de soi: Theory et Recherches. Les Transformations des Perceptions de soi chez les enfants âgés de trois, cinq et huit ans*. Sherbrooke: Naaman. Citado por L'ECUYER, R. (1985). *El concepto de sí mismo*. Barcelorna: Oikos-Tau.

L'ECUYER, R. (1985). *El concepto de sí mismo*. Barcelorna: Oikos-Tau.

LADAME, F. (1987). *Les Tentatives de Suicide des Adolescents*. Paris: Masson.

LADAME, F. Y JEANNERET, O. (1982). "Suicide in Adolescence: Some Comments on Epidemiology and Prevention". *Journal of Adolescence, 5*, 355-366.

LANDAU, S. Y RAHAV, G. (1989). "Suicide and Attempted Suicide: Their Relation to Subjetive Social Stress Indicators". *Genetic, Social, and General Psychology Monographs, 115*, 3, 275-294.

LANDMARK, J., CERNOVSKY, Z. Z. Y MERSKEY, H. (1987). "Correlates of Suicide Attempts and Ideation in Schizophrenia". *British Journal of Psychiatry, 151*, 18-20.

LANGLEY Y BAYATTI (1984). "Suicide in Exe Vale Hospital, 1972-1981". *British Journal of Psychiatry, 145*, 463-467.

LANGWORTHY, P. T. Y YUTRZENKA, B. A. (1989). "An Analysis of Suicidal Behavior among Young Adults". Paper presented at the American Psychological Association. New Orleans.

LAPLANCHE, J. (1970). *Vida y Muerte en Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

LAWRENCE, K. M., DE PAERMENTIER, F., CHEETHAM, S. C., CROMPTON, M. R. et al. (1990). "Brain 5 H-T Uptake Sites, Labelled with (-sup 3H) Paroxetine, in Antidepressant-Free Depressed Suicides". *Brain Research, 526*, 1, 17-22.

LAZARUS, R. S. (1985). "The Cost and Benefits of Denial". En Z. MONAT Y

R. S. LAZARUS (Eds.). *Stress and Coping. An Anthology*. New York: Columbia University Press.

LAZARUS, R. Y FOLKMAN, S.(1986a). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Martinez Roca, Barcelona.

LAZARUS, R. Y FOLKMAN, S. (1986b). "Cognitive Theories of Stress and the Issue of Circularity". En M. H. APPLEY Y R. TRUMBULL (Eds.). *Dynamics of Stress*. New York: Plenum Press.

LEENARS, A . A. Y BALANCE, W. D. G. (1984). "A Predictive Approach to Freud's Formulations Regarding Suicide". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 14*, 4, 275-283.

LEFCOURT, H. M. (1985). "Intimacy, Social Support, and Locus of Control as Moderators of Stress". En I. G. SARASON, Y B. R. SARASON (Eds.). *Social Support: Theory, Research and Applications*. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.

LESTER, D. (1970). "Attempts to Predict Suicidal Risk using Psychological Tests". *Psychological Bulletin, 74*, 1-17. Citado por BROWN, T. R. Y SHERAN, T. S. (1972). "Suicide Prediction: A Review". *Life-Threatening Behavior, 2*, 2, 67-98.

LESTER, D. (1990a). "The sex distribution of suicides by age in nations of the world". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 25*, 87-88.

LESTER, D. (1990b). "Ecological Correlates of Adolescent Attempted Suicide". *Adolescence, 25*, 98, 483-485.

LESTER, D. (1991). "Completed Suicide in the Gifted: A Late Comment on «Suicide among Gifted Women»". *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 4, 604-606.

LESTER, D. (1992). "Miscounting Suicides". *Acta Psychiatr. Scan., 85*, 15-16.

LESTER, D. Y BADRO, S. (1992). "Depression, Suicidal Preoccupation and Purpose in Life in a Subclinical Population". *Person. Indiv. Diff., 13*, 1, 75-76.

LEVENSON, M. Y NEURINGER, C. (1971). "Problem-solving Behavior in Suicidal Adolescents". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 37*, 3, 433-436.

LEVENSON, M. Y NEURINGER, C. (1974). "Suicide and Field Dependency". *Omega, 5*, 181-186. Citado por ELLIS, J. B. (1989). "Mood Influences on Older Adolescent´s Reasons for Living". Abstract of a Dissertation Submitted to the

Graduate School of the University of Souther Mississippi in Parcial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy.

LEVI, L. (1972). "Stress and Distress in Response to Psychosocial Stimuli". *Acta Med. Scand., Suppl., 528.* Citado por COX, T. (1988/1978). *Stress.* Macmillan Education, London.

LEVY, E.(1965). "Navajo Suicide". *Human Organization, 24*, 4, 309-318.

LEWINSOHN, P. M. (1974). "Clinical and Theoretical Aspects of Depresion" En K.S. CALHOUN, H.E. ADAMS AND K. M. MITCHELL (Eds.). *Innovative Treatment Methods do Psychopatohology.* Citado por KAZDIN, A. E. (1990). "Childhood Depression". *Journal Child Psychology and Psychyatry, 31*, 1, 121-160.

LIEBERMAN, M. A. (1982). "The Effects of Social Support on Responses to Stress". En L. GOLDBERGER Y S. BREZNITZ (1982). *Handbook of Stress.* New York: The Free Press.

LIN, N., SIMEONE, R., ENSEL, W.M. Y KUO, W. (1979). "Social Support, Stressful Life Events and Illnes. A model and an empirical test". *Journal of Health and Social Behavior, 20,* 108-119 Citado por TURNER, J. (1983). "Direct, Indirect and Moderating Effects of Social Support on Psychological Distress and Associated Conditions". En H. B. KAPLAN (1983). *Psychological Stress. Trends in Theory and Research.* New York: Academic Press.

LINEHAN, M. M. Y NIELSEN, S. L. (1981). "Assessment of Suicide Ideation and Parasuicide: Hopelessness and Social Desirability". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 5, 773-775.

LINEHAN M.M. Y NIELSEN, S. L. (1983). "Social Desirability: Its Relevance to the Measurement of Hopelessness and Suicidal Behavior". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 1, 141-143.

LINEHAN, M. M. Y SHEARIN, E. N. (1988). "Lethal Stress: A Social-Behavioral Model of Suicidal Behavior". En S. FISHER Y J. REASON (Eds.). *Handbook of Life Stress, Cognition and Health.* New York: John Wiley and Sons Ltd.

LINEHAN, M. M., GOODSTEIN, J. L., NIELSEN, S. L. Y CHILES, J. A. (1983). "Reasons for Staying Alive when You Are Thinking of Killing Yourself: The Reasons for Living Inventory". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 2, 276-286.

LINEHAN, M. M., CHILES, J. A., EGAN, K. J., DEVINE, R. H. Y LAFFAW, J. A. (1986). "Presenting Problems of Parasuicides versus Suicide Ideators and Nonsuicidal Psychiatric Patients". *Journal of Consulting and Clinical*

Psychology, 54, 6, 880-881.

LINEHAN, M.M., CAMPER, P., CHILES, J. A., STROSAHL, K. Y SHEARIN, E. (1987). "Interpersonal Problem Solving and Parasuicide". *Cognitive Therapy and Research, 11*, 1, 1-12.

LISLE, E. (1856). *Du Suicide. Statistique, Médicine, Histoire et Legislation*. Paris: Baillière. Citado por BERRIOS, G.E. and MOHANNA, M. (1990). " Durkheim and French Psychiatric Views on Suicide during the 19th Century. A Conceptual History". *British Journal of Psychiatry, 156*, 1-9.

LITMAN, R. E., FARBEROW, N. L., WOLD. C. I Y BROWN, T. R. (1986). "Prediction Models of Suicidal Behavior". En A. T. BECK, H. L. RESNIK Y D. J. LETTIERI (Eds.). *The Prediction of Suicide*. Philadelphia: The Charles Press.

LUSCOMB, R. L. CLUM, G. A. Y PATSIOKAS, A. T. (1980). "Mediating Factors in the Relationship betwen Life Stress and Suicide Attempting". *The Journal of Nervous and Mental Disease, 168*, 11, 644-650.

LYMAN, J.L. (1961). "Student suicide at Oxford University". *Student Medicine, 10*, 2, 218-234. Citado por DAVIS, P. (1983). *Suicidal Adolescent*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher.

MACK, J. E. (1986). "Adolescent Suicide: An Arquitectural Model". En G. L. KLERMAN (Ed.). *Suicide and Depression among Adolescent and Young Adults*. Washington D.C.: American Psychiatric Press, Inc.

MANIAM, T. (1988). "Suicide and Parasuicide in a Hill Resort in Malaysia". *Brithish Journal of Psychiatry, 153*, 222-225.

MARDSEN, P.V. Y LIN, N. (1982). *Social Structure and Network Analysis*. London: Sage Publication.

MARGOLIN, N. L. Y TEICHER, J. D. (1968). "Thirteen Adolescent Male Suicide Attempts". *Journal of American Academy of Child Psychiatry, 7*, 396-415. Citado por BROOKSBANK, D. J. (1985). "Suicide and Parasuicide in Chilhood and Early Adolescence". *British Journal of Psychiatry, 146*, 459-463.

MARIS, R. (1983). "Suicide: Rights and rationality". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 13*, 4, 231-238.

MARIS, R. W. (1989). "The Social Relations of Suicide". En D. JACOBS Y H. N. BROWN (1989). *Suicide. Understanding and Responding*. Madison, Connecticut: International Universities Press.

MARK, J. Y BROADBENT, K. (1986). "Autobiographical Memory in Suicide

Attempters". *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 2, 144-149.

MARKS, A. (1988-89). "Structural Parameters of Sex, Race, Age, and Education and Their Influence on Attitudes toward Suicide". *Omega, 19*, 4, 327-336.

MARKUSH, R. E. Y FAVERO, R. V. (1974). "Epidemiologic Assessment of Stressful Life Events, Depressed Mood, and Psychophysiological Symptoms -A Preliminary Report". En B. S. DOHRENWEND Y B. P. DOHRENWEND (Eds.). *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*. John Wiley & Sons, New York.

MARRA, R. Y ORRU, M. (1991). "Social Images of Suicide". *British Journal of Sociology, 42*, 2, 274-288.

MARROQUIN, M. (1992). "El Profesor y la Autoestima del Alumno". En A. VILLA (Coord.). *Autoconcepto y Educación. Teoría, medida y práctica pedagógica*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

MARTI, J. L. Y MURCIA, M. (1987). *Conceptos fundamentales de epidemilogía psiquiátrica*. Herder, Barcelona.

MARTINEZ, R. Y COROMINA, N. (1991). "Suicidio y Toxicomanía". *Adicciones, 3*, 4, 301-307.

MATTISON, R. E. (1988). "Suicide and other Consequences of Childhool and Adolescent Anxiety Disorders". *Journal of Clinical Psychology, 49*, Sup., 9-11.

McANARNEY, E. R. (1979). "Adolescent and Young Adult Suicide in the United States. A Reflection of Societal Unrest?". *Adolescence, XIV*, 56, 765-774.

McCLURE, G. M. (1984). "Recent Trends in Suicide amongst the Young". *British Journal of Psychiatry, 144*, 134-138.

McCLURE, G. M. (1988). "Suicide in England and Wales". *Journal Child. Psychol. Psychiatr., 29*, 2, 345-349.

McCUTCHEON, S. R. (1985). "Understanding Attempted Suicide: A Decision Theory Approach". Doctoral Dissertation. University of Washington.

McDONALD, D. Y RANGE, L. M. (1990). "Do Written Reports of Suicide Induce High School Students to Believe that Suicide Contagion will Occur?" *Journal of Applied Social Psychology, 20*, 13, 1093-1102.

McGRATH, J. E. (1970). "Social and Psychological Factors in Stress". New York: Holt, Rinehart and Winston. Citado por COX, T. (1988/1978). *Stress*. Macmillan Education, London.

McINTIRE, M. S. Y ANGLE, C.R. (1981). "The Taxonomy of Suicide and Self-Poisoning - A Pediatric Perspective". En C. F. WELLS Y I. R. STUART (Ed.). *Self-Destructive Behavior in Children and Adolescent*. Van Nostrand Meinhold Company, New York.

McKEIGHEN, R. J. (1989). "Suicide and the Adolescent". Manuscrito no publicado.

McKENRY, P. C., TISHLER, C. Y KELLEY, C. (1982). "Adolescent suicide: A comparison of attempters and non-attempters in an emergency room population". *Clinical Pediatrics, 21*, 5, 266-270.

McKENRY, P. C., TISHLER, C. Y KELLEY, C. (1983). "The Role of Drugs in Adolescent Suicide Attempts". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 13*, 3, 166-175.

McKINNEY, W. T. Y MORAN, E. C. (1985). "Modelos Animales". En E. S. PAYKEL (Coord) (1985). *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid: Pirámide.

MEAD, G. H. (1934). *Mind, Self and Society*. Chicago: University of Chicago Press.

MEARES, R; MENDELSOHN, F Y MILGROM-FRIEDMAN, J.(1981). "A Sex Difference in the Seasonal Variation of Suicide Rate: A Single Cycle for Men, Two Cycles for Women". *Brithish Journal of Psychiatry, 138*, 321-325.

MEHRABIAN, A. Y WEINSTEIN, L. (1985). "Temperament Characteristics of Suicide Attempters". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 4, 544-546.

MEICHENBAUM, D. (1979). *Cognitive-Behavior Modification. An Integrative Approach*. New York: Plenum Press.

MENAGHAN, E. G. (1983). "Individual Coping Efforts: Moderators of the Relationship between Life Stress and Mental Health Outcomes". En H. B. KAPLAN (Ed.). *Psychosocial Stress. Trends in Theory and Research*. New York: Academic Press.

MENDELS, J. (1982). *La depresión*. Barcelona: Editorial Herder.

MENNINGER, K. (1972). *El hombre contra sí mismo*. Barcelona: Península. Original publicado en 1938.

MEYER, D. Y PHILLIPS, W. M. (1990). "No Safe Place: Parental Alcoholism and Adolescent Suicide". *American Journal of Psychotherapy, 44*, 4, 552-562.

MICHALIK-BONNER, D. Y RICH, A. (1990). "Behavioral Style, Family Environment and Suicide Ideation in Children". Manuscrito no publicado.

MICHEL, K. (1987). "Suicide Risk Factors: A Comparison of Attempters with Suicide Completers". *British Journal of Psychiatry, 150*, 78-82.

MILES, C.P. (1977). "Conditions Predisposing to Suicide: A Review". *The Journal of Nervous and Mental Disease, 64*, 4, 231-246.

MILLER, J. G. (1978). *Living Systems*. New York: McGraw-Hill. Citado por FLANDERS, J.P. (1982). "A General Systems Approach to Loneliness". En L. A. PEPLAU Y D. PERLMAN (Eds.). *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: John Wiley and Sons.

MILLER, D. (1981). "Adolescent Suicide: Etiology and Treatment". *Adolescent Psychiatry, 9*, 327-342.

MILLER, F. T., BENTZ, W. K., APONTE, J. F. Y BROGAN, D. R. (1974). "Perception of Life Crisis Events: A Comparative Study of Rural and Urban Samples". En B.S. DOHRENWEND Y B. P. DOHRENWEND (Eds.). *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*. New York: John Wiley & Sons.

MILLER, M. L. CHILES, J. A. Y BARNES, V. E. (1982). "Suicide Attempters within a Delinquent Population". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 4, 491-498.

MILLER, I. W., DOW, M. G., NORMAN, W. H., Y BISHOP, S. B. (1986). "The Modified Scale for Suicidal Ideation: Reliability and Validity". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 5, 724-725.

MILLON, T. (1979). Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI). "Interpretive Scoring Systems (NCS)". Citado por HULL, J. S., RANGE, L. M. Y GOGGIN, W. C. (1990). "The Relationship of Suicidal Ideation to Personality Disorders on the MCMI (in press)". University of Southern Mississippi.

MOLINER, M. (1983). *Diccionario de Uso del Español*. Madrid: Gredos.

MORALES, R. (1988). *Medición de Actitudes en Psicologia y Educación*. San Sebastian: Ttártalo.

MORSELLI, H. (1903). "Problems in the Study of Suicide". En A. GIDDENS (Ed.) (1983). *The Sociology of Suicide*. Londres: Frank Cass and Co. LTD.

MOTTO, J. A. (1989). "Problems in Suicide Risk Assessment". En D. JACOBS, Y H. N. BROWN (Eds.). *Suicide. Understanding and Responding*. Madison,

Connecticut: International Universities Press.

MOTTO, J. A. Y HEILBRON, D. C. (1976). "Development and Validation of Scales for Estimation of Suicide Risk". En E. S. SCHNEIDMAN (1976). *Suicidology: Contemporary Developments*. New York: Grune and Stratton.

MOTTO, J. A., HEILBRON, D. C., JUSTER, R. P. (1985). "Development of a Clinical Instrument to Estimate Suicide Risk". *American Journal of Psychiatry, 142*, 6, 680-686.

MOUSTAKAS, C.E. (1972). *Loneliness and love*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall. Citado por PERLMAN, D. Y PEPLAU, A. (1982). "Theoretical Approaches to Loneliness". En L. A. PEPLAU Y D. PERLMAN (Eds.). *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: John Wiley and Sons.

MYERS, E. D. (1982). "Subsequent Deliberate Self-Harm in Patientes Referred to a Psichiatrist: A Prospective Study". *British Journal of Psychiatry, 140*, 132-137.

NAYHA, S. (1982). "Autumn Incidence of Suicides Re-examined: Data from Finland by Sex, Age and Occupation". *Brithish Journal Psychiatric, 141*, 512-517

NEIGER, B. L. Y HOPKINS, R. W. (1988). "Adolescent Suicide: Character Traits of High-Risk Teenagers". *Adolescence, 23*, 90, 469-475.

NEIMEYER, R. A. (1983). "Toward a Personal Construct Conceptualization of Depression and Suicide". *Death Studies, 7*, n. 2-3, 127-173.

NELSON, V. L., NIELSEN, E. C. Y CHECKETTS, K. T. (1977). "Interpersonal Attitudes of Suicidal Individuals". *Psychological Reports, 40*, 983-989.

NEURINGER, C. (1962). "Methodological Problems in suicide research". *Journal of Consulting Psychology, 26*, 273-278. Citado por ELLIS, T.E. (1988). "Classification of Suicidal Behavior: A Review and Step toward Integration". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 18*, 4, 358-371.

NEURINGER, C. (1964). "Rigid Thinking in Suicidal Individuals". *Journal of Consulting Psychology, 28*, 1, 54-58.

NEURINGER, C. (1974). "Problems of Assessing Suicidal Risk". En C. NEURINGER, C. (Ed.). *Psychological Assessment of Suicidal Risk*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher.

NEURINGER, C. (1982). "Affect Configurations and Changes in Women who

Threaten Suicide Following a Crisis". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 2, 182-186.

NEURINGER, C. Y LETTIERI, D. J. (1971). "Cognition, Attitude, and Affect in Suicidal Individuals". *Life-Threatening Behavior, 1*, 2. 106-124.

NEYRA, C. J., RANGE, L. M. Y GOGGIN, W. C. (1990). "Reasons for Living Following Success and Failure in Suicidal and Nonsuicidadl College Students". *Journal of Applied Social Psychology, 20*, 11, 861-867.

NORUSIS, M. J. (1986). *SPSS/PC + for the IBM PC/XT/AT*. Chicago: Spss Inc.

NURNBERGER, J.I. Y GERSHON, E.S. (1985). "Genética". En E.S. PAYKEL (Coord) (1985). *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid: Pirámide.

OÑATE de, M. P. (1989). *El autoconcepto. Formación, medida e implicaciones en la Personalidad*. Madrid: Narcea.

OPIPARI, B. S. (1990). "Psychosocial Factors Associated with Urban Adolescent Female Suicide Attempts". *Journal of Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 29*, 2, 289-294.

ORBACH, I., ROSENHEIM, E. Y HARY, E. (1987). "Some Aspects of Cognitive Funtioning in Suicidal Children". *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26*, 2, 181-185.

ORBACH, I., BAR-JOSEPH. H. Y DROR, N. (1990). "Styles of Problem Solving in Suicidal Individuals". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 20*, 1, 56-64.

OSTROFF, R. B. Y BOYD, J. H. (1987). "Television and Suicide: Comment". *New England Journal of Medicine, 316*, 14, 876-877.

OTTO, U. (1972). "Suicidal acts by children and adolescents. A follow-up study". *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl. 233*, 7-123. Citado por HERJANIC, B. (1980). "Adolescente Suicide". *Advances in Behavioral Pediatrics, 1*, 195-223.

OVUGA, E. B. L. Y MUGISHA, R. X. (1990). "Attitudes and Psychological Characteristics of Suicidal Individuais". *Crisis, 11*, 1, 60-72.

OZAMIZ, J. A. (1988a). "Suicidio, Parasuicidio y Enfermedad Mental". En J. A. OZAMIZ (Ed.). *Psico-sociología de la salud mental*. San Sebastian: Ttártalo s.a.

OZAMIZ, J. A. (1988b). "Sucesos Vitales y Enfermedades Mentales". En J. A. OZAMIZ (Ed.). *Psico-sociología de la salud mental*. San Sebastian: Ttártalo s.a.

PALLIS, D. J., GIBBONS, J. S. Y PIERCE, D. W. (1984). "Estimating Suicide Risk among Attempted Suicides II. Efficiency of Predictive Scales after the Attempts". *British Journal of Psychiatry, 144*, 139-148.

PALLIS, D. J., BARRACLOUGH, B. M., LEVEY, A. B., JENKINS, J. S. Y SAINSBURY, P. (1982). "Estimating Suicide Risk among Attempted Suicides: I. The Development of New Clinical Scales". *British Journal of Psychiatry, 141*, 37-44.

PAYNE, R. L. Y JONES, J. G. (1987). "Measurement and Methodological Issues in Social Support". En S. V. KASL Y C. L. COOPER (1987). *Stress and Health: Issues in Research Methodology*. Chichester: John Wiley and Sons.

PAYKEL, E. Y RASSABBY, E. (1978). "Classification of Suicida Attempters by Cluster Analysis". *British Journal of Psychiatry, 133*, 45-52.

PAYKEL, E. S. Y DOWLATSHAHI, D. (1988). "Life Events and Mental Disorder". En En S. FISHER Y J. REASON (Eds.). *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. New York: John Wiley and Sons Ltd.

PAYKEL, E. S., PRUSOFF, B. A. Y MYERS (1975). "Suicide attempts and recent life events: A controlled comparison". *Archives of General Psychiatry, 32*, 327-333.

PEARLIN, L. I. Y SCHOOLER, C. (1982). "The Structure of Coping". En H. I. McCUBBIN, A. E. CAUBLE Y J. M. PATTERSON (Eds.). *Family Stress, Coping, and Social Support*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Publisher.

PECK, M. L. (1968). "Suicide Motivations in Adolescents". *Adolescence, 3*, 107-118.

PECK, D.L. (1980-1981). "Toward a Theory of Suicide: The Case for Modern Fatalism". *Omega, 11*, 1, 1-14.

PECK, D.L. (1987). "Social-Psychological Correlates of Adolescent and Youthful Suicide". *Adolescence, 22*, 88, 863-878.

PECK, M. L., FARBEROW, N. L. Y LITMAN, R. E. (Ed.). (1985). *Youth Suicide*. New York: Springer Publishing Company.

PEPLAU, L. A. Y PERLMAN, D. (1982). "Perspectives on Loneliness". En L. A. PEPLAU Y D. PERLMAN (Eds.). *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: John Wiley and Sons.

PEPLAU, A. P., MICELI, M. Y MORASCH, B. (1982). "Loneliness and Self-Evaluation". En L. A. PEPLAU Y D. PERLMAN (Eds.). *Loneliness. A Sourcebook*

of Current Theory, Research and Therapy. New York: John Wiley and Sons.

PERDOMO, E. (1987). "Aggression and Perceived Social Support in Urban Male Adolescent Suicide Attempters". Doctoral Dissertation. City University of New York.

PERLMAN, D. Y PEPLAU, L. A. (1981). "Toward a Social Psychology of Loneliness". En S. DUCK Y R. GILMOUR (Eds.). *Personal Relationships. 3: Personal Relationships in Disorder*. New York: Academic Press.

PERLMAN, D. Y PEPLAU, L. A. (1982). "Theoretical Approaches to Loneliness". En L. A. PEPLAU Y D. PERLMAN (Eds.). *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: John Wiley and Sons.

PERRAH, M. Y WICHMAN, H. (1987). "Cognitive Rigidity in Suicide Attempters". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 17*, 3, 252-255.

PERRIS, C. (1985). "La distinción entre los desórdenes afectivos unipolares y bipolares". En E. S. PAYKEL (Ed.). *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid: Pirámide.

PERRY, J. C. (1989). "Personality Disorders, Suicide, and Self-Destructive Behavior". En D. JACOBS Y H. N. BROWN (1989). *Suicide. Understanding and Responding*. Madison, Connecticut: International Universities Press.

PESCOSOLIDO, B.A; GEORGIANNA, S. (1989). "Durkheim, Suicide and Religion: Toward a Network Theory of Suicide". *American Sociological Review, 54*, 33-48.

PETRIE, K. Y CHAMBERLAIN, K. (1983). "Hopelessness and Social Desirability as Moderator Variables in Predicting Suicidal Behavior". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 4, 485-487.

PETZEL, S. V. Y RIDDLE, M. (1981). "Adolescent Suicide: Psychosocial and Cognitive Aspects". *Adolescent Psychiatry, 9*, 343-398.

PFEFFER, C. R. (1981). "The Distintive Features of Children who Threaten and Attempt Suicide". En C. P. WELLS Y I. R. STUART (Eds.). *Self-Destructive Behavior in Children and Adolescents*. New York: Van Nostrand Meinhold Company.

PFEFFER, C. (1985). "Observations of Ego Funtioning of Suicidal Latency-Age Children". En M. L. PECK, N. L. FARBEROW Y R. E. LITMAN (Eds.). *Youth Suicide*. Springer Publishing Company, New York.

PFEFFER, C. (1986). *The Suicidal Child*. New York: The Guildford Press.

PFEFFER, C. (1987). "Families of suicidal children". En R. F.W. DIEKSTRA Y K. HAWTON (1987). *Suicide in Adolescence*. Dordrecht-Boston-Lancaster: Martinus Nijhoff Publishers.

PFEFFER, C. (1989). "Studies of Suicidal Preadolescent and Adolescent Inpatients: A Critique of Research Methods". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 19*, 1, 58-77.

PFEFFER, C. R., PLUTCHIK, R. Y MIZRUCHI, M. S. (1983). "Suicidal and Assaultive Behavior in Children: Clasification, Measurement, and Interrelations". *American Journal of Psychiatry, 140*, 2, 154-157.

PFEFFER, C. R., ZUCKERMAN, S., PLUTCHIK, R. Y MIZRUCHI, M. S. (1984). "Suicidal Behavior in Normal School Children: A Comparison with Child Psychiatric Inpatients". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23*, 4, 416-423.

PFEFFER, C. R., SOLOMON, G., PLUTCHIK, R. MIZRUCHI, M. S. Y WEINER, A. (1982). "Suicidal Behavior in Latency-age Psychiatric Inpatients: A Replication and Cross Validation". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21*, 6, 564-569.

PFEFFER, C. R., NEWCORN, J., KAPLAN, G., MIZRUCHI, M. S. Y PLUTCHIK, R. (1989). "Subtypes of Suicidal and Assaultive Behavior in Adolescent Psychiatric Inpatients: A Research Note". *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30*, 1, 151-163.

PHILIPPS, D. P. (1989). "Recent Advances in Suicidology. The Study of Imitative Suicide". En R. F. W. DIEKSTRA, R. MARIS, S. PLATT, A. SCHMIDTKE Y G. SONNECK (Eds.). *Suicide and its Prevention. The Role of Attitude and Imitation*. Leiden, New York: Brill.

PHILLIPS, D. P Y CARSTENSEN, L. L. (1986). "Clustering of Teenage Suicides after Television News Stories about Suicide". *New England Journal of Medicine, 315*, 11, 685-689.

PLATT, S. D. Y DYER, J. A. T. (1987). "Psychological Correlates of Unemployment among Male Parasuicides in Edinburgh". *British Journal of Psychiatry, 151*, 27-32.

PLATT, S., BILLE-BRAHE, U., KERKHOF, A., SCHMIDTKE, A., BJERKE, T., CREPET, P., DE LEO, D., HARING, C., LONNQVIST, J., MICHEL, K., PHILIPPE, A., POMMEREAU, X., QUEREJETA, I., SALANDER-RENBERG, E., TEMESVARY, B., WASSERMAN, D. Y SAMPAIO FARIA, J. (1992). "Parasuicide in Europe: the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. I. Introduction and Preliminary Analysis for 1989". *Acta Psychiatr. Scand. 85*, 97-104.

POKORNY, A. D. (1986). "A Scheme for Classifying Suicidal Behaviors". En BECK, A. T., RESNIK, H. L. Y LETTIERI, D. J. (Ed.). *The Prediction of Suicide*. Philadelphia: The Charles Press.

POKORNY, A.D; DAVIS, F. Y HARBERSON, W. (1963). "Suicide, Suicide Attemps and Weather". *American Journal of Psychiatry, 120*, 377-81. En A. GIDDENS (1983). *The Sociology of Suicide*. London: Frank Cass and Company Limited.

POLAINO-LORENTE, A. (1985). *La depresión*. Barcelona: Martinez Roca, S.A.

POLAINO-LORENTE, A. (1988). "Depresión y Suicidio en los Adolescentes". En POLAINO-LORENTE, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.

POPE, W. Y DANIGELIS, N. (1981). "Sociology's One Law". *Social Forces, 60*, 459-516.

POWER, K.G., COOKE, D. J. Y BROOKS, D. N. (1985). "Life Stress, Medical Lethality, and Suicidal Intent". *British Journal of Psychiatry, 147*, 655-659.

PRITCHARD, C. (1992). "Is There a Link Between Suicide in Young Men and Unemployment? A Comparison of the UK with other European Community Countries". *British Journal of Psychiatry, 160*, 750-756.

PROCIDANO, M. E. Y HELLER, K. (1983). "Measures of Perceived Social Support From Friends and from Family: Three Validation Studies". *American Journal of Community Psychology, 11*, 1, 1-24.

PRONOVOST, J., COTÉ, L. Y ROSS, C. (1990). "Epidemiological Study of Suicidal Behaviour among Secundary-School Students". *Canada's Mental Health, March*, 9-14.

QUIVY, R. Y VAN CAMPENHOUDT, L. (1985). *Manuel de Recherche en Sciences Sociales*. Paris: Dunod.

RABKIN, J. G. (1982). "Stress and Psychiatric Disorder". En L. GOLDBERGER, Y S. BREZNITZ (Eds.). *Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects*. The Free Press, New York.

RALEIGH, V. S; BULUSU, L. Y BALARAJAN, R. (1990). "Suicides among Inmigrants from the Indian Subcontinent". *British Journal of Psychiatry, 156*, 46-50.

RANGE, L. M. (1990). "College Student Suicide: Literature Review and Implications for Future Research". Paper presentado en el Symposium de APA.

RANGE, L. M. Y STEEDE, K. K. (1988). "Factor Structure of Adolescents' Scores on the Reasons for Living Inventory". Paper presented of the Southeastern Psychological Association, New Orleans.

RANGE, L. M. Y ANTONELLI, K. B. (1990). "A Factor Analysis of Six Commonly Used Instrument Associated with Suicide Using College Students". *Journal of Personality Assessment, 55*, 3-4, 804-811.

RANGELL, L. (1988). "The Decision to Terminate One's Life: Psychoanalytic Thoughts on Suicide". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 18*, 1, 28-46.

RANIERI, W. F., STEER, R. A., LAVRENCE, T. I., RISSMILLER, D. J. PIPER, G. E. (1987). "Relationships of Depression, Hopelessness, and Dysfuncional Attitudes to Suicide Ideation in Psychiatric Patients". *Psychological Reports, 61*, 967-975.

RAY, L. Y Y JOHNSON, N. (1983). "Adolescent Suicide". *Personnel and Guidance Journal, 62*, 3, 131-135.

REHM, L. P. (1988). "Self-Management and Cognitive Processes in Depression". En L. B. ALLOY (Ed.). *Cognitive Processes in Depression*. New York, London: The Guildford Press.

REICH, T. RICE, J. Y MULLANEY, J. (1986). "Genetic Risk Factors for the Affective Disorders". En G. KLERMAN (Ed.). *Suicide and Depression among Adolescent and Young Adults*. Washington: American Psychiatric Press, Inc.

RESNIK, H. L. P. Y LETTIERI, D. J. (Eds.) (1986). *The Prediction of Suicide*. Philadelphia: The Charles Press Publishers.

REYNOLDS, F. M. T. Y CIMBOLIC, p. (1988-89). "Attitudes Toward Suicide Survivors as a Function of Survivors' Relationship to the Victim". *Omega, 19*, 2, 125-133.

RICE, F. R. (1978). *The Adolescent. Development, Relationship, and Culture*. Boston: Allyn and Bacon, Inc.

RICH, A. R. Y BONNER, R. L. (1987a). "Concurrent Validity of a Stress-Vulnerability Model of Suicidal Ideation and Behaviors: A Follow-Up Study". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 17*, 4, 265-270.

RICH, A. R. Y BONNER, R. L. (1987b). "Interpersonal Moderators of Depression among College Students". *Journal of College Student Personnel, 28*, 4, 337-342.

RICH, A. R. Y BONNER, R. L. (1989). "Support for a Pluralistic Approach to the

Treatement of Depression". *Journal of College Student Development, 30*, 426-431.

RICH, A. R. Y BONNER, R. L. (1991). "A Dinamic Model of Suicidal Behavior". Paper no publicado.

RICH, A. R. Y SCOVEL, M. (1987). "Causes of Depression in College Students: A Cross-Lagged Panel Correlational Analysis". *Psychological Reports, 60*, 27-30.

RICH, A. R., KIRKPATRICK-SMITH, J., BONNER, R. Y JANS, F. (in press). "Gender and the Prediction of Suicidal Ideation". *Journal of Suicide and Life-Threatening Behavior*.

RICH, V. L. (1991). "The Use of Personal, Organizational, and Coping Resources in The Prevention of Staff Nurse Burnout: A Test of a Model". Doctoral Dissertation. University of Pittsburgh.

RICHMAN, J. (1981). "Family Treatment of Suicidal Children and Adolescents". En C. F. WELLS Y I. R. STUART (Eds.). *Self-Destructive Behavior in Children and Adolescents*. New York: Van Nostrand Meinhold Company.

RICHMAN, J. (1986). *Family Therapy for Suicidal People*. New York: Springer Publising Company.

RIGDON, M. A. (1983). "Death Threat Before and After Attempted Suicide: A Clinical Investigation". *Death Studies, 7*, n. 2-3, 195-209.

RITTER, D. R. (1990). "Adolescent Suicide: Social Competence and Problem Behavior of Youth at High Risk and Low Risk for Suicide". *School Psychology Review, 19*, 1, 83-95.

ROBBINS, D. Y CONROY, R. C. (1983). "A Cluster of Adolescent Suicide Attempts: Is Suicide Contagious?." *Journal of Adolescent Health Care, 3*, 4, 253-255.

ROBBINS, D. R. Y ALESSI, N. E. (1985). "Depressive Symtoms and Suicidal Behavior in Adolescents". *American GJournal of Psychiatry, 142*, 5, 588-592.

ROCKEACH, M. (1948). "Generalized mental rigidity as a factor in ethnocentrism". *Journal Abnormal Psychology, 43*, 259-278. Citado por NEURINGER, C. (1964). "Rigid Thinking in Suicidal Individuals". *Journal of Consulting Psychology, 28*, 1, 54-58.

RODRIGUEZ TOME, H. (1972). *Le moi et l'autre dans le conscience de*

l'adolescent. Paris: Delachaux and Niestlè.

ROGERS, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy*. Boston, Houghton Millflin. Existe versión en castellano traducida por TUBER, S. (1981). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Barcelona: Ed. Paidos.

ROGERS, C. R. (1973). The Lonely Person -and his Experiencies in an encounter group. En C. ROGERS (1973). *Carl Rogers on encounter group*. New York: Harper and Row. Citado por D. PERLMAN Y A. PEPLAU (1982). "Theoretical Approaches to Loneliness". En L. A. PEPLAU Y D. PERLMAN (Eds.). *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: John Wiley and Sons.

ROJAS, E. (1978). *Estudios sobre el suicidio*. Salvat, Barcelona.

ROJAS, E. (1982). *Aspectos clínicos de la depresión*. Madrid: Paz Montalvo.

ROOK, K.S. (1985). "The Functions of Social Bonds: Perspectives from Research on Social Support, Loneliness and Social Isolation". En I. G. SARASON Y B. R. SARASON (Eds.). *Social Support: Theory, Research and Applications*. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.

ROSENBERG, M. (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Princeton University.

ROSENBERG, M., SCHOOLER, C. SCHOENBACH, C. (1989). "Self-Esteem and Adolescent Problems: Modeling Reciprocal Effects". *American Sociological Review, 54*, Dic., 1004-1018.

ROSENKRANTZ, A. L. (1978). "A Note on Adolescent Suicide: Incidence, Dynamics and some Suggestions for Treatment". *Adolescence, 13*, 50, 209-214.

ROTH, D. Y REHM, L. P. (1980). "Relationship among Self-monitoring processes, memory, and depression". *Cognitive Therapy and Research, 4*, 149-159.

ROTHERAM-BORUS, M. J. (1987). "Evaluation of Inminent Danger for Suicide among Youth". *American Journal Orthopsychiatry, 57*, 1, 102-110.

ROTHERAM-BORUS, M. J. (1989). "Evaluation of Suicide Risk among Youths in Community Settings". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 19*, 1, 108-119.

ROTHERAM-BORUS, M. J., TRAUTMAN, P. D. (1988). "Hopelessness, Depresion and Suicidal Intent among Adolescent Suicide Attempters". *Journal*

of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27, 6, 700-704.

ROTHERAM-BORUS, M. J., TRAUTMAN, P.D., DOPKINS, S. C., SHROUT, P. E. (1990). "Cognitive Style and Pleasant Activities among Females Adolescent Suicide Attempters". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 554-561.

RUBINSTEIN, D. H. (1986). "A Stress-Diathesis Theory of Suicide". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 16*, 2, 182-197.

RUDD, M. D. (1990). "An Integrative Model of Suicidal Ideation". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 20*, 1, 16-30.

RUIZ OLABUENAGA, J. I. Y SABATER, C. (1991). *El Narcohábito de Segunda Generación (El Caso Vasco)*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

RUIZ OLABUENAGA, J. I., DE LA TORRE, M., VAZQUEZ, P. Y ARRIEN, B. (1991). *Narcohábito y Estilo de Vida Juvenil*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

RUSHING, W. A. (1968). "Individual Behavior and Suicide". En J. P. GIBBS (Ed.). *Suicide*. New York: Harper and Row.

RUSSELL, D., PEPLAU, L. A. Y FERGUSON, M. L. (1978). "Developing a Measure of Loneliness". *Journal of Personality Assessment, 42*, 3, 290-294.

RUSSELL, D. PEPLAU, L. A. Y CUTRONA, C. E. (1980). "The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and Discriminant Validity Evidence". *Journal of Personality and Social Psychology, 39*, 3, 472-480.

RUSSELL, D., CUTRONA, C. E., ROSE, J. Y YURKO, K. (1984). "Social and Emotional Loneliness: An Examination of Weiss's Typology of Loneliness". *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 6, 1313-1321.

SACHAR, E.J. (1985). "Anormalidades endocrinas de la depresión". En E.S. PAYKEL (Coord) (1985). *Psicopatologia de los trastornos afectivos*. Madrid: Pirámide.

SAMY, M. H. (1989). "Suicide et Adolescence. Une Perspective Social et Analitique". En H. CAGLAR, F. LADAME, G. RAIMBAULT Y H. SAMY (Eds.). *Adolescence et Suicide. épidémiologie, psychodinamique, interventions*. Paris: Les Éditions ESF.

SAN MARTIN, H. (1981). *Salud y Enfermedad*. México: La Prensa Médica Mexicana.

SANBORN, C. J. (1990). "Gender Socialization and Suicide: American Association of Sucidology Presidential Address, 1989". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 20*, 2, 148-155.

SANDLER, I., WOLCHIK, S. Y BRAVER, S. (1985). "Social Support and Children of Divorce". En I. G. SARASON Y B. R. SARASON (Eds.). *Social Support: Theory, Research and Applications*. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.

SARASON, I. G. Y SARASON, B. R. (1985). "Social Support. Insights from the Assessment and Experimentation". En I. G. SARASON Y B. R. SARASON (Eds.). *Social Support: Theory, Research and Applications*. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.

SARASON, I. G., DE MONCHAUX, C. Y HUNT, T. (1975). "Methodological issues in the assessment of life stress". En L. LEVI (Ed.). *Emotions: Their parameters and measurement*. New York: Raven

SARASON, I. G., JOHNSON, J. H. Y SIEGEL, J. M. (1978). "Assessing the Impact of Life Changes: Development of the Life Experiences Survey". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 5, 932-946.

SARASON, I. G., SARASON, B. R. Y SHEARIN, E. N. (1986). "Social Support as an Individual Difference Variable: Its Stability, Origins, and Relational Aspects". *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 4, 845-855.

SCHEUCH, K. (1986). "Theoretical and Empirical Considerations in the Theory of Stress from a Psychophysiological Point of View". En M. H. APPLEY Y R. TRUMBULL (Eds.). *Dynamics of Stress*. New York: Plenum Press.

SCHMIDTKE, A. Y HAFNER, H. (1989). "Public Attitude towards and Effects of the Mass Media on Suicida and Deliberate Self-Harm Behavior". En R. F. W. DIEKSTRA, R. MARIS, S. PLATT, A. SCHMIDTKE Y G. SONNECK (Eds.). *Suicide and its Prevention. The Role of Attitude and Imitation*. Leiden, New York: Brill.

SCHöNY, W. Y DRAUSGRUBER, A. (1985). "Gate Keeper Professions: Their Attitudes toward Depression". Proc. of the VIth. South East European Neuropsychiatric Conference, Halkidiri, Greece, 350-356.

SCHONY, W. Y GRAUSGRUBER, A. (1987). "Epidemiological Data on Suicide in Upper-Austria 1977-1984". *Crisis, 8*, 1, 49-52.

SCHOTTE, D. E. Y CLUM, G. A. (1982). "Suicide Ideation In a College Population: A Test of A Model". *Journal of Consulting and Clinical Psychology,*

50, 5, 690-696.

SCHOTTE, D. E. Y CLUM, G. A. (1987) "Problem-Solving Skill in Suicidal Psychiatric Patients". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*,1, 49-54.

SCHOTTE, D. E., COOLS, J. Y PAYVAR, S. (1990). "Problem Solving Deficits in Suicidal Patients. Trait Vulnerability or State Phenomenon?". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 5, 562-564.

SCHWARTZ, H. Y JACOBS, J. (1984). *Sociología cualitativa. Método para la reconstrucción de la realidad*. México: Trillas.

SCHWARTZ, R. H., HOFFMAN, N. Y RIDDILE, M. (1987). "Adolescent Suicidal and Self-Destructive Behavior: Results of an Intervention Study: Comment". *Journal of Adolescent Health Care, 8*, 4, 376-377.

SEIDEN, R. H. (1984). "The Psychodynamics in Adolescent Suicide". Manuscrito no publicado.

SELIGMAN, M. E.P. (1981). *Indefensión*. Madrid: Debate. Original publicado en 1975.

SELYE, H. (1978). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill Book Co. Original publicado en 1956.

SHAFFER, D. (1974). "Suicide in Childhood and Early Adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 15*, 275-291. Citado por HERJANIC, B. (1980). "Adolescent Suicide". *Advances in Behavioral Pediatrics, 1*, 195-223.

SHAFFER, D. Y FISHER, P. (1981). "Suicide in Children and Young Adolescents". En C. P. WELLS Y I. R. STUART (Eds.). *Self-Destructive Behavior in Children and Adolescents*. New York: Van Nostrand Meinhold Company.

SHAFII, M., CARRIGAN, S., WHITTINGHILL, J. R. Y DERRICK, A. (1985). "Psychological Autopsy of Completed Suicide in Children and Adolescents". *American Journal of Psychiatry, 142*, 9, 1061-1064.

SHAPIRO, E. R. Y FREEDMAN, J. (1987). "Family Dinamics of Adolescent Suicide". *Adolescent Psychiatry, 14*, 191-207.

SHAVELSON, R. J., HUBNER, J. J. Y STANTON, J. C. (1976). "Self-Concept: Validation of Construct Interpretations". *Review of Educational Research, 46*, 407-441.

SHNEIDMAN, E. S. (1966). "Orientations toward death". *International Journal of Psychiatry, 2*, 167-200. Citado por ELLIS, T.E. (1988). "Classification of Suicidal Behavior: A Review and Step toward Integration". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 18*, 4, 358-371.

SHNEIDMAN, E. S. (1968). "Classifications of Suicidal Phenomena". *Bulletin of Suicidology, Julio*, 1-9. Citado por ELLIS, T.E. (1988). "Classification of Suicidal Behavior: A Review and Step toward Integration". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 18*, 4, 358-371.

SHNEIDMAN, E. S. (1970). "You and Death". *Psychology Today, Agosto*, 67-72.

SHNEIDMAN, E. S. (1973). "Suicide. Encyclopaedia Britannica, printing of the 14th Edition, Vol 21, 383-385". (1981) Reeditado con permiso de Willia, Benton Publisher por *Suicide and Life-Threatening Behavior, 11*, 4, 198-220.

SHNEIDMAN, E. S. (1976) "A Psychological Theory of Suicide". *Psyquiatric Anals, 6*, 11, 51-56. (1981) Reeditado con permiso de Insight Publishing Company por *Suicide and Life-Threatening Behavior, 11*, 4, 221-231.

SHNEIDMAN, E. S. (1988). "Some Reflections of a Founder". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 18*, 1, 1-12.

SHNEIDMAN, E. S., FARBEROW, N. Y LITMAN, R. (1976). *The Psychology of Suicide*. New York: Jason Aronson.

SIDROW, N. E. Y LESTER, D. (1988). "Locus of Control and Suicidal Ideation". *Perceptual and Motor Skills, 67*, 576.

SILBERFELD, M. (1978). "Psychological Symptoms and Social Support". *Social Psychiatry, 13*, 11-17.

SILVER, R. L Y WORTMAN, C. B. (1980) "Coping with Undesirable Life Events". En J. GARBER Y M. E. P. SELIGMAN (Ed.). *Human Helplessness*. New York: Academic Press.

SIMONDS, J. F., McMAHON, T. Y ARMSTRONG, D. (1991). "Young Suicide Attempters Compared with a Control Group: Psychological, Affective and Attitudinal Variables". *Suicide and Life Thretening Behavior, 21*, 2, 134-149.

SIMONS, R. L. Y MURPHY, P. I. (1985). "Sex Differences in the Causes of Adolescent Suicide Ideation". *Journal of Youth and Adolescence, 14*, 5, 423-434.

SLABY, A. E. Y MCGUIRE, P. L. (1989). "Residential Management of Suicidal

Adolescents". *Residential Treatment for Children and Youth, 7*, 1, 23-43.

SLARK, K. J. (1986). "Adolescent Suicide Attempts: A Complex Phenomeno Resulting From an Interaction of Enviromental, Psychological and Social Factors". Doctoral Dissertation. Boston University, USA.

SLATER, R. (1976) *The Pursuit of Loneliness*. Boston: Beacon Press.

SLATER, J. Y DEPUE, R. A. (1981). "The Contribution of Environmental Events and Social Support to Serious Suicide Attempts in Primary Depressive Disorder". *Journal of Abnormal Psycholgy, 90*, 4, 275-285.

SLIMAK, R. E. (1990). "Suicide and the American College and University: A Review of the Literature". *Journal of College Students Psychotherapy, 4*, 3/4, 5-24.

SMITH, K. (1990). "Suicidal Behavior in School Aged Youth". *School Pshychology Review, 19*, 2, 186-195.

SMITH, K. Y CRAWFORD, S. (1986). "Suicidal Behavior among "Normal" High School Students". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 16*, 3, 313-325.

SNAKKERS, J., LADAME, F. G. Y NARDINI, D. (1980). "La Famille Peut-Elle Empêcher l'Adolescent de se suicider?". *Neurpsychiatrie de l'Enfance, 28*, 9, 393-398.

SNYGG, D. Y COMBS, A. W. (1949). *Individual Behavior. A New Frame of Reference for Psychology*. New York: Harper and Row.

SOARES, L. M. Y SOARES, A. T. (1983). "Components of Students Self-Related Cognitions". Paper Presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association. Montreal.

SOUBRIER, J. P. (1985). "Diferences betwen Public and Professional Attitudes toward Suicide". Paper presented at the 13th International Congress. International Association for Suicide Prevention, Vienne, 30 June-4 July.

SORENSON, S. B. Y RUTTER, C. M. (1991). "Transgenerational Patterns of Suicide Attempt". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 6*, 861-866.

SPALT, L. (1980). "Suicide behavior and Depression in University Student Psychiatric Referrals". *Psychiatric Quarterly, 52*, 4, 235-239.

SPALT, L. WEISBUCH, J. B. (1972). "Suicide: An Epidemiologic Study". *Diseases of the Nervous System, 33*, 23-29.

SPIRITO, A., OVERHOLSER, J. Y STARK. (1989). "Common Problems and Coping Strategies II: Findings with Adolescent Suicide Attempters". *Journal of Abnormal Child Psychology, 17*, 2, 213-221.

SPIRITO, A., FAUST, D., MYERS, B. Y BECHTEL, D. (1988). "Clinical Utility of the MMPI in the Evaluation of Adolescent Suicide Attempters". *Journal of Personality Assessment, 52*, 2, 204-211.

SPIRITO, A., BROWN, L., OVERLHOSER, J. Y FRITZ, G. (1989). "Attempted Suicie in Adolescence: A Review and Critique of the Literature". *Clinical Psychlogy Review, 9*, 3, 335-363.

SPIRITO, A., HART, K., OVERHOLSER, J. Y HAVERSON, J. (1990). "Social Skills and Depresion in Adolescent Suicide Attempters". *Adolescence, 25*, 99, 543-552.

SPIRITO, A., STARK, L., FRISTAD, M., HART, K. Y OWEN-STIVELY, J. (1987). "Adolescent Suicide Attempters Hospitalized on a Pediatric Unit". *Journal of Pediatric Psychology, 12*, 2, 171-189.

SPIRITO, A., OVERHOLSER, J., ASHWORTH, S., MORGAN, J. Y BENEDICT-DREW, C. (1988). "Evaluation of a Suicide Awareness Curriculum for High School Students". *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*, 6, 705-711.

SPITZ, R. (1968). "De la naissance à la parole. La première année de la vie. Paris: PUF". Citado por POLAINO-LORENTE (1985). *La depresión*. Barcelona: Martinez Roca.

SPRING, B. Y COONS, H. (1982). "Stress as a Precursor of Schizophrenia Episodes". En R. W. J. NEUFELD (1982). *Psychological Stress and Psychopatology*. New York: McGRAW-HILL Book Company.

STACK, S. (1987). "Celebrities and Suicide: A Taxonomy and Analysis, 1984-1983". *American Sociological Review, 52*, 401-412.

STANSBURY, M. (1985). "Comparison of Adolescent Perceptions of Family Dynamics in Families with either a Suicidal, Emotionally Disturbed/Nonsuicidal, or Problematic Adolescent". Doctoral Dissertation. Ohio State University.

STEEDE, K. K. Y RANGE, L. M. (1989). "Does Television Induce Suicidal Contagion with Adolescents?". *Journal of Community Psychology, 15*, April, 24-28.

STELMACHERS, Z. T. Y SHERMAN, R. E. (1990). "Use of Case Vignettes in Suicide Risk Assessment". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 20*, 1, 65-

84.

STENGEL, E. (1965). *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. Buenos Aires: Hormé.

STIFFMAN, A. R. (1989). "Suicide Attempts in Runaway Youths". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 19*, 2, 147-159.

STILLION, J. M., McDOWELL, E. E. Y SHAMBLIN, J. B. (1984). "The Suicide Attitude Vignette Experience: A Method for Measuring Adolescent Attitude Toward Suicide". *Death Education, 8*, Sup. 65-79.

STILLION, J. M., WHITE, H., EDWARDS, P. J. Y McDOWELL, E. E. (1989). "Ageism and Sexism in Suicide Attitudes". *Death Studies, 13*, 247-261.

STIVERS, C. (1987). "Adolescent Suicide: An Overview". *Marriage and Family Review, 12*, 1/2, 135-142.

STIVERS, C. (1988). "Parent-Adolescent Communication and its Relationship to Adolescent Depresion and Suicide Pronenness". *Adolescence, 22*, 90, 291-295.

STIVERS, C. (1990). "Promotion of Self-Esteem in the Prevention of Suicide". *Death Studies, 14*, 303-327.

STROSAHL, K. D., LINEHAN, M. M. Y CHILES, J. A. (1984). "Will the Real Social Desirability Please Stand Up? Hopelessness, Depression, Social Desirability, and the Prediction of Suicidal Behavior". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 3, 449-457.

SULLIVAN, H.S. (1953). "The Interpersonal Theory of Psychiatry". New York: Norton. Citado por PERLMAN, D. Y PEPLAU, A. (1982). "Theoretical Approaches to Loneliness". En L. A. PEPLAU Y D. PERLMAN (Eds.). *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: John Wiley and Sons.

SUPER, D. E. (1963). "Toward making Self-Concept Theory Operational". En SUPER et al. (1963). *Career Development: Self-Cocept Theory*. New York: College Entrance Examination Board.

SWAIN, B. J. Y DOMINO, G. (1985). "Attitudes toward Suicide among Mental Health Professionals". *Death Studies, 9*, 455-468.

TAYLOR, E. A. Y STANSFELD, S. A. (1984). "Children who Poison Themselves. I. A Clinical Comparison with Psychiatric Controls". *British Journal of Psychiatry, 145*, 127-135.

TAPP, J. T. (1985). "Multisystems Holistic Mode of Health, Stress and Coping". En T. M. FIELDM, P. M. McCABE Y N. SCHNEIDERMAN (Eds.). *Stress and Coping*. Hillsdale, New Jersey y London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

TAYLOR, E. A. Y STANSFELD, S. A. (1984). "Children who Poison Themselves. 1. A Clinical Comparison with Psychiatric Controls". *British Journal of Psychiatry, 145*, 127-135.

TEICHER, J. D. Y JACOBS, J. (1965). "Adolescent who Attempt Suicide: Preliminary Findings". Paper read at 12st Annual Meeting of the American Psychiatric Association, New York.

THOITS, P.A. (1985). "Social Support and Psychological Well-Being: Theoretical Possibilities". En I. G. SARASON Y B. R. SARASON (Eds.). *Social Support: Theory, Research and Applications*. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.

THOITS, P. A. (1986). "Social Support as Coping Assistance". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 4, 416-423.

TISHLER, C. L. Y McKENRY, P. C. (1982). "Parental Negative Self and Adolescent Suicide Attempts". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21*, 4, 404-408.

TISHLER, C. L., McKENRY, P. C. Y MORGAN, K. C. (1981). "Adolescent Suicide Attempts: Some Significant Factors". *Suicide and Life-Theatening Behavior, 11*, 2, 86-92).

TOPOL, P. Y REZNIKOFF, M. (1982). "Perceived Peer and Family Relationships, Hopelessness and Locus of Control as Factors in Adolescent Suicide Attempts". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 12*, 3, 141-150.

TOVES, C. Y. (1987). "The Influence of Social Support, Life Stress, and Cognitive Distorsions on Suicide Ideation". Southern Illinois University at Carbondale, USA.

TRIOLO, S. J., MCKENRY, P. C., TISHLER, C. L. Y BLYTH, F. A. (1984). "Social and Psychological Discriminants of Adolescent Sucide: Age and Sex Differences". *Journal of Early Adolescence, 4*, 3, 239-251.

TROUT, D. L. (1980). "The Role of Social Isolation in Suicide". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 10*, 1, 10-23.

TRUMBULL, R. Y APPLEY, M. H. (1986). "A Conceptual Model for the

Examination of Stree Dynamics". En M. H. APPLEY Y R. TRUMBULL (Eds.). *Dynamics of Stress*. New York: Plenum Press.

TURNER, J. (1983). "Direct, Indirect and Moderating Effects of Social Support on Psychological Distress and Associated Conditions". En H. B. KAPLAN (1983). *Psychological Stress. Trends in Theory and Research*. New York: Academic Press.

TURZO, A. P Y RANGE, L. M. (1988). "Reasons for Living: Mood Effects Revisited". Paper presented at the annual meeting of the Southeastern Psychological Association, New Orleans, Louisiana, March.

VAN EGMOND, M., DIEKSTRA, R. F. W. (1988). "Correlates of Suicidal Inclination among Depressed Female Patients in General Practice". Paper no publicado.

VAN EGMOND, M. Y DIEKSTRA, R. F. W. (1989). "The Predictability of Suicidal Behavior: The Results of a Meta-analysis of Published Studies". En R. F. W. DIEKSTRA, R. MARIS, S. PLATT, A. SCHMIDTKE Y G. SONNECK (Eds.). *Suicide and its Prevention. The Role of Attitude and Imitation*, Leiden, New York: Brill.

VAN PRAAG, H. M. (1982). "Depression, Suicide and the Metabolism of Serotonin in the Brain". *Journal of Affective Disorders, 4*, 4, 275-290.

VELEZ, C. N. Y COHEN, P. (1988). "Suicidal Behavior and Ideation in a Community Sample of Children: Maternal and Youth Reports". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*, 3, 349-356.

VILLA, A. et al. (1990). *Reforma de las Enseñanzas Medias. Evaluación del Primer Ciclo del Plan Experimental en la Comunidad Autónoma Vasca*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

VILLA, A. (1992a). "Autoconcepto y Rendimiento en el Contexto de las EEMM". En A. VILLA (Coord.). *Autoconcepto y Educación. Teoria, medida y práctica pedagógica*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

VILLA, A. (1992b). "Autoconcepto y Clima Escolar en Centros de EGB". En A. VILLA (Coord.). *Autoconcepto y Educación. Teoria, medida y práctica pedagógica*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

VILLA, A. Y AUZMENDI, E. (1992). *Medición del Autoconcepto en la Edad Infantil*. Bilbao: Mensajero.

WADE, N. L. (1987). "Suicide as a Resolution of Separation-Individuation

among Adolescent Girls". *Adolescence, 22*, 85, 169-177.

WALDINGER, R. J. (1986). "Assessing Bordeline Personality". *Medical Aspects of Human Sexuality, 20*, 6, 76-88.

WALSH, B. W. (1987). "Understanding Adolescent Self-Mutilative Behavior". Presented at AAS/IASP, San Franciscom, May.

WASSERMAN, D. Y CULBERG, J. (1989). "Early separation and suicidal behavior in the parental homes of 40 consecutive suicide attempters". *Acta Psychiartr Scand., 79*, 296-302.

WEATHON, B. (1985). "Models for the Stress-Buffering Functions of Coping Resources". *Journal of Health and Social Behavior, 26*, 352-364.

WEINER, B. Y LITMAN-ADIZES, T. (1980). "An Attributional, Expectancy-Value Analysis of Learned Helplessness and Depression". En J. GARBER Y M. E. P. SELIGMAN (Eds.). *Human Helplessness*. New York: Academic Press.

WEINTRAUB, M., SEGAL, R. M., BECK, A. T. (1974). "An Investigation of Cognition and Affect in the Deprssive Experiences of Normal Men". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*, 187-198.

WEISS, R. S. (1973). Loneliness: *The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, Ma: MIT Press. Citado por PEPLAU, L. A. Y PERLMAN, D. (1982). "Perspectives on Loneliness". En L. A. PEPLAU Y D. PERLMAN (Eds.). *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: John Wiley and Sons.

WEISS, R. S. (1974). "The Provisions of Social Relationships". En Z. RUBIN, (Ed.). *Doing unto others*. New York: Prentice-Hall. Citado por PEPLAU, L. A. Y PERLMAN, D. (1982). "Perspectives on Loneliness". En L. A. PEPLAU, Y D. PERLMAN (Eds.). *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: John Wiley and Sons.

WEISSE, D. E. (1990). "Gifted Adolescent and Suicide". *School Counselor, 37*, 5, 351-358.

WELFORD, A. T. (1973). "Stress and Perfomance". *Ergonomics, 16*, 567. Citado por COX, T. (1988/1978). *Stress*. Macmillan Education, London.

WELLMAN, B. (1985). "From Social Support to Social Network". En I. G. SARASON Y B. R. SARASON (Eds.). *Social Support: Theory, Research and Applications*. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.

WELLMAN, M. M. Y WELLMAN, R. J. (1986). "Sex Differences in Peer

Responsiveness to Suicide Ideation". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 16*, 3, 360-378.

WENER, A. E. Y REHM, L. P. (1975). "Depressive Affect: A test of Behavioral Hypotheses". *Journal of Abnormal Psychology, 84*, 221-227.

WENZ, F. V. (1979). "Self-Injury Behavior, Economic Status and Family Anomie Syndrome among Adolescents". *Adolescence, 14*, 54, 387-398.

WETZEL, R. D. (1976). "Semantic Differential Ratings of Concepts and Suicide Intent". *Journal of Clinical Psychology, 32*, 1, 4-123.

WHEATON, B. (1985). "Models for the Stress-Buffering Functions of Coping Resources". *Journal of Health and Social Behavior, 26*, Dic., 352-364.

WHITE, R. W. (1985). "Strategies of Adaptation: An Attempt at Systematic Description". En A. MONAT Y R. S. LAZARUS (Eds.). *Stress and Coping. An Anthology*. New York: Columbia University Press.

WILLNER, P. (1985). *Depression. A Psychobiological Synthesis*. New York: John Wiley and Sons.

WILSON, G. L. (1991). "Comment: Suicidal Behavior-Clinical Considerations and Risk Factors". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 6, 869-873.

WINCHEL, R. M. Y STANLEY, M. (1991). "Self-Injurious Behavior: A Review of the Behavior and Biology of Self-Mutilation". *American Journal of Psychiatry, 148*, 3, 306-317.

WINNE, P. H. Y MARX, R. W. (1981) "Convergent and Discriminant Validity in Self-Concept Measurement". Paper Presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association.

WODARSKI, J. S. Y HARRIS, P. (1987). "Adolescent Suicide: A Review of Influences and the Means for Prevention". *Social Work, 32*, 6. 477-484.

WORK, W. C., PARKER, G. R. Y COWEN, E. L. (1990)." The Impact of Life Stressors on Childhood Adjustment: Multiple Perspectives". *Journal of Community Psychology, 18*, January, 73-78.

WOZNICA, J. G Y SHAPIRO, J. R. (1990). "An Analysis of Adolescent Suicide Attempts: The Expendable Child". *Journal of Pediatric Psychology, 15*, 6, 789-796.

WYLIE, R. C. (1974). *The Self-Concept. Vol 1*. Lincoln: University of Nebraska

Press.

WYLIE, R. C. (1979): *The Self-Concept. Vol 2.* Lincoln: University of Nebraska Press.

YOUNG, J. E. (1982). "Loneliness, Depression and Cognitive Therapy: Theory and Application". En L. A. PEPLAU Y D. PERLMAN (Eds.). *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy.* New York: John Wiley and Sons.

YOUNG, T. J. (1985). "Adolescent Suicide: The Clinical Manifestation of Alienation". *The High School Journal, 69,* 1, 55-60.

YOUNG, M. A., HALPER, I. S., CLARK, D. C., SHEFTNER, W. Y FAWCETT, J. (1991). "An Item-Response Theory Evaluation of the Beck Hopelessness Scale". Paper no publicado.

YUFIT, R. I. (1991). "American Association of Suicidology Presidential Address: Suicide Assessment in the 1990's". *Suicide and Life Threatening Behavior, 21,* 2, 152-163.

ZAPATERO, E. (1967). "Concepto Actual de Epidemiología. El Método Epidemilógico". *Rev. San. Hig. Pub. 10,* 11-12. Citado por MARTI, J. L. Y MURCIA, M. (1987). *Conceptos fundamentales de epidemilogía psiquiátrica.* Herder, Barcelona.

ZILBOORG, G. (1937). "Considerations on Suicide with Particular Reference to that of the Young". *American Journal of Orthopsychiatry, 7,* 15-31. Citado por ROSENKRANTZ, A. L. (1978). "A Note on Adolescent Suicide: Incidence, Dynamics and some Suggestions for Treatment". *Adolescence, 13,* 50, 209-214.

ZILLER, R. (1973). *The Social Self.* New York: Pergamon Press.

ZIMMERMAN, S. L. (1991). "Comment: Transgenerational Patterns of Suicide Attempt". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 6, 867-868.

ZIS, A. P. Y GOODWIN, F. K. (1985). "Las hipótesis de las aminas". En E.S. PAYKEL (Coord.) (1985). *Psicopatología de los trastornos afectivos.* Madrid: Pirámide.

ZUBIN, J. (1986). "Observations on Nosological Issues in the Classification of Suicidal Behavior". En A. T. BECK, H. L. RESNIK Y D. J. LETTIERI (Eds.). *The Prediction of Suicide.* Philadelphia: The Charles Press.

ZUNG, W.K. (1965). "A Self-Rating Depression Scale". *Archives of General*

Psychiatry, 12, Enero, 63-70.

ZUNG, W. W. K. (1986). "Index of Potential Suicide (IPS). A Rating Scale for Suicide Prevention. En BECK, A. T., RESNIK, H. L. Y LETTIERI, D. J. (Ed.). The Prediction of Suicide, pp. 221-249. Philadelphia: The Charles Press.